



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

Aline Almeida Peres

**PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA NA CAPTAÇÃO E
TRANSFUSÃO DE SANGUE E TRAUMA VASCULAR
PERIFÉRICO: A PERSPECTIVA DO BINÔMIO USUÁRIO-
PROFISSIONAL**

Juiz de Fora
Outubro- 2016

Aline Almeida Peres

**PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA NA CAPTAÇÃO E
TRANSFUSÃO DE SANGUE E TRAUMA VASCULAR
PERIFÉRICO NA PERSPECTIVA DO BINÔMIO USUÁRIO-
PROFISSIONAL**

Relatório de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como critério para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Área de Concentração: “Inovações científicas e tecnológicas em saúde e em enfermagem”

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem (TECCSE).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Arreguy-Sena

**Juiz de Fora
Outubro- 2016**

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

No Programa de Pós-graduação/Mestrado em Enfermagem, a presente investigação se insere na linha: “**Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem**”.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TEL. (032) 2102-3297 – E-MAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



ALINE ALMEIDA PERES: matrícula 102320059

**PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA NA CAPTAÇÃO E TRANSFUÇÃO DE SANGUE E TRAUMA
VASCULAR PERIFÉRICO NA PERSPECTIVA DO BINÔMIO USUÁRIO-PROFISSIONAL**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, para o processo de obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 11 de Outubro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Cristina Arreguy-Sena- Orientadora
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF/UFJF

Prof^ª. Dr^ª. Maria Márcia Bachion- 1^a avaliadora
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiânia

Prof^ª. Dr^ª. Nádia Fontoura Sanhudo- 2^a avaliadora
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF/UFJF

Prof^ª. Dr^ª. Anabela de Souza Salgueiro Oliveira- Avaliadora externa
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra- Portugal

Prof^ª. Dr^ª. Kelli Borges dos Santos- Avaliadora interna
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF/UFJF

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora, à Pró-Reitoria de Pesquisa, à Faculdade de Enfermagem da UFJF, ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem e aos queridos professores deste programa, que contribuíram imensamente para meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço à Coordenação e Vice-Coordenação do Mestrado por todo o apoio prestado, sem o qual, este sonho não seria possível.

À agência CAPES por ter investido em meu trabalho, viabilizando condições para que eu me dedicasse exclusivamente às atividades do Mestrado, obrigada pela confiança.

Meus agradecimentos à Direção Geral e de Enfermagem do Hospital Universitário da UFJF, que abriram as portas da instituição, permitindo que eu participasse de suas atividades e conhecesse de perto as rotinas de trabalho, apesar do momento de fragilidade em que se encontra.

Minha eterna gratidão aos participantes deste trabalho, que, apesar de estarem enfrentando momentos difíceis em sua vida, receberam-me com boa vontade, permitindo que eu esmiuçasse suas percepções e suas vulnerabilidades, acreditando em meus valores éticos.

Agradeço às enfermeiras que integram a banca examinadora do projeto, composta pelas Professoras: Dr^a. Maria Márcia Bachion, Dr^a. Nádia Fontoura Sanhudo, Dr^a. Anabela de Souza Salgueiro Oliveira e Dr^a. Kelli Borges dos Santos por compartilharem sua experiência profissional e pela atenção empregada na apreciação deste relatório. Suas considerações têm muito a contribuir para se alcançar a integralidade do trabalho.

Serei sempre grata pela orientação da Prof^a Cristina, que me acolheu como filha neste momento de aperfeiçoamento. Por sua paciência com os deslizes, reconhecimento das pequenas conquistas e por ser um exemplo de ser humano. Muito obrigada!

A Deus por ter me dado a saúde e a perseverança para trabalhar continuamente.

Às minhas amigas e “irmãs” de mestrado, Talyta e Jussara, pela cumplicidade, incentivo e apoio nas horas de atribulação, a minha amizade.

Aos meus pais, Ademar e Aparecida, e à minha irmã Thaís, que, mesmo distante está presente em tudo o que faço.

Ao meu namorado Alexandre, que é companheiro, amigo leal e sincero, que critica ou elogia sem receios, o meu amor.

A todos os amigos, companheiros de mestrado, professores e funcionários que contribuíram de alguma forma, obrigada!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	34
2.1 OBJETIVOS GERAIS	34
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
3 MARCOS HISTÓRICO, LEGAIS, TEÓRICOS E FILOSÓFICOS	35
3.1 AVANÇOS HISTÓRICOS NO USO DO SANGUE E SEUS DERIVADOS	35
3.2 PROCESSOS TRANSFUSIONAIS: PROGRAMAS, POLÍTICAS, LEGISLAÇÕES	40
3.3 TECNOLOGIAS UTILIZADAS NO PROCESSO DE PUNÇÃO VASOS EM HEMOTERAPIA	44
3.3.1 Tecnologias Leves-duras	45
3.3.2 Tecnologias Leves	71
3.3.3 Tecnologias Duras	80
3.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICAÇÃO PARA O PROCESSO HEMOTERÁPICO	87
4 MÉTODOS E TÉCNICAS	94
4.1 DELINEAMENTO	94
4.2 PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES	97
4.3 CENÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO	98
4.3.1 Instituição hospitalar	98
4.3.2 Hemocentro	100
4.3.3 Instituição de ensino	102
4.4 PARTICIPANTES	103
4.4.1 Participantes da Instituição hospitalar	104
4.4.2 Participantes de um hemocentro	105
4.4.3 Instituição de ensino	105
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	107
4.5.1 Instrumento para viabilizar os estudos de casos entre receptores de hemocomponentes	108
4.5.2 Instrumento utilizado para viabilizar a captação das RS nas abordagens estrutural e processual	109
4.5.3 Instrumento utilizado para viabilizar a elaboração da coorte com doadores de sangue	110
4.5.4 Instrumento utilizado para o survey com profissionais das duas instituições, a fim de apreender sua prática sobre o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos	111

4.5.5 Instrumento utilizado para aferir a percepção, avaliação dos usuários doadores de sangue sobre o processo de punção de vasos e sua satisfação com o mesmo	111
4.6 PROCESSO DE COLETA DE DADOS	112
4.6.1 Ambiência realizada na instituição hospitalar e estudos de casos com receptores de hemocomponentes	112
4.6.2 Ambiência do cenário do Hemocentro e Representação Social estrutural e processual com profissionais das duas instituições e doadores de sangue	116
4.6.3 Coorte com doadores de sangue	122
4.6.4 Survey com profissionais que puncionam vasos: instituição hospitalar e Hemocentro	127
4.6.5 Survey sobre a Punção de vasos: autopercepção e satisfação de doadores de sangue	127
4.7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	128
4.7.1 Estudo de caso com receptores de hemocomponentes	128
4.7.2 Representação Social estrutural e processual com profissionais das duas instituições e doadores de sangue	128
4.7.3 Coorte com doadores de sangue	131
4.7.4 Survey com profissionais que puncionam vasos: instituição de ensino e Hemocentro	132
4.7.5 Survey sobre a Punção de vasos: autopercepção e satisfação de doadores de sangue	133
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	133
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	135
5.1 ESTUDO DE CASO COM RECEPTORES DE HEMOCOMPONENTES	135
5.1.1 Caracterização dos participantes	135
5.1.2 Estudo de Caso do participante código R01	135
5.1.3 Estudo de Caso do participante código R02	140
5.1.4 Estudo de Caso do participante código R03	148
5.1.5 Estudo de Caso do participante código R04	153
5.1.6 Estudo de Caso do participante código R05	163
5.1.7 Estudo de Caso do participante código R06	172
5.1.8 Discussões sobre os estudos de caso	176
5.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL PROCESSUAL E ESTRUTURAL	182
5.2.1 Os elementos simbólicos e sua origem entre doadores de sangue segundo abordagens processual e estrutural	198
5.3 COORTE COM DOADORES DE SANGUE EM UM HEMOCENTRO	245
5.4 SURVEY COM PROFISSIONAIS QUE PUNÇIONAM VASOS: INSTITUIÇÃO DE ENSINO E HEMOCENTRO	256
5.5 SURVEY SOBRE A PUNÇÃO DE VASOS: AUTOPERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE	268
6 IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICO NA PERSPECTIVA DO BINÔMIO USUÁRIO-PROFISSIONAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM HEMOTERAPIA	279

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	284
8 REFERÊNCIAS	290
Anexos e Apêndices	311
Anexo 1 Instrumento de coleta de dados destinado a operacionalização do estudo de caso com participantes da instituição hospitalar receptores de sangue	312
Anexo 2 Instrumento de coleta de dados destinado a captação dos elementos simbólicos da representação social com profissionais que puncionam veias e doadores de sangue de um hemocentro e dos profissionais de uma instituição de saúde	314
Anexo 3 Instrumento de coleta de dados realizado com profissionais de saúde do hemocentro e da instituição de saúde (survey) e com participantes do hemocentro (coorte e avaliação do nível de satisfação)	317
Anexo 4 Documentação vinculada ao processo ético de tramitação do projeto e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos após informação das instituições hospitalar e do hemocentro	324
Anexo 5 Lista de variáveis a serem coletadas, categorização das mesmas, critérios clínicos de coleta e possibilidades de análise.	332

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	“Aparelho de Agote” de Garcez Fróes.	37
Figura 2	Painel da legislação hemoterápica brasileira vigente até 2001.	42
Figura 3	Painel da legislação brasileira vigente no campo de “Sangue, Tecidos e Órgãos”.	43
Figura 4	Tipos de tecnologias aplicadas à hemoterapia.	44
Figura 5	Processo de formação do profissional de enfermagem.	47
Figura 6	Aproximações e distinção entre educação continuada e permanente.	56
Figura 7	Quadro com características da educação permanente.	57
Figura 8	Esquema do método do arco da problematização como estratégia para a construção do conhecimento contextualizado na área da enfermagem.	58
Figura 9	Evolução das formas de transmissão de conhecimento utilizadas na área da Enfermagem.	61
Quadro 1	Bases científicas e tecnológicas para atuação de enfermagem em hemoterapia.	62
Figura 10	Estrutura esquemática da forma como o cuidado de enfermagem é concebido na teoria de Watson.	70
Figura 11	Fluxograma do ciclo do sangue.	74
Figura 12	Processo de punção de vasos periféricos para fins hemoterápicos.	76
Figura 13	Cateteres IV de inserção periférica.	82
Figura 14	Exemplos de equipos com filtro para transfusões sanguíneas, disponíveis na indústria de produtos de saúde.	85
Figura 15	Sistema múltiplo de coleta de sangue em fotografia e em esquema.	86
Figura 16	Analogias entre a estrutura do núcleo central com as estruturas do Átomo, do corpo humano e de um abacate.	92
Figura 17	Esquema ilustrativo da convergência de abordagens dentro do método misto, segundo cenário e segmento de participantes.	95
Figura 18	Participantes e sua articulação no processo Hemoterápico.	104
Figura 19	Esquema de apresentação do delineamento amostral de participantes da investigação de acordo com o método de abordagem.	107
Figura 20	Esquema ilustrativo da aplicação de instrumentos na convergência de abordagens dentro do método misto segundo cenário e segmento de participantes.	107

Figura 21	Fluxo de atendimento do candidato à doação/doador de sangue.	117
Figura 22	Folheto informativo entregue aos doadores no período pós doação.	121
Figura 23	Formatação do quadro de quatro casas emitido pelo programa EVOC contendo quadrantes a partir do rang e da frequência de evocação dos cognemas analisados.	129
Figura 24	Esquema ilustrativo da frequência dos fragmentos de discurso dos 62 profissionais participantes segundo fonte e categoria.	131
Figura 25	Quadro de contingência e fórmula utilizada para o cálculo do Risco Relativo.	132
Figura 26	Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular:	136
Figura 27	Fotografia do acesso venoso periférico realizado no participante código: R01.	138
Figura 28	Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular.	141
Figura 29	Fotografia nº 1 do acesso venoso periférico realizado na participante código: R02.	143
Figura 30	Fotografia nº2 do acesso venoso periférico realizado na participante código: R02.	145
Figura 31	Fotografia nº 3 do acesso venoso periférico realizado na participante código: R02.	146
Figura 32	Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular.	149
Figura 33	Fotografia nº 1 do acesso venoso periférico realizado na participante código: R03.	151
Figura 34	Fotografia nº 2 do acesso venoso periférico realizado na participante código: R03.	152
Figura 35	Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular.	153
Figura 36	Fotografia do 4º acesso venoso periférico realizado no participante código: R04.	157
Figura 37	Fotografia do 5º acesso venoso periférico realizado no participante código: R04.	159
Figura 38	Fotografia nº 2 do 5º acesso venoso periférico realizado no participante código: R04.	160
Figura 39	Fotografia do 6º acesso venoso periférico realizado no participante código: R04.	162
Figura 40	Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular.	164
Figura 41	Fotografia do 1º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.	166
Figura 42	Fotografia nº 1 do 2º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.	168

Figura 43	Fotografia nº2 do 2º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.	169
Figura 44	Fotografia nº 3 do 2º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.	170
Figura 45	Fotografia nº4 do 2º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.	171
Figura 46	Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular.	172
Figura 47	Representação gráfica por dendograma das três categorias que explicitam a origem das representações sociais para o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos segundo profissionais que puncionam veias.	183
Figura 48	Representação por gráfico de círculo demonstrando a saturação dos dados contidos nos eixos temáticos da abordagem processual das representações sociais dos profissionais.	183
Figura 49	Estratégia adotada pelo profissional durante a coleta de sangue.	186
Quadro 2	Quadro de quatro casas gerado a partir das evocações com doadores de sangue a partir dos termos indutores “doar sangue” e “punção da veia para doar sangue”. Juiz de Fora, Set/2016.	199
Figura 50	Representação gráfica por dendograma da categoria “evoca doar sangue”, que explicitam a origem das representações sociais para o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos, segundo doadores de sangue.	200
Figura 51	Coeficientes obtidos pela relação de Pearson, sobre a categoria “evoca doar sangue”.	201
Figura 52	Representação gráfica por dendograma da categoria “evoca receber sangue”, que explicitam a origem das representações sociais para o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos, segundo doadores de sangue.	201
Figura 53	Coeficientes obtidos pela relação de Pearson, sobre a categoria “evoca receber sangue”.	202
Figura 54	Representação gráfica por dendograma da categoria “evoca punção da veia para doar sangue”, que explicitam a origem das representações sociais para o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos segundo doadores de sangue.	202
Figura 55	Coeficientes obtidos pela relação de Pearson, sobre a categoria “evoca punção para doar sangue”.	203
Quadro 3	Quadro de quatro casas gerado a partir das evocações com doadores de sangue a partir do termo indutor “receber sangue”. Juiz de Fora, Set/2016.	231
Figura 56	Fotografia exemplificando localização de sítio puncionado para fins de coleta de sangue em um hemocentro.	249
Figura 57	Fotografia exemplificando o material utilizado na fixação e a ocorrência de comprometimento da visualização do sítio de inserção do cateter intravascular.	249
Figura 58	Fotografia exemplificando coloração de pele mais frequente dentre os doadores de sangue componentes da coorte.	253
Figura 59	Fotografia exemplificando ausência de alterações referentes à	253

	coloração ou integridade da pele dentre os doadores de sangue componentes da coorte.	
Figura 60	Fotografia exemplificando tipo de veia mais frequente dentre os doadores de sangue componentes da coorte.	254
Figura 61	Fotografias do sítio puncionado logo após a finalização do procedimento de doação de sangue.	274
Figura 62	Esquema explicativo da modalidade de educação permanente aplicada ao ensino em hemoterapia na perspectiva das possibilidades da enfermagem.	280

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos participantes segundo gênero, razão da doação, cor da pele declarada, idade e duração da coleta de sangue para doação. Juiz de Fora, set/2016.	245
Tabela 2	Relação de profissões informadas pelos doadores de sangue num hemocentro.	246
Tabela 3	Caracterização do local de punção venosa na rotina institucional. Juiz de Fora, set/2016.	248
Tabela 4	Variáveis de exposição e desfecho, incidência, risco relativo e quiquadrado	250
Tabela 5	Incidência de traumas vasculares periféricos identificados num hemocentro decorrentes do processo de punção venosa periférica para fins de coleta de sangue, segundo formas de manifestações e estratégias mensurativas. Juiz de Fora, set/2016.	254
Tabela 6	Estimativa média de punções venosas periféricas semanais realizadas pelos profissionais.	257
Tabela 7	Situação na qual o participante é acionado pela equipe para realizar o processo de punção venosa periférico.	257
Tabela 8	Circunstâncias referenciadas pelos participantes como fonte de aprendizado da punção venosa.	258
Tabela 9	Parte do corpo do usuário referida pelo profissional como preferencial para realizar a punção venosa.	258
Tabela 10	Lado dominante do profissional e hemisfério do corpo do usuário preferencial para que se realize uma punção.	259
Tabela 11	Autoavaliação do profissional sobre sua condição imediata para realizar uma punção venosa.	259
Tabela 12	Pessoa com quem possui vínculo, na qual o participante presenciou a realização de punção venosa.	260
Tabela 13	Local onde ocorreu a primeira puncionada que o participante conseguiu lembrar.	260
Tabela 14	Estimativa de punções venosas periféricas realizadas pelo participante.	261
Tabela 15	Cateter IV de preferência dos participantes para a realização do processo de punção venosa periférico.	261
Tabela 16	Distribuição da percepção que os usuários tem sobre as etapas do processo de punção de vasos periféricos, na perspectiva de 62 profissionais.	262

Tabela 17	Distribuição dos cuidados recomendados pelos profissionais sobre o processo de punção de vasos periféricos.	263
Tabela 18	Recomendações que os participantes fazem sobre a troca de acesso venoso periférico.	264
Tabela 19	Situações nas quais os participantes recomendam a troca da fixação do acesso venoso periférico.	264
Tabela 20	Condutas profissionais adotadas após a remoção da agulha da veia do usuário.	265
Tabela 21	Tempo recomendado pelo profissional para compressão após remoção da agulha.	265
Tabela 22	Opção do profissional sobre recomendação de compressa local e tipo referenciado.	266
Tabela 23	Sentimentos e comportamentos manifestados pelos profissionais no decorrer das etapas do processo de punção venosa periférico.	267
Tabela 24	Escores atribuídos pelo doador para os níveis de conforto/desconforto percebidos no ambiente no qual a punção venosa é realizada.	269
Tabela 25	Relação de condutas de ajuda/orientação prestadas pelo profissional ao doador de sangue durante o seu atendimento.	270
Tabela 26	Motivo atribuído pelo doador para a dificuldade de realização da punção para doação de sangue.	271
Tabela 27	Auto avaliação do doador para o grau de dificuldade de realização a punção de sua veia e notas atribuídas para a visibilidade do sítio de inserção da agulha de coleta de sangue e tempo de atendimento.	272
Tabela 28	Escores atribuídos pelo doador para o desempenho do profissional que punciona veias para doação de sangue e para as dores percebidas nos momentos da retirada da agulha e após estar sema a agulha do circuito de coleta de sangue.	273
Tabela 29	Situações que o doador considera passíveis de melhora, referentes ao processo de punção venosa para doação de sangue.	273
Tabela 30	Nota atribuída pelo doador ao tratamento recebido no momento da punção e à sua satisfação com o procedimento de punção venosa periférico, realizado no hemocentro.	275
Tabela 31	Sentimentos do doador de sangue durante as etapas da punção venosa e suas classificações.	276
Tabela 32	Comportamentos do doador de sangue durante as etapas da punção venosa e suas classificações.	278

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACD	Citrato Ácido Dextrose
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Agência Transfusional
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
bDNA	<i>branched</i> DNA
BIC	Bolsas de Iniciação Científica
BPF	Boas Práticas de Fabricação
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
Capes	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CEPEn	Centro de Pesquisa em Enfermagem
CH	Concentrado de Hemácias
CID	Código Internacional de Doenças
CNE/CEB	Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Básica
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Concentrado de Plaquetas
CP2D	Citrato Fosfato Dextrose
CPD	Citrato Fosfato Dextrose
CPDA	Citrato Fosfato Dextrose Adenina
CPH	Células Progenitoras Hematopoéticas
CT	Comitê Transfusional
CTH	Células Tronco Hematopoéticas
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DE	Diagnósticos de Enfermagem
Decs	Descritores em Ciências da Saúde
DIP	Doenças Infectoparasitárias
EAD	Educação a Distância
EC	Educação Continuada
EEAN/UFRJ	Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EIA	Ensaio Imunoenzimático
EP	Educação Permanente
ES	Educação em Serviço
FACENF	Faculdade de Enfermagem
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
Hemopa	Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará
HTLV I/II	Vírus Linfotrópico da Célula Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IESs	Instituições de Ensino Superior
INS	<i>Infusion Nurses Society</i>
IV	Intravenosa
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NANDA- I	<i>North American Nursing Diagnosis Association- International</i>
NASBA	<i>Nucleic Acid Sequence Based Amplification</i>
ODK	<i>Open data Kit</i>
OME	Ordem Médica de Evocação
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PET	Programa Especial de Treinamento
PFC	Plasma Fresco Congelado
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
PL	Projeto de Lei
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
POP	Procedimento Operacional Padrão

PROBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
Proenf	Programa de Atualização em Enfermagem- Saúde do adulto
Pronatec	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSIS	Procedimento Operacional Padrão Sistêmico
PVC	Pressão Venosa Central
QBC®	<i>Quantitative Buffy Coat</i>
QID	Quadrante Inferior Direito
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Rh	<i>Rhesus</i>
RS	Representações Sociais
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBHH	Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SECAD	Sistema de Educação Continuada à Distância
SIDA/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TECCSE	Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem
TMA	<i>Transcription Mediated Amplification</i>
TMO	Transplante de Medula Óssea
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VIH/HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA NA CAPTAÇÃO E TRANSFUÇÃO DE SANGUE E TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO NA PERSPECTIVA DO BINÔMIO USUÁRIO-PROFISSIONAL

Aline Almeida Peres

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Arreguy-Sena

PERES, Aline Almeida. **Processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico na perspectiva do binômio usuário-profissional**. [Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu. Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESUMO: Pesquisa delineada no método misto (estudos de caso com pessoas internadas para receber hemocomponentes; representações sociais do binômio usuário-profissional sobre o processo de punção venosa periférico em hemoterapia; coorte prospectiva com doadores de sangue para calcular a incidência de trauma vascular periférico; *survey* sobre a prática de punção desempenhada com profissionais de duas instituições e sobre o nível de satisfação de doadores de sangue sobre o processo de punção venosa para doação de sangue; e implicações da punção venosa periférica em hemoterapia para a enfermagem). Objetivou analisar as especificidades do processo de punção de vasos durante a captação e transfusão de hemocomponentes, a ocorrência de trauma vascular periférico na perspectiva do binômio usuário-profissional e as representações sociais de profissionais e doadores de sangue sobre o processo de punção realizado com fins hemoterápicos. Utilizados referenciais da Teoria das Representações Sociais (TRS) e Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Foram dois os cenários da investigação: hemocentro e instituição hospitalar de ensino em Minas Gerais. Delineamentos amostrais: 1) por tipicidade para estudo de caso com seis receptores de hemocomponentes; 2) seleção completa composta por 200 doadores de sangue de um hemocentro, cujas representações sociais sobre o processo de punção foram captadas nas abordagens processual e estrutural; 3) amostra de seleção completa composta de 62 profissionais oriundos de duas instituições, cujos usuários tiveram suas veias puncionadas para fins hemoterápicos e para captação de representações sociais e *survey* sobre a prática laboral de profissionais que puncionam veias; 4) amostra de seleção completa com 150 doadores que integraram uma coorte prospectiva e aferição de seu nível de satisfação sobre o processo de punção. Dados coletados de Junho/2015 a Agosto/2016. Estudo de caso e coortes estruturadas a partir de instrumento previamente validado, utilizando escalas mensurativas, paleta cromática e registros fotográficos de manifestações de trauma vascular. Utilizadas técnica de evocação livre a partir de termos indutores (“doar sangue”, “receber sangue” e “punção da veia para doar sangue”) para abordagem estrutural da TRS e gravação de áudio com entrevista semiestruturada para abordagem processual. *Survey* abordando práticas profissionais e aferição da satisfação de doadores quanto à punção. Atendidas recomendações éticas e legais da pesquisa com seres humanos. Integraram os estudos de caso pessoas com anemia, plaquetopenia e imunodepressão, cujos acessos venosos viabilizaram transfusões sanguíneas e infusão de terapia intravenosa. Detectada perda da punção havendo divergência entre registros profissionais e prática laboral. Complexo de fixação não atendeu aos protocolos institucionais. Foram manifestações de trauma vascular: edema e equimose. Atendidas recomendações sobre o calibre do cateter intravenoso e uso de vaso central para a infusão de drogas vesicantes. Abordagem processual das representações sociais de profissionais evidenciou três categorias temáticas que retrataram o processo de punção venosa. Técnica de evocação livre para etapas do processo hemoterápico evidenciou motivações do grupo para o ato de doação, proximidade com familiares e influência das informações compartilhadas sobre o comportamento de doadores. Identificado distanciamento do recebimento de sangue devido

falta de ancoragem em experiências próprias ou de terceiros. Registrado desconforto daqueles que doam sangue. Elementos simbólicos para o ato de doação e de se ter veia puncionada (“sensação-ruim-desconforto”, “menor-dor”, “medo-ansiedade” e “agulha-picada”) retrataram representações semelhantes. Incidência de trauma vascular foi 6,7% com manifestações de dor e equimose. O *survey* com profissionais evidenciou sentimentos de “sentir-se avaliado”, ao longo das etapas da punção, “alívio” ao término da punção e “apreensão” no período de manutenção do acesso venoso. Foram comportamentos emergentes: “vigilância” ao longo das etapas do processo e “tagarelar”. Aferição da satisfação dos doadores com a punção evidenciou escores $\geq 6/10$, sendo a menor pontuação atribuída ao tempo de atendimento. Conclui-se sobre a existência de peculiaridades no processo de punção de vasos para fins hemoterápicos quando comparado à sua utilização para outras finalidades, sendo a coerência entre práticas laborais com: boas práticas, educação permanente dos profissionais e controle de eventos adversos que norteiam a reestruturação das ações terapêuticas fatores que justificam a incidência de trauma vascular de 6,7%. As implicações dos resultados para o cuidado de enfermagem, com base na Teoria do Cuidado Transpessoal, evidenciaram a necessidade de ressignificar a realização do processo de punção venosa periférico para as pessoas que o vivenciam e está em coerência com uma assistência de enfermagem que vise proporcionar um momento de cuidado autêntico aos usuários do contexto hemoterápico.

Descritores: Doadores de sangue; Transfusão de sangue; Serviço de hemoterapia/Bancos de sangue; Cateterismo periférico; Vasos sanguíneos; Enfermagem.

PERIPHERAL VENIPUNCTURE PROCESS IN WITHDRAWAL AND BLOOD TRANSFUSION AND PERIPHERAL VASCULAR TRAUMA IN PERSPECTIVE OF USER-PROFESSIONAL BINOMIAL

Aline Almeida Peres

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Arreguy-Sena

ABSTRACT: Outline research in a mixed method (case of study with hospitalized individuals to receive blood component; social representation of user-professional binomial involving the peripheral venipuncture process; prospective cohort with blood donator to calculate the peripheral venipuncture damage occurrence; survey about the puncture practice performed by professionals in two institutions and the satisfaction level of the blood donators with the venipuncture process for blood donation; and peripheral venipuncture implications in hemotherapy for nursing. The main goal is to analyze the venipuncture process specificities during withdrawal and transfusion of blood component, the peripheral venipuncture damage occurrence in a user-professional binomial approach and the social representation of professionals and blood donators in the venipuncture process performed for hemotherapy purposes. Was utilized Social Representation Theory's references (SRT) and Jean Watson's Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal. Was two investigative scenarios: Hemocentro and Education Hospital Institute. Sampling Designs: 1) By types for case of study with six blood component receivers; 2) Completely selection composed by 200 blood donators of a Hemocentro, whom social representations about the venipuncture process were captured in the procedural and structural approach; 3) Sample of complete selection composed by sixty-two professionals from the two institutions. Which the users had venipuncture for the hemotherapy purposes and social representation gathering. Include professional's venipuncture labor practice survey; 4) Sample of complete selection with a 150 donators which integrated a prospective cohort e standardization of satisfaction level in the puncture process. The data was collected from June/2015 to August/2016. Case of study and cohort were structured from an instrument previously authenticate. Was utilized measurable scale, chromatic palette, and photographic register of venous damage. Also, was utilized the free evocation technique from inductor terms: "blood donation", "blood receiver", "venipuncture for blood donation" for structure approach of (SRT) and audio record interview semi-structured for processual approach. Survey involving professional practice and measurement of donators satisfaction as the puncture. Was attended the ethical recommendations and statutory research with human beings. Integrate the Study's case people with anemia, thrombocytopenia and immunosuppression people whom venous access allowed blood transfusion and venous therapy infusion. Was detected puncture loss involving divergence between professional register and labor practice. Dressing devices didn't attempt the institute protocol. Was damage veins manifestations: edema and ecchymosis. Attended recommendations about gauge intravenous catheter and use of central vessel to infusion of vesicant drugs. The processual approach of professional's social representation showed three thematic categories that reflects the venipuncture process. The free evocation technique for stages of the hemotherapeutic process showed group motivations for the donation act, proximity with relatives and the influence of shared information about the donor behavior. Was identified distancing from receiving blood due to lack of anchorage in own experiences or others. Was registered discomfort of those who donate blood. Symbolic elements to the act of donate and have punctured vein: "bad feeling – uncomfortable", "less pain", "afraid-anxious", "needle-sting", pictured similar representations. The vascular trauma incidence was 6,7% with manifestations of pain and ecchymosis. The professional's survey showed feelings of "relief" during the puncture steps, "relief" at the puncture's end, seizure during the maintenance of venous access. Were emerging behaviors: "vigilance", along the process steps and "chatter". Gauging the satisfaction of donors with the punch showed scores $\geq 6/10$, being the lowest score assigned to the service time. Was concluded the existence of peculiarities in the vessel puncture

process for hemotherapeutic purpose when compared to its use for other purposes, being the coherence between labor practices with: good practices, continuing professional's education and control of adverse events that guide the restructuring of therapeutic actions. Factors that justify the incidence of vascular trauma by 6,7%. The implications of the results for nursing care, based on the Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal, highlighted the need to reframe the completion of the peripheral venipuncture process for people who experienced and is coherent with a nursing care that aims to provide a moment of authentic care to the users of the hemotherapeutic context.

Descriptors: Blood Donors; Blood Transfusion; Hemotherapy Service/Blood Banks; Catheterization, Peripheral; Blood Vessels. Nursing.

PROCESO DE PUNCIÓN DE VENAS EN CAPTACIÓN Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO EN LA PERSPECTIVA BINOMIAL USUÁRIO-PROFESIONAL

Aline Almeida Peres

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Arreguy-Sena

RESUMEN: La investigación se describe en el método mixto (estudios de casos con personas hospitalizadas para recibir productos sanguíneos; representaciones sociales de la binomial-profesional de usuario en el proceso de punción venosa periférica en hemoterapia, prospectivo de cohortes con los donantes de sangre para calcular la incidencia de traumatismo vascular periférica; Estudio sobre la práctica de la punción realizada con profesionales de ambas instituciones y el nivel de satisfacción de los donantes de sangre sobre el procedimiento de punción venosa para la donación de sangre, y las implicaciones de la punción venosa periférica en hemoterapia para la lactancia). Tuvo como objetivo analizar los detalles del proceso de punción recipiente para la recogida y transfusión de productos sanguíneos, la ocurrencia del trauma vascular periférica desde la perspectiva de las representaciones sociales-binomial y profesional de los usuarios de los profesionales y de los donantes de sangre en el proceso de punción realizados con fines haemotherapeutic . He utilizado las referencias de la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) y la teoría del cuidado de Jean Watson. Había dos escenarios de investigación: Centro de la sangre y la institución educativa hospital en Minas Gerais. diseño de muestreo: 1) por la tipicidad de estudio de caso con productos de seis receptores de sangre; 2) la selección completa consta de 200 donantes de sangre de un banco de sangre, cuyas representaciones sociales al proceso de punción fueron capturados en los enfoques de procedimiento y estructurales; 3) la selección completa de muestra de 62 profesionales de ambas instituciones, cuyos usuarios tenían sus venas perforados a haemotherapeutic propósitos y para capturar las representaciones sociales y profesionales de la encuesta sobre prácticas de trabajo de punción venas; 4) la selección completa de la muestra con 150 donantes que se unieron a un estudio de cohorte prospectivo y evaluación de su grado de satisfacción con el proceso de punción. Los datos recogidos a partir de junio / 2015 a agosto / 2016. Estudio de casos y cohortes estructurados de instrumento previamente validado utilizando escalas mensurativas, paleta cromática y registros fotográficos de eventos de trauma vascular. Se utiliza la técnica de la asociación libre de la inducción de términos ("donar sangre", "recibir sangre" y "punción de la vena para donar sangre") para la aproximación estructural de TRS y grabación de audio con el enfoque basado en procesos de entrevista semiestructurada. Encuesta hacer frente a los profesionales y las prácticas de referencia de la satisfacción de los donantes con la punción. Atendido las recomendaciones éticas y legales de la investigación en seres humanos. Los estudios de casos integrados de las personas con anemia, trombocitopenia y la supresión inmune, cuyo acceso venoso hecho posibles transfusiones de sangre y la terapia de infusión intravenosa. la pérdida detectada de la punción, no hubo acuerdo entre los registros profesionales y las prácticas de trabajo. complejo de fijación no cumplió con los protocolos institucionales. Eran manifestaciones traumatismos vasculares: edema y equimosis. recomendaciones se reunió el catéter intravenoso de calibre y el uso de drogas vaso central de infusión vesicantes. enfoque de procedimiento de las representaciones sociales de los profesionales mostró dos categorías temáticas que retrataron el proceso de punción venosa. técnica de evocación libre para las etapas del proceso mostró motivaciones del grupo hemoterápicos para el acto de la donación, la proximidad a los familiares y la influencia de la información compartida en el comportamiento de los donantes. distanciándose identificados a partir de la recepción de la sangre por la falta de anclaje en las experiencias propias o de terceros. Registrado el malestar de las personas que donan sangre. elementos simbólicos al acto de dar y han perforado la vena ("sentir-mala-incómoda", "menos dolor", "miedo-ansiedad" y "la aguja de punción") retratados representaciones similares. la incidencia de traumatismo vascular fue del 6,7%, con manifestaciones de dolor y

hematomas. El sondeo mostró que los profesionales con sentimientos de "sentirse valorado" a lo largo de los pasos de pinchazos, "alivio" en el extremo del punzón y la "toma" en el período de mantenimiento del acceso venoso. Eran comportamientos emergentes, "vigilancia" a través de las etapas del proceso y la "charla". Medir la satisfacción de los donantes con la punción mostró puntuaciones de $\geq 6 / 10$, con la menor puntuación otorgada a tiempo de servicio. Llegamos a la conclusión de la existencia de peculiaridades en el proceso de punción barco con fines de haemotherapeutic si se compara con su uso para otros fines, y la coherencia entre las prácticas laborales: buenas prácticas, la educación continuada de los profesionales y controlar los eventos adversos que guían la reestructuración acciones terapéuticas factores que justifican la incidencia de trauma vascular del 6,7%. Las implicaciones de los resultados para los cuidados de enfermería, basado en la Teoría del Cuidado, pusieron de relieve la necesidad de replantear la realización del procedimiento de punción venosa periférica para personas que experimentan y es consistente con una asistencia de enfermería que proporcionan un momento de cuidado auténtico para los usuarios de contexto hemoterápicos.

Descriptor: Donantes de Sangre; Transfusión Sanguínea; Servicio de Hemoterapia/Bancos de Sangre; Cateterismo Periférico; Vasos Sanguíneos. Enfermería.

APRESENTAÇÃO

Vivenciar o processo de formação em enfermagem foi algo que aguçou na pesquisadora diversas curiosidades e ansiedades. Uma das situações mais aguardadas foi a realização dos primeiros procedimentos técnicos, que requerem de todo acadêmico habilidades até então conhecidas apenas pelo aspecto teórico e que conferem certo destaque para quem as faz com competência.

A realização das primeiras punções venosas levantou várias questões que se tornaram conhecidas apenas nos cenários de prática, fazendo com que a pesquisadora buscasse o melhor conhecimento das técnicas preconizadas e os direcionamentos de outros profissionais mais experientes como referência.

Nestes momentos, surgiram as preocupações de conciliar a pouca destreza desenvolvida com a execução de um procedimento que não seja traumático para quem o vivencia, algo que é constantemente suscitado pela pessoa que tem seus vasos puncionados. Com a execução prática e desenvolvimento de técnicas comunicacionais, a pesquisadora adquiriu um nível de segurança suficiente para desempenhar esta tarefa como enfermeira.

Enquanto profissional de enfermagem que interage e reflete sobre algumas questões cotidianas, a pesquisadora se conscientizou sobre a questão da necessidade de doação de sangue, levando a se candidatar para ser doadora, incorporando este ato em sua rotina pessoal. A pesquisadora é admiradora dos profissionais que atuam neste setor e, devido à sua participação em projetos de extensão ainda na graduação, pôde ter uma vivência em um hemocentro regional, fato que colaborou para o aumento dessa admiração.

Ao se debruçar sobre estas temáticas, foram detectadas algumas possibilidades de colaborar com pesquisas nesta área e poder auxiliar no direcionamento dos serviços que prestam atendimento a doadores e receptores de sangue.

Surgem como questões pertinentes: Existem protocolos que amparam e protegem o voluntário à doação de sangue? Quais preocupações se têm sobre este público? Os eventos adversos inerentes são acompanhados de que forma? É necessário que o próprio voluntário busque por esta ajuda, ou ela cabe ao serviço de saúde? Como conciliar a necessidade de proteção ao doador com este controle de eventos adversos? E para os receptores ao fim da cadeia de serviços, quais são as condutas indispensáveis que os amparam?

Em seu trabalho de conclusão de curso, a pesquisadora abordou a temática da hemotransfusão, bem como os benefícios da atuação do profissional enfermeiro nesta área. Ao ser graduada enfermeira, sentiu a necessidade de se aperfeiçoar como profissional, visando às contribuições no nível da pós-graduação pelo mestrado em Enfermagem.

Com a participação no processo de seleção do programa de mestrado da FACENF-UFJF, foi continuado o projeto na temática da hemoterapia, desta vez, voltando-o para a capacitação da equipe de saúde a partir da prática empregada pelo profissional enfermeiro no procedimento transfusional.

Ao ser aprovada no processo seletivo já mencionado, a pesquisadora ingressou no grupo de pesquisa intitulado “Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem” – TECCSE – UFJF, passando a ter contato com a temática da punção de vasos exercida pelo profissional de enfermagem e suas implicações para a assistência à saúde.

Aliando os seus estudos prévios ao conhecimento compartilhado no grupo de pesquisa, surgiu o interesse de conhecer mais profundamente o processo de punção de vasos em hemoterapia e suas implicações para os usuários, visto que se trata ainda de um assunto pouco explorado na literatura atual, com base em achados de revisão integrativa realizada para a presente pesquisa.

Essas implicações de fato existem? Quais suas repercussões para usuários atendidos pelos serviços de saúde? Como o profissional de enfermagem aborda e lida com essas questões? Estes e outros questionamentos levaram a querer buscar as explicações existentes sobre este tema e/ou propor possíveis ações que colaborem para o trabalho do enfermeiro na atividade de punção de vasos, amplamente realizada no seu cotidiano laboral.

Buscou-se em revisão integrativa, sintetizar o estado da arte sobre a temática de interesse, direcionando a prática, fundamentando-a em evidências sólidas¹ para assim identificar as possíveis lacunas sobre a temática.

Apesar de o processo de construção de uma revisão integrativa ser complexo, o rigor adotado em sua execução minimiza a possibilidade de vieses na seleção do referencial norteador da pesquisa¹ fato que justificou a utilização de sua realização em etapas metodológicas previamente definidas.

Foram seis as fases utilizadas em seu desenvolvimento, a saber: 1) Elaboração de pergunta norteadora; 2) busca de amostragem literária; 3) coleta de dados (propriamente dita); 4) análise do material obtido pela coleta; 5) discussão de resultados e 6) apresentação dos resultados da revisão integrativa¹.

Com o intuito de se atender às etapas da elaboração da revisão integrativa, no primeiro momento, elaborou-se a seguinte questão norteadora: o estudo integra pessoas em situação de doação e/ou transfusão de sangue durante o processo de punção venosa, bem como os profissionais que o desempenham, auxiliando a elucidação da relação estabelecida neste processo?

Para o atendimento da busca em bases de dados, foi feita uma pesquisa nos seguintes bancos: BVS, Medline, Capes, Scielo e Lilacs. A busca deu-se a partir da inserção dos descritores definidos pelo Decs (Descritores em saúde) nas bases, com emprego de operadores booleanos (*and*, *or*, etc.).

O critério para escolha dos descritores foi o de apresentar conteúdo relacionado com as temáticas de interesse: doação de sangue, transfusão de sangue, enfermagem e processo de punção venosa. Também foi realizado o cruzamento dos descritores com o auxílio dos operadores booleanos.

Após a pesquisa referente aos descritores escolhidos, foram adotados os seguintes critérios para seleção de artigos de interesse: 1) definição do período de inclusão de artigos (últimos dois anos, contendo artigos publicados a partir de 2014); 2) verificação da proximidade do artigo levantado com a temática de interesse a partir da leitura de título e abstract; 3) verificação da proximidade do artigo levantado com a temática de interesse a partir de leitura de conteúdo integral do estudo.

O seguimento dos critérios para a seleção dos artigos de interesse desta investigação assegurou o rigor para a construção de revisão integrativa, permitindo a apuração do material e constatação de sua pertinência para a discussão proposta.

O levantamento dos resultados obtidos identificou lacunas na abordagem da temática na perspectiva da atuação da enfermagem no contexto da hemoterapia em virtude da complexidade da temática que envolve o processo de punção.

Partindo do pressuposto de que o processo de punção de vasos consiste em um fenômeno frequente na prática assistencial e ocupa parte do tempo de trabalho dos enfermeiros e sua equipe no cotidiano, sua pertinência para o conhecimento de enfermagem está vinculada à possibilidade de gerar respostas humanas entre aqueles que têm seus vasos puncionados.

A variedade de respostas humanas oriundas do processo de punção de vasos se deve à dimensão multifatorial que o caracteriza e à especificidade que decorre quando realizado para fins hemoterápicos. Sua operacionalização inclui como pano de fundo as relações interpessoais, a prática técnica desenvolvida pelos profissionais e a forma como todo o processo foi percebido pelos usuários.

Aproximar a percepção das políticas e dos programas públicos com as ações e o controle social e as percepções individuais justifica a inclusão das dimensões individuais e coletivas numa abordagem integrada. Isso porque esses são elementos caracterizadores do movimento de sensibilização de potenciais doadores de sangue, garantem o abastecimento dos bancos de sangue, constituem fator reafirmador da política pública que passa a ser retratado enquanto componente da construção de possíveis representações sociais sobre o fenômeno da punção².

Nesse sentido, o resultado da revisão integrativa corroborou com a relevância da temática na medida em que ele permitiu identificar as perspectivas dos usuários puncionados e a dos profissionais que o realizam.

Considerando a proximidade da enfermagem com o processo de punção de vasos em sua prática clínica, a revisão integrativa evidenciou que a temática é relevante e de interesse para a prática clínica de enfermeiros. Na presente investigação, ela foi contemplada dentro do processo de punção de

vasos periféricos para fins hemoterápicos, na perspectiva de uma atividade desenvolvida pela equipe de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Possibilitar a manutenção e/ou recuperação da estabilidade hemodinâmica corporal do homem sempre foi um desafio almejado na prática clínica. Tem-se, no processo de punção de vasos, uma ação, a partir da qual há indicação terapêutica para uso dos hemocomponentes nas instituições de saúde^{3; 4; 5; 6}.

A doação de sangue compreende um ato voluntário, no qual o indivíduo deve apresentar condições próprias para ter uma fração de seu sangue retirado sem que este ato comprometa sua integridade física. Para tal, são recrutadas pessoas após um processo de triagem, quando são atendidos critérios de elegibilidade para que sejam consideradas aptas à doação⁷. Ao adentrarem, aparentemente “saudáveis”, os hemocentros para exercerem um gesto altruísta de doação de parte de seu sangue, as pessoas devem receber em contrapartida tratamento de qualidade, que lhes assegure sua integridade, sendo as manifestações de trauma vascular indesejáveis nesse momento.

A punção de vasos destinada ao uso hemoterápico compreende um procedimento invasivo com a inserção de um dispositivo tubular de acesso à rede vascular do indivíduo, possibilitando a infusão de hemocomponentes/derivados ou a captação de amostra de sangue através da infusão/drenagem realizada via seu lúmen, com o intuito de restaurar a homeostase orgânica⁸.

Com relação aos receptores de sangue, é preconizado pela legislação que eles disponham de uma via exclusiva para tais fins, preservando o componente transfundido do contato simultâneo com a infusão de líquidos de natureza diferente da do sangue. Outro requisito é que a transfusão seja realizada em ambiente próprio para tal, contando com os dispositivos adequados (cateteres IV, equipos com filtro, cadeira/maca/cama para garantir posicionamento e conforto etc.), e profissionais especializados (médicos, enfermeiros, técnicos) que prezem pela segurança do ato⁷.

Devido a estes fatores, espera-se que o processo de punção de veias executado garanta ao usuário o atendimento adequado, de modo a favorecer a recuperação de sua condição saudável, e não o seu comprometimento, quando da ocorrência de trauma vascular, enquanto situação prevenível⁷. Na atualidade, esta prática é realizada no âmbito dos serviços de saúde com a finalidade de viabilizar condutas com fins terapêuticos e/ou diagnósticos e utilizada pelas diversas especialidades clínicas, cirúrgicas e intensivistas para o atendimento das necessidades dos indivíduos^{4; 9; 10}.

Devido a sua função pontual, o tempo de permanência de um cateter intravascular é curto em geral, e sua inserção pode ocorrer via vasos centrais ou periféricos⁸. Nesta investigação, será contemplado o processo de punção de veias periféricas, dada sua cotidianidade na prática laboral da equipe de enfermagem^{11; 12}.

Tendo em vista a relevância e recorrência do processo de punção venosa para os usuários dos serviços de saúde, a prevenção de falhas na sua realização garante também o sucesso da terapia

intravenosa e a manutenção da integridade da rede vascular deste usuário, reduzindo suas possibilidades de vivenciar sentimentos de angústia e dor com tentativas desnecessárias e/ou malsucedidas de punção⁸.

Entre os fatores que podem impactar a qualidade do processo de punção venosa, destacam-se: a diversidade de equipamentos e materiais existentes para sua realização; as habilidades requeridas dos profissionais desde os momentos de tomada de decisão, envolvendo a escolha destes materiais, até a finalização e remoção do cateter, incluindo os cuidados pós-remoção e a adoção das melhores condutas compreendidas durante sua execução; as peculiaridades do usuário (processo de morbidade, terapêutica e rede venosa), e a finalidade/duração da terapêutica pretendida^{9; 13; 14}.

O conhecimento dos fatores anteriormente mencionados permite direcionar ações em prol de avanços na assistência de enfermagem prestada durante a terapia intravenosa, repercutindo diretamente sobre sua qualidade, a satisfação do usuário e o alcance terapêutico almejado³.

Com relação aos cateteres intravasculares (cateteres IV), utilizados para fins terapêuticos e diagnósticos, são consideradas falhas em sua utilização eventos referentes à sua manipulação, quando esta provocar deslocamento parcial ou total do cateter, a ponto de causar infiltração de líquido ou sangue nos tecidos adjacentes à sua inserção; oclusão do mesmo e surgimento de flebite/infecções com desfecho de iatrogenia por bacteremia. Tais situações acarretam prejuízos à qualidade da punção⁸.

A especificidade do processo de punção de vasos periféricos e sua utilização para fins hemoterápicos consistem na potencialidade de contaminação dos hemocomponentes, tendo em vista a necessidade de estocagem deste produto que, por sua natureza e composição, favorece o desenvolvimento de agentes patogênicos.

Há evidências de índices de falhas na utilização dos cateteres IV, oscilando de 33% a 69%. Assim sendo, é indispensável que o profissional que realiza a punção venosa conheça os materiais a serem utilizados, tanto na inserção quanto na manutenção do cateter IV, assegurando a qualidade do procedimento⁸.

Quanto ao uso e manutenção de cateteres IV, diretrizes americanas preconizam a sua troca em períodos inferiores à 96 horas. No entanto, a rotina de substituição deve ser repensada nos casos em que houver simultaneamente a funcionalidade do cateter preservada e ausência de sinais flogísticos, no intuito de compatibilizar as experiências desagradáveis decorrentes de uma nova punção com o surgimento de iatrogenias consequentes do processo de punção de vasos periféricos⁸.

O cumprimento das recomendações anteriores é capaz de reduzir os custos assistenciais, individualizar o atendimento e minimizar sofrimento decorrente de punções desnecessárias. Para isso, as ações laborais decorrentes do uso dos vasos devem assegurar a qualidade do processo de punção

de veias, restringindo-o às situações necessárias, tornando-o mais ameno quanto possível para a pessoa que tem seus vasos em uso terapêutico⁶.

No processo decisório que envolve a realização de uma punção de veia, há três grandes eixos que precisam ser alinhados para que se intensifiquem as chances de êxito, a saber: 1) o material; 2) as peculiaridades dos usuários e a habilidade profissional e 3) a política institucional^{8; 12; 15; 16}.

No primeiro caso, há necessidade de se adotar materiais de qualidade e que sejam compatíveis com as finalidades da punção a ser realizada⁸. No segundo caso, a identificação e a escolha do vaso precisam ser criteriosas a ponto de possibilitar a adequação do tipo de material à finalidade terapêutica, e o sítio a ser puncionado deverá conciliar a escolha de um local de fácil manuseio, manutenção, observação e conforto para o usuário^{9; 17}.

A habilidade profissional deverá agregar aquelas de origem técnica/psicomotora, comunicacional e relacional a fim de favorecer o menor número possível de tentativas de punção e o maior aproveitamento daquelas que forem realizadas^{18; 19}. Devido à especificidade e às habilidades que envolvem o processo de punção de vasos periféricos, há instituições e recomendações científicas para que se crie uma “equipe de punção” dentro das instituições de saúde.

No terceiro caso, cabe mencionar que a política institucional interfere na perícia profissional, influenciada pela formação e pela educação permanente que o profissional adquire/desenvolve ao longo de sua atuação laboral, no contexto destas instituições^{18; 19}. Do ponto de vista operacional, essa equipe pode ser designada para atender a instituição como um todo ou ser composta por profissionais de cada setor e, neste caso, o grupo indicaria aqueles profissionais que são referência para realizar este procedimento¹⁶.

Se, por um lado, a justificativa alegada para a criação de uma “equipe de punção” inclui sua capacidade para agilizar o processo e ter a punção de vasos como ação prioritária, por outro, a educação permanente com consequente atualização das práticas e tecnologias inseridas nos serviços é capaz de tornar todos os enfermeiros hábeis a realizar com êxito, cientificidade e destreza manual o processo de punção de vasos periféricos^{16; 20}.

Evitar e/ou minimizar o surgimento de iatrogenias em decorrência do uso dos vasos sanguíneos para fins terapêuticos e diagnósticos pode favorecer a experiência da pessoa que tem seus vasos puncionados do ponto de vista da redução de desconforto/dor e até repercussão sobre seu tratamento.

Além destes benefícios, a punção de vasos é capaz de reduzir os custos com o tratamento na medida em que propicia intervenções terapêuticas de rápida absorção, níveis plasmáticos mais estáveis e controle de seus efeitos adversos. Tais implicações podem justificar investimentos na qualidade e controle dos procedimentos de punção de vasos¹⁶.

Por se tratar de uma atividade realizada por diferentes categorias profissionais (enfermeiros, anesthesiologistas, radiologistas, angiologistas, intensivistas e profissionais de formação técnica), a pessoa que executa a punção de vasos deve ter clareza a respeito dos aspectos que interferem sobre a qualidade e segurança, minimizando complicações evitáveis⁹. Isso remete à possibilidade de considerar e repensar como o processo de punção de vasos tem sido realizado na perspectiva da equipe de enfermagem²¹, caracterizando um fenômeno de possível contextualização social com repercussões para suas representações.

A partir da compreensão do processo de punção de vasos executado para fins hemoterápicos como um fenômeno peculiar com especificidades intrínsecas, passível de originar opiniões, expressões e ideário comum, contextualizando socialmente usuários e profissionais, delineou-se o objeto da presente investigação.

Segundo relatórios de 8 mil hemocentros, em 159 países que reportam seus dados à Organização Mundial de Saúde – OMS, estima-se que ocorram 92 milhões de coletas anuais de sangue no mundo. Há evidências de que a média anual registrada de coletas por hemocentro varie segundo a renda per capita, totalizando 30 mil procedimentos em países de alta renda; 7,5 mil em países de média renda e 3,7 mil em países considerados de baixa renda²².

No Brasil, a doação de sangue deve ocorrer de forma espontânea, por uma motivação altruísta e não remunerada da pessoa, quando todos os procedimentos devem ser devidamente esclarecidos pelos profissionais, desmitificando o ato desde o momento da captação de candidatos, até o retorno ao hemocentro numa ocasião futura. As informações referentes à identificação do candidato são mantidas sob sigilo dos serviços de saúde, assegurando a ética e a qualidade desta etapa⁷.

Há registro da realização de 3.637.775 de procedimentos de coleta de sangue em 2012 no Brasil, sendo os serviços públicos responsáveis por 93,13% deles e os privados por 6,87%, sendo 318.245 realizados em Minas Gerais, o que equivale a 8,74%. O cálculo da taxa nacional de doação de sangue por mil habitantes, com base em tendências mundiais de análise foi de 1,88%, ou seja, valor considerado baixo para atender às demandas de hemocomponentes e derivados para a população brasileira, segundo cálculos estimados. No Brasil, em 2012, foram realizadas 3.127.957 transfusões, sendo 85,23% delas efetivadas no ambiente hospitalar. Nesse segmento, em Minas Gerais, foram realizadas 320.524 transfusões²³.

As situações que contextualizam o receptor de transfusão sanguínea, assim como suas perspectivas, devem ser elucidadas a fim de favorecer a compreensão do profissional sobre as mesmas, subsidiando a elaboração de estratégias a serem adotadas em prol da qualidade do procedimento^{24; 25}.

Se, por um lado, as campanhas estimulam a população a doar sangue em períodos sazonais em que há baixa de doadores, por outro, a busca pela reposição do estoque e sua estabilização em níveis compatíveis com o consumo tem finalidade predefinida. Por isso, é imprescindível conhecer os fatores internos e externos que afetam o processo decisório e comportamental do doador de sangue, para possibilitar desenvolvimento de estratégias atrativas e mantenedoras da atividade voluntária de doação de sangue^{26; 27; 28; 29}.

Ao executar o processo de punção de vasos periféricos para fins de estabilização hemodinâmica, terapêuticos, diagnósticos e transfusionais em sua rotina laboral, o enfermeiro é capaz de atuar na identificação precoce de eventos adversos. Além disso, pode intervir terapêuticamente nas reações transfusionais e em situações de urgência/emergência e reduzir a exposição a riscos ocupacionais, sendo a abordagem dos traumas vasculares decorrentes de punções venosas área de sua pericidade^{25; 30}.

O fato de o processo de punção vascular periférica ser um procedimento presente na atividade laboral cotidiana do enfermeiro, aliado à argumentação anteriormente explicitada e embasada em sua formação profissional, confere a ele o perfil compatível com sua inserção nos procedimentos requeridos nos processos de hemoterapia nas várias etapas em que eles ocorrem³¹.

A aproximação da prática laboral de enfermeiros com o processo de punção de vasos periféricos está prevista na Portaria nº 2.712/2013, em consonância com a recomendação de que os serviços de hemoterapia sejam exercidos por profissionais com formação em processos gerenciais e humanos⁷.

Compete ao enfermeiro, no âmbito dos serviços de saúde, o planejamento, execução e coordenação de procedimentos hemoterápicos. Está prevista a assistência integral a doadores, desde o momento de sua captação até receptores após o ato transfusional propriamente dito e seus familiares, difundindo e promovendo atividades educativas de cunho preventivo ou minimizador de agravos possíveis aos mesmos, abordando as intercorrências e aprimorando o conhecimento dos profissionais de enfermagem por meio de pesquisas científicas^{7; 32}.

A inserção do enfermeiro nos serviços de hemoterapia se justifica por ele integrar a equipe de saúde multiprofissional com experiência nas situações clínicas, emergenciais e cirúrgicas que contextualizam a necessidade do uso de hemocomponentes e derivados. Outra razão que fundamenta sua inserção nestes serviços alicerça-se em sua formação generalista, humanista, educadora e científica. Fruto de uma proposta curricular, a formação do enfermeiro favorece que ele tenha uma visão ampliada e individualizada das necessidades dos usuários fundamentada em bases científicas, utilizando recursos gerenciais e organizacionais em sua atuação³¹.

Do ponto de vista dos doadores e receptores de sangue, a operacionalização do processo de punção de vasos periféricos deve assegurar que aqueles que têm seus vasos puncionados: recebam dos profissionais de saúde atendimento baseado nas melhores práticas e tenham minimizados, ao máximo, os efeitos adversos advindos do processo de punção de vasos periféricos e da remoção/infusão de volumes sanguíneos e que disponham de apoio e atendimento especializado em casos de eventos adversos^{22; 30}.

Esta investigação visa operacionalizar a caracterização do processo de punção de vasos em hemoterapia como um objeto capaz de ser representado socialmente para o binômio profissional-usuário. No que tange às pessoas que doam sangue e recebem hemocomponentes e derivados, espera-se que lhes seja assegurada uma punção de qualidade, o monitoramento do processo infusional, o controle e pronto atendimento diante de reações transfusionais e o monitoramento e tratamento de reações locais no sítio e/ou áreas adjacentes à inserção do cateter IV quando surgirem manifestações de trauma vascular periférico^{22; 30}.

O “Risco para Trauma Vascular Periférico”, concebido enquanto uma situação passível de prevenção quando se utilizam os vasos sanguíneos para fins terapêuticos, diagnósticos, hemoterápicos e hemodinâmicos, insere-se como um diagnóstico de enfermagem segundo a proposta taxonômica da NANDA I. Constitui uma releitura da prática de enfermagem que se iniciou na década de 40 e cuja inserção de recursos tecnológicos impactou a prática laboral dos profissionais de enfermagem na forma como tais profissionais executam e avaliam o procedimento³⁰.

A possibilidade de apreender esta ocorrência de danos vasculares aos doadores de sangue confere *feedback* à prática de enfermagem, possibilitada por uma pesquisa menos sujeita a ambiguidades, como no caso do estudo de corte³³.

Numa releitura sobre a concepção de trauma vascular periférico na perspectiva de sua ocorrência durante o processo de captação do sangue e das práticas transfusionais, ela possui peculiaridades que se delineiam de forma distinta no processo de captação do sangue quando comparada às terapêuticas transfusionais, embora, em ambas as circunstâncias, esta situação possa ocorrer.

Diante do exposto, o objeto de investigação delinea-se como o processo de punção de veias para fins de captação e transfusão de sangue/hemoderivados na perspectiva da ocorrência de trauma vascular periférico. Foram quatro as razões que justificam a realização da presente investigação. A primeira diz respeito à punção venosa enquanto um procedimento insubstituível para viabilizar os processos de coleta e transfusão de sangue. A segunda razão refere-se à possibilidade de ocorrer trauma vascular nas ocasiões em que é indicado o processo de punção venosa periférica. A terceira razão é a especificidade que caracteriza a punção venosa realizada para fins hemoterápicos e a

necessidade de se reduzir a ocorrência de iatrogenias, melhorar a assistência hemoterápica, minimizar agravos e restringir situações inerentes às decisões que envolvem benefícios/malefícios.

E a quarta razão refere-se aos conhecimentos, competências técnica e legal necessárias aos enfermeiros frente à cotidianidade com que a prática de punção de vasos é realizada em seu exercício profissional, fato que os habilita como especialistas neste procedimento e faz com que o trauma vascular periférico decorrente do uso de punções seja considerado uma condição investigada na área da enfermagem.

Nesse sentido, a abordagem das situações/circunstâncias que podem minimizar a ocorrência de trauma vascular corresponde à adoção de condutas terapêuticas respaldadas cientificamente. Devido às peculiaridades das abordagens quantitativa e qualitativa dentro do delineamento do método misto, foi necessária a elaboração de dois objetivos gerais, a saber: 1) analisar o processo de punção de vasos durante a captação e a transfusão de sangue/hemocomponentes/derivados na perspectiva da ocorrência de trauma vascular periférico em duas instituições de saúde e 2) compreender as representações sociais elaboradas por profissionais, doadores e receptores de sangue a respeito do processo de punção vasos para finalidade de doação, captação e recepção de sangue.

2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

A seguir, constam os objetivos gerais e específicos da presente investigação.

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar o processo de punção de vasos durante a captação/transfusão de hemocomponentes/derivados e a ocorrência de trauma vascular periférico na perspectiva de usuários e profissionais de saúde e na especificidade de sua utilização em hemoterapia, bem como as representações sociais elaboradas por profissionais e doadores de sangue a respeito do processo de punção de vasos para finalidade de captação e transfusão de sangue.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os participantes quanto às variáveis sociodemográficas.

Descrever as etapas do processo de punção de vasos realizado para viabilizar a doação de sangue e a transfusão de hemocomponentes/derivados.

Caracterizar o processo de punção venosa periférica identificado em pessoas que se encontram em situações de recepção de sangue por plaquetopenia, anemia, e imunossupressão.

Identificar a percepção de profissionais e usuários a respeito das etapas do processo de punção quando puncionam/têm puncionados seus vasos para doação sangue e transfusão de hemocomponentes/derivados.

Calcular a incidência e estimar as chances de ocorrência de trauma vascular em situações de doação de sangue (em até três tempos após a coleta de sangue).

Avaliar a satisfação dos doadores de sangue a respeito do processo de punção de vasos periféricos.

Correlacionar as manifestações de trauma vascular com os fatores desencadeadores em pessoas que tiveram seus vasos puncionados para doação de sangue.

Identificar os elementos representacionais, sua hierarquia e a origem da representação social de doadores a respeito de doar sangue, receber sangue e ter o vaso puncionado.

Identificar os elementos representacionais, sua hierarquia e a origem da representação social de profissionais que puncionam vasos a respeito de puncionar e manter a veia puncionada.

Identificar a origem da formação da estrutura representacional de profissionais e usuários a respeito do processo de punção.

3 MARCOS HISTÓRICO, LEGAIS, TEÓRICOS E FILOSÓFICOS

Para a devida compreensão da presente investigação, a seguir, serão apresentados os conteúdos referentes: 1) aos avanços históricos na utilização do sangue; 2) aos processos transfusionais, seus programas, políticas e legislações pertinentes; 3) às tecnologias utilizadas no processo de punção vasos em hemoterapia, compreendendo a perspectiva das tecnologias leves, leves-duras e duras e 4) à Teoria das Representações Sociais e sua aplicação para o processo hemoterápico.

3.1 AVANÇOS HISTÓRICOS NO USO DO SANGUE E SEUS DERIVADOS

Historicamente, o sangue sempre esteve relacionado à essência do ser humano, sendo-lhe atribuída uma variedade de conceitos e mitos culturais, levando pensadores como Aristóteles a questionar sua relevância para as forças vitais e espirituais. Por estas razões, desde tempos mais remotos, busca-se uma utilização medicinal para o sangue^{34; 35}.

No cômputo dos volumes orgânicos da espécie humana, aproximadamente 10% do peso corporal corresponde ao volume sanguíneo, havendo situações de morbimortalidade capazes de colocar em risco a integridade física, hemodinâmica e funcional do organismo, quando há alterações bruscas nos volumes circulantes³⁶.

O tecido sanguíneo viabiliza o metabolismo celular através do suprimento de oxigênio contido nas hemácias, da catalisação de reações celulares e da exportação do CO₂ resultante, combate infecções e agentes tóxicos ao organismo através dos processos imunes desencadeados por leucócitos e demais células de defesa e controla os mecanismos de coagulação e hemostasia por meio da atividade plaquetária³⁶.

Em situações de estabilidade, o organismo é capaz de repor parte dos volumes sanguíneos perdidos, sendo a prática de doação de sangue um comportamento socialmente recomendado e estimulado para atender às demandas quando o corpo é incapaz de se reajustar ou completar as ações desenvolvidas pelos hemocomponentes. Isso porque o sangue é um tecido complexo, cuja composição é capaz de auxiliar na estabilização hemodinâmica em casos das pessoas doentes, acidentadas ou em fases/situações específicas na vida²⁵.

O sangue compreende um componente repleto de peculiaridades que ainda não possui análogo sintético disponível à medicina atual. Devido a este fator, a crescente carência de doações de sangue vivenciada em hemocentros ao redor do mundo aponta para a sua importância^{24; 26; 27; 37; 38}.

No intuito de contextualizar a utilização do sangue em hemoterapia e suas implicações para a enfermagem, a estratégia empregada foi a busca por caracterizar o tipo de tecnologia utilizada e seu

impacto para as práticas laborais dos profissionais de saúde.

Mundialmente, a hemoterapia tem como marco divisor o início da era científica, a partir do período de 1900. Até então, o sangue (humano e animal) era um componente altamente desconhecido. No entanto, eram empregadas empiricamente tentativas ritualísticas de sua utilização como banhos, beberagens e “sangrias”. Com o tempo, estudiosos como Galeno (131-210 d.C.) e, mais tarde, William Harvey (1578-1657) se debruçaram sobre pesquisas anatômicas, desenvolvendo o conceito de circulação sanguínea, que levaria a trabalhos sobre utilização de transfusão de sangue animal por Tevergo (1638) e Richard Lower (1666)³⁵.

Devido ao aspecto primitivo dos conhecimentos sobre o sangue, sua utilização em transfusões levou à incidência de acidentes transfusionais, que culminaram com sua proibição na França, no ano de 1673. Posteriormente, em Londres, novos eventos transfusionais, como embolias e acidentes infecciosos, também repercutiram sobre as transfusões, caracterizando crises da medicina hemoterápica na era pré-científica³⁵.

No início dessa era, o cientista Karl Landsteiner evidenciou a existência de características divergentes no sangue dos indivíduos, o que o levou a classificar o sangue conforme as mesmas, introduzindo o conceito sobre grupos sanguíneos. Desta forma, colaborou para a compreensão e redução de incidentes relacionados às incompatibilidades de transfusão entre grupos sanguíneos distintos^{34:35}.

Durante a Primeira Guerra Mundial, a utilização do sangue consistiu numa necessidade para a recuperação dos soldados, trazendo à tona a preocupação com os estoques de sangue, levando ao desenvolvimento das primeiras substâncias conservantes por Peckelharing, em 1914. Nesta ocasião, as transfusões eram realizadas de modo que o sangue de um indivíduo era simultaneamente retirado e inserido em outro, ou estocado em vasilhames próprios³⁵.

Outras inovações incluíram o surgimento dos primeiros serviços de bancos de sangue e a descoberta do fator Rhesus (Rh) em sangue de primatas e o impulsionamento das tentativas de transfusão intensificadas com a Segunda Guerra Mundial contribuiu para subsidiar os alicerces dos serviços de captação e distribuição de sangue que se difundiram na ocasião, a partir do continente europeu³⁵.

No Brasil, pesquisas realizadas no início da era científica marcaram o surgimento da atividade hemoterápica no país. Na década de 1940, a hemoterapia se consolidou como uma especialidade médica e surgiu o primeiro banco de sangue nacional, no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro. Neste período, a atividade regulamentadora dos procedimentos hemoterápicos ainda era incipiente a ponto de comprometer sua efetividade e ser reconhecida como algo que deveria ser realizado com restrição³⁵.

A difusão dos conhecimentos empregados no período da guerra alcançou o cenário brasileiro, e a medicina hemoterápica nacional se configurou como especialidade a partir da década de 1940. Nessa ocasião, foi inaugurado o primeiro banco de sangue público na cidade do Rio de Janeiro, tendo como meta suprir necessidades de uso de sangue da instituição ou em acampamentos montados nos campos de batalha^{34; 35}.

A hemoterapia atingiu o âmbito dos serviços privados, mas a existência de disparidades técnicas, de qualidade e princípios, em que a atividade era vista meramente como comercial, praticando a doação de sangue como atividade remunerada aos doadores, levou à obtenção de estoques de origem duvidosa. Tal comportamento culminou na disseminação de doenças infecciosas e favoreceu a prestação de informações incorretas por parte da população doadora³⁵.

A partir de 1964, a prática passou a ser regulamentada por legislação própria, no entanto a atividade de fiscalização dos serviços era incipiente, o que levou as autoridades a buscarem cooperação internacional, estabelecendo parceria técnico-científica com a França^{34; 35}.

No início da era científica, surgiram os primeiros relatos sobre procedimentos hemoterápicos, tendo como marco nacional um experimento que empregou o “Aparelho de Agote” (**Figura 1**), artefato desenvolvido e utilizado na primeira transfusão nacional realizada na cidade de Salvador. Esse foi o embrião dos primeiros serviços especializados^{34; 35}.

Figura 1: “Aparelho de Agote” de Garcez Fróes:



Fonte: Junqueira PC *et al*, 2005.

Apesar de avanços obtidos com a legislação hemoterápica, ainda havia doação de sangue remunerada no país. Eram exigidos dos serviços hemoterápicos comprovantes de pagamento aos

doadores, no intuito de que não se explorassem doadores voluntários, colocando os lucros dos empresários acima do serviço prestado³⁹.

Em 1976, foi realizado um relatório sobre a situação nacional da coleta e distribuição sanguínea a pedido do MS, que preconizou a implantação de hemocentros públicos nas capitais, que receberiam apoio governamental e se baseariam na doação voluntária de sangue³⁹.

No ano seguinte, foi inaugurado o primeiro centro de Hemoterapia e Hematologia brasileiro em Pernambuco. O Hemopa foi o segundo hemocentro nacional, inaugurado no Estado do Pará três anos depois. Com a fixação destes serviços, foram sendo instalados hemocentros em outras capitais³⁹.

A militância da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), ao mobilizar a sociedade científica e a comunidade, posicionou-se contra a comercialização do sangue e acabou sendo proibida a doação de sangue remunerada no país. Essa foi uma vitória para a SBHH, que, a partir de 1980, passou a mobilizar a sociedade no sentido de abastecer as demandas de hemoderivados por comportamento de um ato voluntário de origem altruísta³⁴.

O sangue obtido das doações trouxe a necessidade de se elaborar uma forma de armazenamento eficiente, que garantisse a manutenção de suas características essenciais pelo maior período de tempo possível. No passado, o sangue coletado era armazenado em recipientes reutilizáveis, o que ocasionava a transmissão de doenças infecciosas. Com o passar do tempo, estes recipientes tornaram-se obsoletos e deram lugar às atuais bolsas individualizadas³⁵.

Com a identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/HIV), detectado inicialmente em pessoas homossexuais, à medida que a pandemia foi se configurando, percebeu-se que houve disseminação do mesmo entre outros grupos de pessoas que, devido às condições de saúde, necessitavam de transfusões, a exemplo dos hemofílicos e das pessoas submetidas a grandes procedimentos cirúrgicos⁴⁰.

A possibilidade de se integrar os chamados “grupos de risco” desencadeou entre os profissionais de saúde a exigência de condições laborais cujas práticas, procedimentos e condutas foram repensadas em outra lógica, a da proteção do trabalhador e a exigência da segurança deste ao desempenhar suas atividades profissionais^{22; 34; 35; 41; 42; 43}.

Somente no ano de 1987, o MS incorporou a realização do teste sorológico para detecção do vírus HIV no sangue coletado dos doadores, tornando obrigatória a sua realização. Essa ação trouxe à tona a exposição laboral de trabalhadores da saúde a acidentes ocupacionais e doenças que poderiam ser adquiridas por práticas profissionais em que os trabalhadores não utilizassem barreiras ao entrarem em contato com material biológico³⁹.

Tal concepção foi registrada no conteúdo da Constituição de 1988, quando se consolidou o aspecto não remunerado das atividades de doação de sangue, e encarregou aos serviços de saúde a

responsabilidade pelo custeio das despesas com o procedimento técnico de processamento, armazenamento, distribuição e consumo do sangue. Essa determinação se estende à iniciativa privada^{34; 35}.

O advento da pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) constituiu um divisor de águas nas práticas de captação, uso e distribuição do sangue. Essa pandemia suscitou reflexões que evidenciaram as fragilidades referentes à segurança do sangue fornecido ao receptor, despertando a preocupação com a prevenção da transmissão de doenças infecciosas passíveis de serem disseminadas entre aqueles que passavam por tratamento hemoterápico⁴⁰.

Foram construídas por isso recomendações sobre ações no âmbito da hemovigilância a fim de assegurar a qualidade dos produtos sanguíneos utilizados nos serviços de saúde, tendo sido a França precursora na concepção de hemovigilância na década de 90 do século passado³⁴.

O sistema de hemovigilância tem a finalidade de acompanhar de forma sistematizada os eventos adversos/reacionais em decorrência das transfusões, visando à segurança dos processos empregados e abrangendo a cadeia de serviços que compreendem o ciclo do sangue⁴⁴.

Integram as atividades de hemovigilância: 1) garantia da rastreabilidade bidirecional dos produtos hematológicos e de seus receptores; 2) detecção, acompanhamento e investigação de eventos adversos associados e de incidentes nos procedimentos de processamento dos produtos, e 3) registro e manejo das informações sobre o ato transfusional, conferindo bases para elaborar diretrizes que norteiam as melhores práticas em hemoterapia⁴⁴.

As recomendações internacionais consensualizadas a respeito de como deve estar estruturada a política de sangue preveem a necessidade de articulação entre a política nacional gerenciada pelos respectivos MS de cada país com os demais serviços especializados que prestam atendimento aos usuários. Nesse contexto, devem-se incluir as agências reguladoras e os Comitês Transfusionais (CT), no intuito de fortalecer suas ações em bases alicerçadas na hemovigilância e assim garantir uma gestão dos hemoderivados qualificada⁴⁴.

No Brasil, onde a população conta com a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de sangue é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Atualmente, cerca de 7.500 estabelecimentos estão autorizados a realizar transfusões, contando com 2.332 hemocentros. A rede de hemovigilância preconiza a obrigatoriedade de emissão de relatórios oficiais anualmente desde 2010⁴⁷.

Considerando a evolução pela qual passaram as práticas hemoterápicas, a seguir são apresentados os marcos legais, teóricos e filosóficos, a saber: 1) os processos transfusionais com apreciação dos programas, políticas e legislação; 2) as tecnologias utilizadas no processo de punção

de vasos em hemoterapia e a enfermagem a 3) a Teoria das Representações Sociais e sua aplicação para o processo hemoterápico.

3.2 PROCESSOS TRANSFUSIONAIS: PROGRAMAS, POLÍTICAS E LEGISLAÇÕES

Apesar de a OMS fornecer diretrizes para normatização do uso do sangue humano, cabe a cada país firmar sua política local com vistas a compatibilizá-la com as peculiaridades de demandas locais, atendendo aos aspectos culturais e criando infraestrutura capaz de organizar e operacionalizar, em nível regional e nacional, a política de sangue e hemoderivados²².

A evolução dos preceitos legais que compreendem a Constituição Brasileira, o SUS e as demais regulamentações nacionais, acrescida do desenvolvimento de ciências e tecnologias, foi responsável por melhorar a qualidade da assistência hemoterápica prestada à população, contribuindo para sua conscientização sobre a temática^{35; 45}.

Segundo a OMS, 161 países referiram possuir política nacional em hemoterapia no ano de 2008, regulamentando a segurança e qualidade de sua prática transfusional. Dados referentes ao mesmo ano indicam que 164 países reportaram sua produção hemoterápica, abrangendo 92% da população mundial. Como a necessidade de sangue é universal, cabe a todos os países desenvolverem políticas e implementarem ações que operacionalizem a provisão e o acesso aos insumos sanguíneos²².

No caso da produção hemoterápica brasileira, observou-se um declínio no período de 2003 a 2009, ano este em que foi informado o menor número de candidatos à doação, compreendendo 560.054 pessoas. Nos anos de 2010 e 2011, percebeu-se um aumento considerável nos números informados pelos serviços de saúde devido à redução das dificuldades operacionais para relatar estes números. A evolução dos programas nacionais e a adesão dos profissionais atuantes são refletidas nos números referentes ao ano de 2012, reportando 3.391.221 candidatos neste período⁴⁶.

Quanto ao perfil da doação, são encontradas divergências com relação aos serviços de hemoterapia públicos e privados, predominando doações de caráter espontâneo (63,84%) e de reposição (67,77%), respectivamente, no ano de 2012⁴⁶.

No período de 2012, os números mostraram ainda que, no âmbito público dos hemocentros, doadores do sexo masculino apareceram em 62,88% dos casos, em oposição a 37,12% de doadoras do sexo feminino, e as doenças prevalentes nos critérios de inaptidão sorológica foram hepatite B, seguida por sífilis e Aids⁴⁶.

Cabe ressaltar que a segurança do receptor de hemocomponentes/derivados é uma questão imprescindível e o desenvolvimento das normatizações que objetivam a qualidade em hemoterapia é apresentado a seguir. Até a consolidação da hemoterapia como modalidade terapêutica no Brasil

ocorrida na década de 1940, não havia regulamentação das atividades, o que favoreceu o surgimento de serviços que operavam sem parâmetros reguladores, desencadeando a transmissão de doenças dentro da população atendida. Em virtude disso, foi instituída a Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950, no intuito de regular a atividade de doação de sangue nacional, restringindo-a ao ato voluntário⁴⁷.

No ano de 1964, a Comissão Nacional de Hemoterapia foi formada pelo MS com a intenção de alavancar os estudos e atividade regulamentadora das boas práticas de sangue. Como principais atividades, destacam-se a instituição de registros dos bancos de sangue (públicos ou não), divulgação de normas para o atendimento dos candidatos à doação e serviço transfusional e o estabelecimento de testes de triagem sorológica³⁴. Para normatizar a prática transfusional, entrou em vigor, no dia 28 de junho de 1965, a Lei nº 4.701, com a finalidade de fazer as devidas disposições sobre sua execução⁴⁸.

Em 1978, foi promulgado o Decreto nº 79.050/77, que transformou a Comissão Nacional em uma Câmara Técnica, posteriormente desativada em 1979, com a criação do Pró-Sangue, o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados³⁴. Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, foi vetada qualquer forma de comercialização de sangue ou produtos do gênero. A instituição da Lei nº 7.649 em 25 de janeiro do mesmo ano, ratificou o compromisso com a saúde do cidadão brasileiro, pelo cadastramento de doadores e reafirmação da obrigatoriedade de exames no sangue obtido³⁵.

Já em 1993, a Portaria nº 1.376, promulgada pelo MS, instituiu as normas técnicas destinadas a normatizar as etapas do ciclo do sangue e deu outras providências⁴⁹.

No ano de 2001, a Lei nº 10.205 atualizou as normas vigentes sobre a utilização do sangue, revogando inclusive a Lei nº 4.701/65. No mesmo ano, o Decreto nº 3.990 regulamentou seu artigo 26, vindo a estabelecer o ordenamento institucional inerente à execução das atividades⁵⁰. A legislação relativa à hemoterapia até o período de 2001 está esquematizada na **Figura 2**, a seguir.

Figura 2: Painel da legislação hemoterápica brasileira vigente até 2001:



Fonte: As autoras.

Conforme a ciência progride e revê os procedimentos hemoterápicos, dá-se a necessidade de atualizar a legislação regulamentadora. Devido a isso, é apresentada a seguir a legislação vigente na prática hemoterápica nacional, conforme disponibilizado pela Anvisa.

Em 1999, a Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados passou a ser gerida pela Anvisa. As ações de hemovigilância foram priorizadas, levando à necessidade de um sistema de informações em nível nacional que contivesse relatórios dos serviços de saúde sobre produção hemoterápica, normatizado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 149, de 14 de agosto de 2001³⁵.

Baseado nas regulamentações específicas de enfermagem sobre a lei do exercício profissional, código de ética, sistematização da assistência e diretrizes curriculares e sobre os regulamentos técnicos da Anvisa, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) definiu a Resolução nº 0511/16, que normatiza a atuação do profissional de enfermagem em hemoterapia⁵⁰ e que, atualmente, encontra-se disponível para consulta pública.

A evolução na área hematológica alavancou a realização dos transplantes de medula óssea, levando à expansão dos serviços laboratoriais na área. Para regulamentar esta prática laboratorial, foi elaborada a RDC nº 56, de 16 de dezembro de 2010, que dispõe sobre as normas técnicas para funcionamento de serviços que realizam o processamento de células progenitoras hematopoéticas (CPH)⁵¹.

Ainda no campo dos centros tecnológicos em pesquisa clínica com células, foi divulgada a RDC nº 9, de 16 de março de 2011, que dispõe sobre o funcionamento destes centros, estabelecendo os requisitos técnicos e sanitários, visando assegurar a qualidade dos produtos fornecidos⁵².

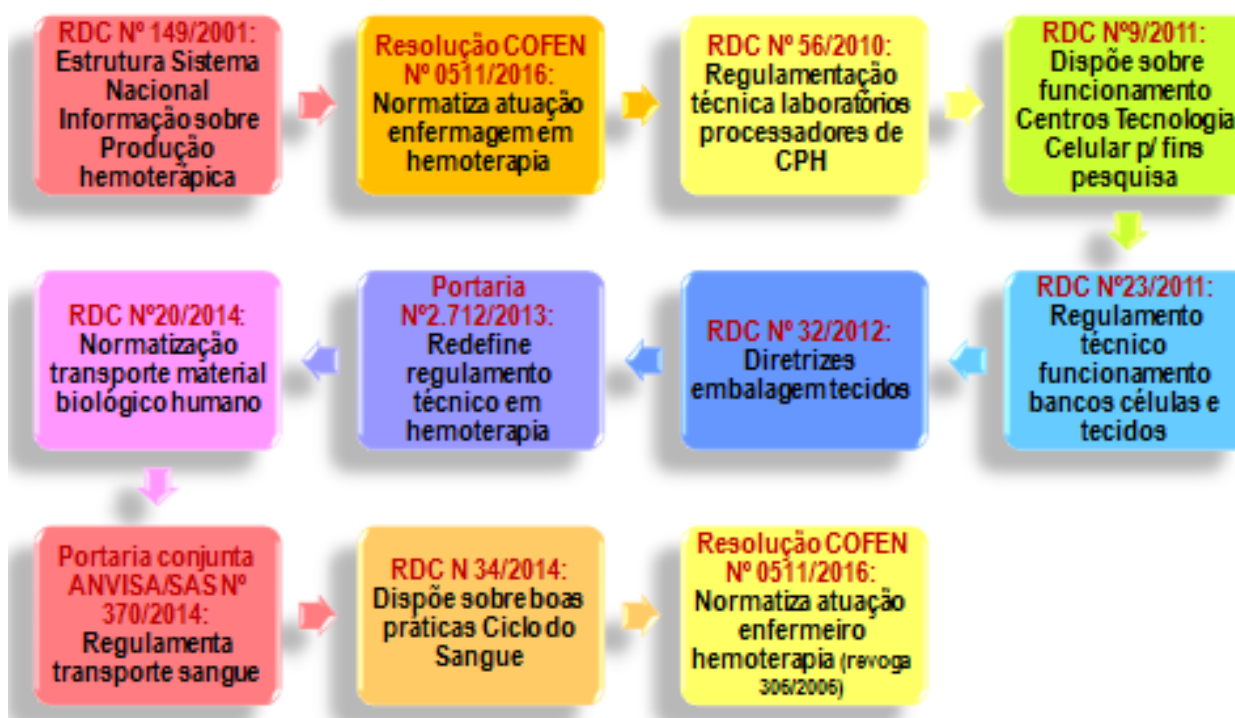
Com relação aos tecidos embrionários, que estão incluídos nas ações direcionadas ao sangue, tecidos e órgãos, foi estabelecida a RDC nº 23, de 27 de maio de 2011, que objetivou instituir os critérios mínimos para operacionalização dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos, em prol de sua segurança⁵³.

Além de processados, os tecidos humanos precisam ser acondicionados de maneira adequada para não sofrerem danos ou alterações. Para orientar sobre a qualificação das embalagens devidas a serem empregadas nestas situações, foi determinada a RDC nº 32, de 11 de junho de 2012⁵⁴.

Devido à necessidade de revisão do regulamento técnico dos procedimentos hemoterápicos, foi elaborada a Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013⁷. Como o acondicionamento dos tecidos humanos possui normatização, as questões referentes ao seu transporte também precisavam ser definidas. A RDC nº 20, de 10 de abril de 2014, objetivava definir os padrões sanitários preconizados para este fim⁵⁵. Neste sentido, esta resolução não contemplou as especificidades do transporte de sangue e componentes. A Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370, de 07/05/2014, foi criada para atender esta lacuna⁵⁶.

Com a atualização dos processos produtivos do ciclo do sangue, foi estabelecida a RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, que recomenda as boas práticas e revoga a RDC nº 57/2010 e a RDC nº 51/2013⁵⁷. A legislação adotada pelo Cofen, Anvisa e ministerial a partir de 2001 consta a seguir, na **Figura 3**.

Figura 3: Painel da legislação brasileira vigente no campo de “Sangue, Tecidos e Órgãos”.



Fonte: As autoras.

Como ocorre em outras áreas da saúde, a hemoterapia atual vivencia desafios referentes à implementação das ações de hemovigilância, devido à subnotificação de registros por parte dos profissionais. A subnotificação de eventos implica dificuldades de se conhecer fidedignamente as reações adversas mais frequentes, bem como obter *feedback* sobre as fragilidades do sistema de informações em hemoterapia⁵⁷.

Para abordar o processo hemoterápico, faz-se necessário discutir as tecnologias implícitas nesse contexto, reconhecer a influência existente entre os tipos existentes sobre o processo do cuidado, quando se tem em perspectiva (in)direta a atuação do enfermeiro e sua equipe.

3.3 TECNOLOGIAS UTILIZADAS NO PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS EM HEMOTERAPIA

Na contemporaneidade, as tecnologias de que se dispõe para executar o trabalho em saúde podem ser categorizadas em: 1) leve-dura, referente aos conhecimentos científicos diversos que estão compreendidos pelos processos multidisciplinares de atenção e seus modos de organização; 2) leve, que é produzida no ato do trabalho e nas relações interpessoais entre a equipe e desta com os usuários, compreendendo a comunicação envolvida e os vínculos desenvolvidos; e 3) dura, englobando todos os recursos materiais e equipamentos complexos⁵⁸.

Figura 4: Tipos de tecnologias aplicadas à hemoterapia.



Fonte: As autoras.

É possível identificar como exemplos de tecnologia leve, no âmbito da hemoterapia, a fase de acolhimento e as orientações sobre a assistência à saúde do usuário que necessita passar pelo ato transfusional, no âmbito hospitalar. Essa fase requer a utilização de técnicas comunicacionais e relacionais com o propósito de estabelecimento de vínculo naquela ocasião.

Ilustrando a tecnologia leve-dura, há o atendimento ambulatorial multidisciplinar dos portadores de hemoglobinopatias que reúne conhecimentos de diferentes áreas para sua efetivação com bases científicas e de saberes de cada profissão.

Para exemplificar o uso de tecnologia dura na área da hemoterapia, cita-se a cama na qual o usuário receptor de hemocomponentes/derivados se posiciona e os equipamentos necessários à monitorização de seus sinais vitais durante a realização do procedimento transfusional, tais como esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, monitor cardíaco, etc.

Para contextualização da forma de apresentação das tecnologias, faz-se necessário esclarecer que elas são apresentadas segundo a classificação anteriormente mencionada, ou seja, são reportadas as tecnologias leves, leve-duras e duras, respectivamente, seguidas de uma aproximação delas com o cuidado de enfermagem em hemoterapia.

3.3.1 Tecnologias Leve-duras

As tecnologias leve-duras incluem saberes científicos competentes à atuação do profissional, sendo permeadas pelo seu pensamento crítico e julgamento, diante da especificidade requerida pela aplicação do respectivo conhecimento⁵⁸.

Compreende a conciliação do pensamento estruturado do profissional, com a flexibilidade da situação apresentada pela condição do usuário atendido. Nesta modalidade tecnológica, pode haver o predomínio de processos mais estruturados, ou das situações mais permeáveis, constituindo assim, as tecnologias chamadas de leve-duras⁵⁸.

Embora a formação profissional em saúde, à semelhança daquela vivenciada pela equipe de enfermagem, ocorra em diferentes níveis acadêmicos, do ponto de vista da articulação entre aprendiz-facilitador, é possível identificar três tipos de processos educativos: os presenciais, os semipresenciais e os a distância⁵⁹, os quais se encontram caracterizados a seguir.

Na educação presencial, enquanto uma modalidade tradicional de ensino na qual docentes e discentes encontram-se presentes no mesmo espaço, há a participação ativa desses atores nos processos de ensino e aprendizagem. Isso justifica a ausência de intermediários (tutores) no processo de ensino e o predomínio da abordagem dos conteúdos de forma expositiva e avaliação da aprendizagem focada nos conteúdos transmitidos pelo docente⁵⁹.

Apesar de se constituir em uma modalidade enraizada em nossa cultura e de alcançar resultados desejáveis, são observadas mudanças nas práticas de ensino. Elas são impulsionadas pelos avanços tecnológicos ocorridos nas últimas décadas e implicam na introdução/utilização de recursos metodológicos, instrumentais e técnicos para intensificar o processo de ensino-aprendizagem. Sua utilização é evidente nos grandes centros de ensino ou em instituições que inserem a tecnologia no processo de ensino enquanto uma estratégia pedagógica⁶⁰.

A modalidade de ensino semipresencial é referida como uma categoria híbrida, relativa aos estilos de uso tecnológico pela sociedade. Constitui-se, assim, em um novo estilo que está em construção, no qual são reelaboradas novas atividades e processos metodológicos, potencializados pelos avanços tecnológicos, preservando certos paradigmas do ensino presencial⁶⁰.

Os avanços obtidos pela internet contribuem para a modalidade de ensino a distância, uma vez que viabilizam a interação de aluno-professor nos Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVAs)⁶¹.

Na educação a distância, o binômio aluno-professor não necessita estar rigorosamente no mesmo espaço físico, desde que sejam utilizadas tecnologias capazes de favorecer a interação entre eles. A presença do tutor, enquanto um mediador do processo, tem o intuito de conferir autonomia ao aluno e favorecer/conduzir o ritmo de sua aprendizagem⁶².

A Educação a Distância (EAD) constitui-se numa modalidade educativa na qual aluno e professor se encontram separados geograficamente ou temporalmente, sendo necessário o emprego de tecnologias de comunicação para viabilizar sua interação por meio dos AVAs. Possui legislação específica regulamentada pelo Parecer CNE/CES nº 564/2015, sendo que ela explicita a possibilidade de utilização dessa modalidade de formação na educação básica, técnica ou superior⁶³.

Na enfermagem, a EAD vem sendo empregada no ensino de disciplinas de graduação, a exemplo da “biologia celular”⁶² e “pesquisa em enfermagem”⁶⁴. No nível de pós-graduação, é constatada sua utilização nos cursos de especialização, a exemplo da enfermagem neonatal⁶⁵, do gerenciamento e da Educação Permanente (EP) em saúde⁶⁶.

Uma avaliação feita com alunos evidenciou a possibilidade de organização dos AVAs, enquanto espaço para ampliação da sala de aula, sem substituí-la. Cabe mencionar que o equilíbrio entre as modalidades presencial e virtual foi apontado como gerador de resultados positivos, reduzindo gastos e tempo empreendido, com versatilidade e controle da aprendizagem⁶⁷.

Independentemente da modalidade utilizada pelas instituições de ensino para a formação de profissionais de enfermagem, há necessidade de que os egressos dos cursos se empenhem no desenvolvimento de competências científicas e ético-políticas. Para isso, os cursos podem contar com metodologias ativas e contribuir para que, com a melhor qualificação dos profissionais, sua inserção nos ambientes de prática ocorra com menor estresse e menos iatrogenia para os usuários⁶⁸.

Com vistas a atender as necessidades do mercado, e ao mesmo tempo, promover transformações nele, há necessidade de se estabelecer parcerias entre as instituições de ensino e o mercado de trabalho a fim de conciliar a adequação da formação com as demandas do ambiente profissional⁶⁸.

Isso equivale a dizer que as competências a serem desenvolvidas dependerão do nível de formação, da articulação dos trabalhadores com sua formação, das necessidades do mercado de trabalho e da filosofia da instituição. Poderão ser trabalhadas nas modalidades presenciais e/ou a distância, contemplando tecnologias coerentes com os objetivos pretendidos⁶⁹.

Um exemplo é a aquisição da liderança por enfermeiro que se mostra com uma competência requerida pelas instituições contratantes⁶⁸. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no que tange à formação de enfermeiros, cabe às Instituições de Ensino Superior (IESs) disponibilizar atividades complementares à graduação, desenvolvendo meios de aproveitamento do conhecimento adquirido pelo graduando, com a participação em pesquisas e estágios extracurriculares⁶⁹.

De acordo com o local, a finalidade, a duração, as pretensões teóricas e a aplicabilidade, o processo de formação profissional pode ser considerado como: educação formal, em serviço, continuada e permanente, sendo essa a sequência em que elas serão abordadas a seguir (**Figura 5**).

Figura 5: Processo de formação do profissional de enfermagem.



Fonte: Adaptado de <http://www.pensosaude.com.br/educacao-permanente-e-educacao-continuada-nao-e-a-mesma-coisa/>

Independentemente do tipo, os processos de formação têm em comum o fato de serem estímulos à transformação pessoal e técnica, auxiliando o profissional a lidar com os problemas

vivenciados no ensino, pesquisa e assistência laboral das pessoas que integram a equipe de enfermagem com a finalidade de alcançar objetivos comuns para a atuação do grupo⁷⁰.

Apesar de a equipe de profissionais de saúde atuantes em hemoterapia ser composta de diferentes categorias profissionais, na presente pesquisa, será dado enfoque ao processo de formação do profissional de enfermagem, tendo em vista o objeto da investigação estar contextualizado na atuação do binômio profissionais da equipe de enfermagem e doadores/receptores, exceção feita às ocasiões em que outra categoria tiver em sua rotina a realização do processo de punção de vasos periféricos.

Cabe considerar que a busca do profissional por educação, independentemente da modalidade, pode ser impulsionada pela necessidade de se inserir no mercado, em se qualificar, pelas necessidades das políticas da instituição ou da categoria de classe, pelos avanços do conhecimento e pela introdução de tecnologias atualizadas⁷¹.

Para atender tanto aos objetivos da formação da equipe de profissionais na área de saúde, quanto das políticas e programas existentes no sistema de saúde e do mercado do trabalho, são utilizadas modalidades educativas que recebem a denominação de educação formal. Esta consiste no ensino construído nos espaços escolares, com base em conhecimento científico, apesar de necessitar de aplicação prática para sua efetivação⁷².

A partir de 1999, a equipe de enfermagem com formação de nível médio passou a ser integrada por auxiliares e técnicos de enfermagem, uma vez que essa formação anteriormente era requerida para os técnicos de enfermagem. Cabe considerar que a formação técnica com fins de aplicação na indústria teve enfoque a partir dos anos de 1980, associada à constituição do SUS brasileiro⁷³.

Os profissionais de enfermagem com formação de nível médio devem ser formados em instituição registrada com aprovação pelo Ministério da Educação (MEC), podendo atuar somente sob a supervisão de enfermeiro e prestarão atividades de cunho assistencial, de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde. Sua atuação pode ocorrer em nível individual ou coletivo, abrangendo todas as dimensões do ser humano⁷³.

Segundo a Resolução CNE/CEB n.º 04/99, sua formação se efetivará no âmbito dos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde cujas competências incluem, entre outras, a atuação em equipe com integração de conhecimentos interdisciplinares, a aplicação de princípios de biossegurança, a contenção de riscos e iatrogenias durante execução de procedimentos técnicos e a atuação condizente com os protocolos de serviço previamente definidos⁷⁴.

A atualização da Resolução Cofen nº 0511/2016, que dispõe sobre a atuação de enfermagem em hemoterapia, ao abordar os profissionais auxiliares de enfermagem, vedou sua participação na

execução dos respectivos procedimentos. Tal fato justifica-se tendo em vista a hemoterapia ser considerada ação terapêutica de alta complexidade, devendo a equipe ter formação direcionada para o desempenho de atividades complexas⁷⁵. Isso possui como repercussão uma modificação de alguns conteúdos abordados em sua formação.

Com relação à formação do auxiliar de enfermagem, a Resolução do Cofen nº 276/2003 determinava que os profissionais desta classe, formados após 23 de junho de 2003, realizassem a complementação de ensino para técnicos de enfermagem, em prazo não superior a cinco anos. No entanto, houve a revogação desta determinação pela Resolução do Cofen nº 314/2007⁷⁶.

Neste sentido, a formação do profissional auxiliar de enfermagem vem dando espaço à formação de profissionais técnicos, com tendências à extinção desta categoria no futuro. A atuação do auxiliar não é vedada, no entanto, o profissional deve buscar a complementação e o aperfeiçoamento de sua formação, com o intuito de manter sua atividade regulamentada⁷⁶.

Apesar de a estruturação e as melhorias ocorridas no ensino técnico de enfermagem estarem alicerçadas no ensino focado nas competências profissionais, o processo de formação precisa avançar no sentido de melhorar a proposta pedagógica cujo desafio é articular teoria e prática. Há a recomendação, portanto, da aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, levando enfermeiros a promoverem práticas educativas eficientes junto aos profissionais técnicos por meio da modalidade de educação presencial⁷⁷.

Os técnicos de enfermagem constituem a maior parte dos profissionais atuantes no SUS, sendo necessário que sua formação seja norteada pelos princípios regentes do sistema, para conferir-lhes subsídio para o desenvolvimento de ações condizentes com as propostas daquele sistema⁷⁷.

Apesar de haver necessidades de formação de profissionais técnicos reflexivos e atuantes conforme os preceitos do SUS, as instituições formadoras ainda estão apegadas às estruturas curriculares fechadas e metodologias inflexíveis, que são destoantes das necessidades em saúde⁷⁷. O ensino a distância em enfermagem é visto como uma possibilidade de mudança educativa viável a ser implementada aos profissionais de enfermagem, permitindo que a educação abranja o profissional de nível médio⁷⁸.

Na formação acadêmica de enfermeiros, há a possibilidade de que sua trajetória profissional ocorra da graduação até as pós-graduações. Na atual legislação, a graduação de enfermagem se alicerça num perfil de profissionais generalistas, dotados de pensamento crítico e reflexivo e capazes de nortear-se pelo conhecimento e pela ética profissional⁶⁹, com competências científicas e humanas, aptos a atender as demandas de saúde de pessoas, suas famílias e comunidades, direcionados para detectar as necessidades da população de acordo com o perfil epidemiológico local⁷⁹.

Isso porque, com a criação do SUS, em 1980, a formação de profissionais de saúde voltou-se para o atendimento dos princípios regentes do sistema. Na atualidade, é requerida do profissional a capacidade de superar os desafios vivenciados no exercício da profissão, a partir de uma consciência crítica, possibilitando a transformação de sua prática assistencial⁸⁰.

As DCN brasileiras para a graduação de enfermagem definem os princípios, fundamentações e condições de ensino, bem como as estratégias a serem empregadas neste campo. Elas visam estabelecer qual deve ser o perfil de um egresso, com vistas a nortear o processo de formação e de autodirecionamento daqueles que buscam uma profissão⁶⁹.

São seis as competências gerais necessárias à atuação do egresso do curso de graduação em enfermagem: 1) atenção à saúde: desenvolvendo ações preventivas, de promoção e reabilitação da saúde, em nível individual ou coletivo; 2) tomada de decisão: pela avaliação e sistematização de condutas adequadas, com bases científicas; 3) comunicação: envolvendo habilidades (não)verbais, domínio de tecnologias de informação e interação com o outro; 4) liderança: compromissada, empática e apta à tomada de decisão de gerenciamento; 5) administração: gerindo recursos materiais e humanos e 6) educação permanente: estimulando continuamente a formação profissional própria e de outras gerações de profissionais⁶⁹.

Esta formação acadêmica visa sua aplicação prática na atuação profissional do enfermeiro na perspectiva do sistema de saúde. Isso equivale a dizer que compete ao enfermeiro estar apto a oferecer uma assistência qualificada e com respaldo científico dentro do perfil da população. Para isso, é necessário que ele se engaje num processo contínuo de aperfeiçoamento^{73, 81}, no sentido de suprir as peculiaridades de formação para a realidade em que atuará, tendo em vista que nem sempre essa será semelhante à do local em que foi formado.

A formação acadêmica de enfermagem oferece ao profissional as opções de se graduar em cursos de bacharelado ou licenciatura. Com relação ao bacharelado, o profissional estará apto a desempenhar assistência de saúde, atividades de promoção e reabilitação de saúde, em consonância com o SUS⁶⁹.

Já o curso de licenciatura em enfermagem habilitará o profissional para atuar na formação de trabalhadores da categoria técnica de nível médio. Os enfermeiros licenciados precisam construir embasamento teórico e prático, bem como competências didáticas para direcionar a formação dos futuros participantes da equipe de enfermagem⁸².

Cabe considerar que essa formação irá ao encontro das necessidades didático-pedagógicas que o profissional deverá adquirir ao desempenhar a dimensão educativa do cuidado⁸³, quer seja junto à clientela que atende, quer seja com seus familiares/acompanhantes, além da equipe de enfermagem.

Conforme preconizado pelas DCNs, os cursos de formação profissional, seja na modalidade de bacharelado ou de licenciatura, deverão estar estruturados em cursos desenvolvidos presencialmente. A modalidade EAD pode ser adotada em caráter de atividades complementares, no intuito de aperfeiçoamento profissional, sem dispensar o ensino presencial⁶⁹.

A modalidade EAD por ter sido utilizada de forma ampla e sem atender aos critérios mínimos no país e sem assegurar a estruturação necessária à garantia do ensino de qualidade, o que motivou o Cofen a se posicionar oficialmente contrário à formação da enfermagem por meio de EAD. O Projeto de Lei (PL) é um exemplo desse posicionamento, no qual o Cofen veda o ensino de enfermagem na modalidade a distância na busca por assegurar qualidade à formação de enfermeiros⁸⁴.

Conforme alegado pela associação de classe, a formação desestruturada de profissionais em enfermagem favorece a desvalorização do profissional, culmina em índices de desemprego e quedas de ofertas de vagas. Neste sentido, o Cofen reforça a necessidade da ampliação de vagas em cursos de Graduação de Enfermagem de forma a assegurar aos discentes um ensino presencial e qualificado⁸⁴.

Outra contribuição da formação profissional para o enfermeiro é o Programa Especial de Treinamento (PET). Ele objetiva o financiamento de alunos com potencial para atuação profissional, na medida em que lhes proporciona formação para acesso ao mercado de trabalho nos moldes de aprendizagem tutorial⁸⁵.

A formação de grupos PET ocorre anualmente pela seleção de bolsistas interessados em complementar sua graduação. Os discentes selecionados são inseridos em estágios para atuar de forma integrada à sua formação acadêmica, desenvolvendo precocemente atividades atribuídas ao enfermeiro, reduzindo possíveis distorções decorrentes do processo de formação quando esse é desvinculado da realidade de atuação do profissional⁸⁵.

Os grupos PET colaboram para a formação profissional em caráter complementar, havendo nos currículos de graduação de enfermagem os estágios, enquanto espaços de ensino clínico dos profissionais em instituições de saúde ou na comunidade. O ensino clínico, ou estágio, leva o discente a se integrar à equipe profissional e a desenvolver relações aproximadas do cotidiano laboral, bem como dos usuários do serviço. Adquire assim aprendizado prático de enfermagem, favorecendo sua inserção futura no mercado de trabalho⁸⁶.

Em qualquer nível de educação formal, seja destinada à atuação técnica, seja à superior, as abordagens realizadas são insuficientes para resolver o problema da formação como uma situação finalizada. Isso porque, apesar de essas modalidades possibilitarem a diplomação de auxiliares, técnicos e enfermeiros, haverá sempre um acervo de conhecimentos de origem científica, empírica, ética, estética e pessoal, estruturado a partir de conhecimentos legais, científicos, pessoais e

relacionais, que demandará tempo para ser desenvolvido, aprofundado e amadurecido. Trata-se de um processo que leva tempo para se consolidar.

O processo de construção da experiência profissional pela enfermagem foi foco de estudos de Benner, que apresentou uma categorização contendo cinco estágios percorridos pelos enfermeiros até que eles alcancem a *expertise*. Ou seja, o estágio mais avançado na formação profissional. São esses estágios: *novice*, iniciante avançado, competente, avançado e especialistas ou *expert*⁸⁷.

No primeiro estágio, o profissional iniciante receberá instruções que subsidiarão sua prática profissional. Tais instruções são necessárias, uma vez que o profissional não detém, neste momento, a experiência capaz de lhe assegurar o domínio do ambiente no qual está inserido. Nesta fase, ele se baseará em conhecimento teórico para dar início ao desenvolvimento de sua capacidade intuitiva, que será aperfeiçoada pela experiência⁸⁷.

O estágio de iniciante avançado confere ao profissional a oportunidade de vivenciar situações concretas, que não foram passíveis de ser abordadas pelo instrutor ou pelo conhecimento teórico apreendido, em sua fase de formação. O iniciante passará a reconhecer elementos novos, necessários à sua atuação, incorporando-os ao seu campo de conhecimento⁸⁷.

Sequencialmente, o iniciante avançado será levado a buscar habilidades, as quais lhe permitirão lidar com seu campo de elementos identificados recentemente. Ao se tornar competente, o profissional passa a hierarquizar as situações enfrentadas, sendo subsidiado por sua experiência. Neste momento, seu processo decisório se torna facilitado, e o profissional passará a elaborar suas condutas para lidar com as novas nuances das situações confrontadas⁸⁷.

Neste momento, o profissional é capaz de interpretar resultados bem ou malsucedidos decorrentes de sua atuação, aceitando sua responsabilidade por estes e tornando-se capaz de rememorar-los diante de ocasiões oportunas. Sua postura passa a se tornar diferenciada do novato e, no caso da enfermagem, estará apto a detectar necessidades e intervir precocemente junto ao usuário assistido⁸⁷.

Passando para o estágio avançado ou de especialista, o profissional terá desenvolvido um processo no qual sua assimilação de experiências lhe permitirá imprimir respostas pertinentes. Sua ação intuitiva substituirá o recurso da resposta fundamentada. A ação profissional se torna facilitada e óbvia, minimizando a ocorrência de dúvidas e tirando o processo do foco⁸⁷.

O profissional atingirá o ápice de sua atuação no estágio de *expert*, sendo dotado de uma discriminação situacional sutil, que o distingue do avançado. Ele passa a reconhecer tanto as metas que precisam ser alcançadas, quanto os meios que lhe possibilitarão alcançá-las. O *expert* deixa de tomar decisões, passando a agir de maneira habilidosa, conforme o que a experiência lhe evidenciou ser adequado para cada situação. Apesar de a ação do *expert* ser regida por sua compreensão

intuitiva, cabe ao profissional de enfermagem, buscar imersão teórica dos fenômenos do cuidado, uma vez que a teoria guiará a prática, e vice-versa⁸⁷.

O caminho percorrido da *novice* à *expertise* utiliza a análise de habilidades que requerem a aproximação do candidato com o cenário prático, para que ele seja capaz de superar os padrões apreendidos em sua formação e de utilizar da flexibilidade e apreender intuitivamente as peculiaridades que possam emergir de situações ainda não vivenciadas⁸⁷.

Entre as razões que podem justificar a incapacidade de a educação formal dar conta exclusivamente de competências e habilidades, estão: a transmissão de informações não é suficiente para gerar reflexões sobre a ação laboral e nem a *expertise*, uma vez que essas habilidades somente são adquiridas com a repetição, reflexão dessa prática e reconstrução das ações e saberes.

Para sua complementação, existem os cursos de atualização, os eventos científicos e o empenho pessoal no sentido de buscar a aproximação com as demandas percebidas pelo próprio profissional, requeridas pelo mercado de trabalho ou pelas filosofias das instituições a que está vinculado. Diante do exposto, justifica a abordagem de formas complementares/suplementares de educação na formação dos profissionais, as quais serão mencionadas a seguir.

O processo de Educação em Serviço (ES) visa ao desenvolvimento do profissional, proporcionando o apoio de especialistas capacitados para funções específicas e definidas. Trata-se de uma prática referente ao processo de trabalho que compreende ações educativas no serviço, com a finalidade de levar o profissional a relacionar seu aprendizado à sua prática diária⁸⁸.

A ES foi um conceito operacionalizado no intuito de fazer com que os profissionais se adaptem às necessidades dos serviços públicos de saúde, principalmente a partir dos anos 1960, ocasião em que, nos currículos de formação profissional, predominava o modelo assistencial biomédico⁸⁸.

Sua aplicação na modalidade educacional atual está voltada à capacitação de profissionais, conforme os valores institucionais, em detrimento do interesse do próprio profissional. Entre as estratégias utilizadas estão os treinamentos pontuais, cujo foco de aprimoramento está no desenvolvimento de habilidades técnicas pontuais, deixando em segundo plano a aquisição efetiva do conhecimento⁸⁹.

A modalidade de ES visa, assim, prover os serviços de saúde com um perfil de profissional capacitado adequadamente para atender os objetivos e a filosofia institucional, independentemente de sua percepção crítica e autoanálise sobre os processos de trabalho⁸⁹.

O tempo de atuação no serviço, o avançar da idade do profissional e a estagnação de sua categoria de trabalho, quando aliados às modificações tecnológicas e avanços de conhecimento da área de saúde, podem justificar o surgimento de déficits na formação profissional. E a forma de enfrentamento dessa situação é a realização de intervenções de ensino, a fim de qualificá-los. Um

exemplo é a ES realizada com profissionais técnicos de enfermagem, abordando a temática das úlceras por pressão⁹⁰.

Em hemoterapia, os profissionais de enfermagem, inclusive técnicos, são apontados como protagonistas na ES, devido à relação estabelecida entre eles com o usuário de hemocentros no decorrer do processo de captação de sangue⁹¹.

Isso porque há necessidade de se desenvolver intervenções para aprimoramento de conhecimento do profissional e estas podem ser realizadas na modalidade de ES.

A Educação Continuada (EC) constitui-se num processo de ensino-aprendizagem, de caráter ativo e constante, que capacita os profissionais no próprio âmbito de trabalho, à medida em que ocorrem avanços científicos e que os perfis de demandas populacionais vão se modificando⁹³. A EC em enfermagem é um exercício prático necessário à construção de conhecimento a ser empregado durante a assistência de saúde⁸¹.

Com vistas ao aprimoramento do profissional atuante em hemoterapia, a RDC nº 34/2014 determina a sua constante capacitação referente aos registros de ações e cumprimento de determinações legais⁵⁶. Tal aperfeiçoamento é viabilizado pelas ações de EC junto à equipe responsável pela operacionalização da assistência hemoterápica.

Um exemplo do aperfeiçoamento de profissionais em hemoterapia, incluindo técnicos de enfermagem, foi o programa de qualidade desenvolvido num hemocentro em Caxias do Sul, que foi avaliado como interveniente a partir da estruturação do atendimento da população alicerçada nas diretrizes de qualidade, utilizando-se para isso da estratégia da EC⁹².

Entre as finalidades da EC para a educação de enfermeiros, está a possibilidade de consolidar valores que cooperem para o estabelecimento de sua relação junto ao usuário, de forma eficiente⁹³. Para a efetivação da EC junto aos profissionais de enfermagem, devem ser utilizadas metodologias dinâmicas, que estimulem o participante a refletir sobre sua atuação. As metodologias tradicionais de ensino teórico devem estar voltadas para uma abordagem prática direcionada à realidade, na qual o participante seja ativo e atuante em seu processo de aperfeiçoamento⁹⁴.

A EC pode ser conceituada como a atualização do indivíduo a partir de práticas educativas, adquirindo competências próprias para sua atuação. Nestas práticas, é oportunizado ao participante o seu desenvolvimento, assim como a sua participação no cotidiano institucional⁹⁵. Ela engloba atividades de ensino após a formação profissional, com objetivo de atualização pontual, abordando conteúdos informativos, aplicação de atividades com duração previamente definida e uso de metodologias tradicionais de ensino⁹⁶.

O conhecimento e a atualização prática são indicados como fatores preponderantes sobre a aprendizagem. Eles levam o indivíduo à reorientação de seus processos de trabalho e oferecem

subsídios para as estratégias de desenvolvimento de EC⁹⁷. Podem ser encontrados como equivalentes semânticos o treinamento em serviço, a educação em trabalho/serviço e para exprimir parte da EP⁹⁶.

A atualização das práticas educativas em saúde auxilia a consolidação das relações construídas entre as equipes de trabalho, levando em conta as ações intersetoriais que repercutem sobre as políticas de saúde⁹⁷. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu a EP, em 1978, enquanto um processo ativo e constante de ensino-aprendizagem, para a análise e possível aprimoramento da capacitação de indivíduos, que surgiu para dar respostas às evoluções tecnológicas que foram inseridas nos cenários laborais⁹⁸.

O fato de o perfil de profissionais formados na saúde ser generalista motivou o MS a implantar, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ela visa reduzir o distanciamento entre sua formação e atuação e atender às proposições do sistema de saúde. Tal processo foi instituído no intuito de provocar a autoanálise contínua dos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais de saúde⁹⁹.

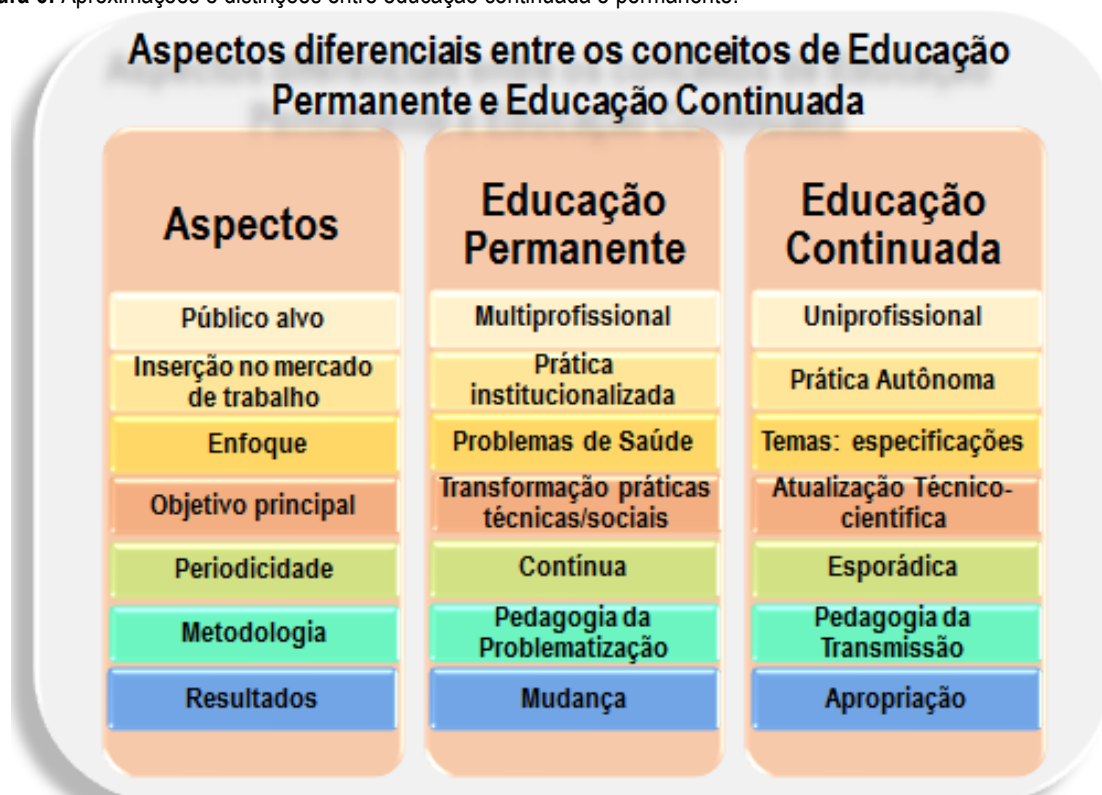
A terminologia da EP é justificada pela busca de se integrar diversas abordagens nos âmbitos da formação em nível técnico, graduação, pós-graduação, da educação em serviço com as redes de gestão e serviços de saúde. Sua proposta principal é promover mudanças nos serviços, a partir do oferecimento de suporte para que os indivíduos inseridos nas instituições solucionem suas deficiências. Utiliza como estratégia o atendimento das necessidades das coletividades com vistas à transformação de suas práticas e da estrutura organizativa de trabalho a partir do alcance das metas⁹⁶.

Isso equivale a dizer que a EP, concebida como aprendizado no trabalho, prevê que os ensinamentos e a aprendizagem se integrem no ambiente laboral e no seu cotidiano e, para que isso ocorra, é necessário que a aprendizagem seja significada a partir da atuação profissional com vistas à transformação de práticas profissionais.

Um exemplo é o processo de acreditação hospitalar, que leva as instituições a buscarem a melhoria de seus processos de trabalho com o apoio da EP. As ações de EP abrangem as equipes profissionais, incluindo técnicos de enfermagem, contemplando assuntos pertinentes à sua atuação, como preconizado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)¹⁰⁰.

Apesar de os enfermeiros serem protagonistas na efetivação das ações de melhorias institucionais, a equipe técnica também tem conhecimento dos processos de aperfeiçoamento, levando à sua necessidade de inclusão nas ações de EP¹⁰⁰. Uma aproximação conceitual de EP e EC leva à necessidade de diferenciá-las em seus aspectos-chave, visando favorecer a compreensão de como essas tecnologias articulam-se, complementam-se ou distinguem-se. Devido a isso, foi apresentado um esquema contendo estas principais diferenciações na **Figura 6**.

Figura 6: Aproximações e distinções entre educação continuada e permanente.

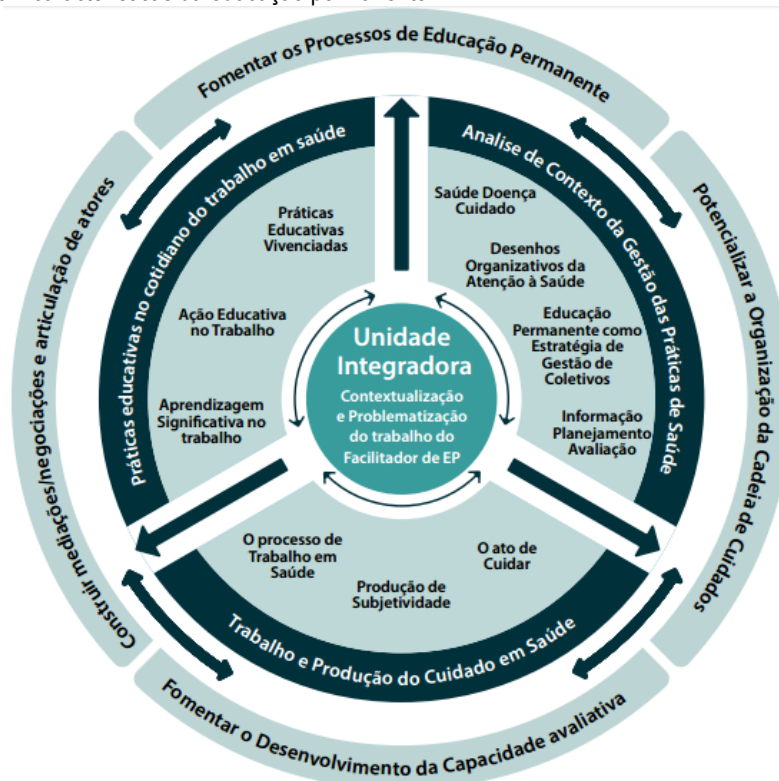


Fonte: Adaptado de MANCIA, J.R. et. al, 2004. Educação permanente no contexto da enfermagem e da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 57, No 5, pág. 605-10.

Com base nos desafios enfrentados na assistência à saúde, a EP destaca a necessidade de melhorias institucionais, rompendo com a lógica de compra de produtos e métodos educacionais direcionados pela oferta de tais serviços⁹⁹. Considerando que a EP leva à problematização do trabalho de equipes e não necessariamente com profissionais em sistema de organização corporativa, ela possui um enfoque interdisciplinar e multiprofissional¹⁰¹ e constitui uma ferramenta de gestão da formação de pessoal que atua no SUS¹⁰².

A aplicação da EP para a área da enfermagem pode ser exemplificada pela **Figura 7**, na qual é abordada a forma como esse processo pode ocorrer quando aplicado na área de nefrologia¹⁰³. Na presente investigação, o mesmo esquema pode ser compatibilizado para a área de hemoterapia, na medida em que requer o encontro das necessidades do cotidiano de trabalho de enfermagem com o processo de gestão das práticas clínicas e as práticas educacionais, reafirmando, assim, a necessidade de ampliação dos conhecimentos prévios dos participantes para uma área de especialidade.

Figura 7: Quadro com características da educação permanente.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. 2005. Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde, p 19.

Cabe considerar que, na EP, há a preocupação em integrar os conteúdos teóricos que perpassam o conhecimento utilizado na área de saúde com as práticas educacionais do cotidiano do trabalho e a produção do trabalho e das atividades laborais que envolvem o cuidado em saúde.

Considerando a relevância de se estruturar uma EP a partir de uma dada realidade, aliada à concepção de que a mudança da prática profissional somente é possível por meio da sensibilização do profissional e da autoconscientização da necessidade de mudanças, há relatos do uso da teoria da problematização para favorecer esse processo.

A teoria da problematização foi concebida em formas explicativas distintas a partir do uso do Arco de Magueréz, ou seja, uma base comum que busca fundamentação na realidade para conceber a possibilidade de mudança de comportamento. Entre as correntes de pensadores de destaque nessa área, estão as propostas de Magueréz¹⁰⁴ Bordenave¹⁰⁵ e Berbel¹⁰⁶.

Há estudos que avaliam a distinção entre os autores mencionados, numa análise elaborada a partir do foco desencadeador do protagonista do processo (professores ou alunos) ou de sua aplicabilidade (ensino formal ou informal). Independentemente dessas posições conceituais, a proposta do arco de Magueréz foi concebida com cinco etapas correlacionadas e interdependentes que se articulam de forma processual. O Arco de Magueréz inclui: Observação da realidade; Identificação dos

problemas/pontos-chaves; Teorização; Hipótese de solução – planejamento; Aplicação – execução da ação (prática), conforme consta na **Figura 8**.

Figura 8: Esquema do método do arco da problematização como estratégia para a construção do conhecimento contextualizado na área da enfermagem.



Fonte: Adaptado de: Borille D.C.et al A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 209-16.

Ao conciliar a Teoria da Problematização com o emprego do Arco de Magueres com o processo de educação permanente, é possível identificar experiências exitosas, a exemplo das aplicadas à assistência da mulher em trabalho de parto¹⁰⁷, à assistência pediátrica ao portador de doença celíaca⁹⁴ e no ensino da prática de terapia intravenosa¹⁰⁸. Nesses trabalhos, o objetivo foi favorecer a problematização dos processos de trabalho da enfermagem, tendo como meta a transformação dos saberes e práticas^{99; 107; 109}.

Na hemoterapia, um exemplo de utilização da EP é a adoção de condutas profissionais em conformidade com recomendações e evidências de boas práticas preconizadas por achados científicos e divulgadas/reguladas pelos órgãos gestores representantes da área. Tal fato visa à aquisição e utilização do sangue com segurança; à garantia da qualidade do produto e da integridade de doadores/receptores e à segurança dos trabalhadores¹¹⁰.

Entre as recomendações da área de hematologia, estão seis critérios utilizados para assegurar a forma de elegibilidade de potenciais doadores de sangue, sendo cinco deles afirmativos e dois restritivos. É preconizado que os potenciais doadores tenham: 1) idade acima de 16 anos completos (mediante autorização de responsável legal) a 69 anos, 11 meses e 29 dias; 2) peso corporal mínimo de 50kg; 3) frequência cardíaca compreendida entre 50 e 100 batimentos/minuto; 4) pressão arterial

sistólica inferior a 180mmHg e a diastólica não superior a 100mmHg e 5) níveis mínimos de hemoglobina/hematócrito de: Hb= 12,5g/dL ou Ht= 38% para mulheres e Hb= 13,0g/dL ou Ht= 39% para homens respectivamente⁷.

Por outro lado, é vedado o ato de doação a pessoas que: 1) tenham antecedentes patológicos que coloquem o possível doador em condição de exclusão a exemplo de doenças autoimunes (câncer, lúpus eritematoso sistêmico, doença pulmonar obstrutiva crônica etc.); doenças infecciosas (hepatites virais, HIV e vírus linfotrópico da célula humana (HTLV) I/II etc.); realização de cirurgias de grande porte (cardíacas); uso de medicação como corticosteroides, anticoagulantes etc. e; 2) sejam mulheres em período gestacional; no pós-parto; no período de até 12 semanas de abortamento ou em fase de lactação (tendo o parto ocorrido há menos de 12 meses)⁷.

Outro fator é aquele que diz respeito ao conhecimento que deve presidir a realização do processo de punção de vasos com vistas a prevenir o surgimento de iatrogenias decorrentes da forma de atuação laboral e minimizar eventos adversos inerentes ao uso dos vasos sanguíneos para fins terapêuticos/hemoterápicos³⁰.

A aproximação da enfermagem com o contexto de punções de veias decorre da frequência com que esse procedimento está inserido na prática laboral da equipe de enfermagem¹⁶, embora outras profissões possam executá-lo. Nesse sentido, o “risco de trauma vascular” é uma dessas situações em que o processo de punção de vasos adquire delineamento profissional na perspectiva da prevenção de danos aos vasos e áreas adjacentes. Ele constitui um diagnóstico de enfermagem de risco, que, segundo a classificação da taxonomia da NANDA I³⁰, está contextualizado no campo da prevenção¹⁶.

Aproximar a formação profissional da atividade laboral em saúde possibilita identificar variáveis intervenientes sobre o processo de punção dos vasos, a exemplo da capacitação dos profissionais que puncionam veias^{31; 110; 111}, das políticas e filosofias institucionais; das exigências do mercado de trabalho e do conhecimento e cientificidade imprimidos às práticas laborais^{30; 112}.

Devido à complexidade do processo de formação em enfermagem, é necessário buscar uma reflexão constante, que compreenda suas particularidades e os aspectos intervenientes no seu desenvolvimento. A busca da perspectiva de instituições contratantes de enfermeiros egressos é um exemplo disso e possibilita uma compreensão diferenciada¹¹³.

Pelo fato de a consolidação da formação profissional abranger dimensões diferenciadas que agregam a aquisição do conhecimento científico, a atuação prática e a relação/interação com a equipe de trabalho¹¹⁴ ela pode ser considerada um tipo de tecnologia.

Com base no processo de formação e aprimoramento do enfermeiro, do ponto de vista de sua atuação junto de sua equipe, o processo de punção de vasos deve constituir numa ação de destaque

no contexto do cuidado de enfermagem, na medida em que impacta o bem-estar daquele que é punccionado e repercute sobre a visibilidade da assistência de enfermagem e sobre o empoderamento profissional^{9; 17; 115}.

Uma das razões que justificam a inserção da equipe de enfermagem no processo de punção de vasos em hemoterapia está vinculada à habilidade para realizar esse procedimento. Isso porque esse conteúdo integra a grade curricular de formação do enfermeiro generalista e, quando exercido por ele, a atuação profissional será contextualizada a partir da relação com a pessoa punccionada, adquirindo foco terapêutico num atendimento que contemple a integralidade do ser.

No que se refere à doação do sangue, captar doadores consiste numa tarefa que deve ser contínua, na qual o profissional de enfermagem atua em todas as suas etapas²⁹. Para o estreitamento da atuação de enfermagem à hemoterapia, é necessária a definição do trabalho de enfermagem.

Os processos de trabalho em enfermagem podem ser definidos como: 1) o processo de assistir, objetivando o cuidado demandado por indivíduos ou coletividades; 2) o processo de administrar, tendo os agentes do cuidado e recursos empregados sob seu foco; 3) o processo de ensinar, envolvendo os profissionais da área; 4) o processo de pesquisar, visando ao enriquecimento do conhecimento de enfermagem e 5) o processo de participar politicamente, pelo emprego de reflexão moral e crítica implícita em todos os processos descritos⁸³.

Ao aproximar as dimensões do cuidado à atuação do enfermeiro e sua equipe no contexto da hemoterapia, é possível identificar possibilidades de inserção da enfermagem nas diversas dimensões do cuidado. Analisadas à luz da inserção do profissional enfermeiro que atua em hemoterapia, podem ser caracterizadas como: 1) assistenciais – no momento em que esse profissional atua junto aos doadores e receptores de sangue na efetivação da captação e da transfusão sanguíneas; 2) administrativas – ao gerir os profissionais do cuidado e recursos despendidos; 3) educativas – ao conscientizar doadores ou receptores sobre os processos aos quais são expostos; 4) investigativas – ao buscar suprir as lacunas detectadas em hemoterapia e na dimensão de participar politicamente e 5) participação política – na medida em que sua atuação perpassa as demais dimensões e que o profissional faz o julgamento crítico inerente a todos estes processos⁸³.

É exemplo de atuação do enfermeiro na dimensão educativa o trabalho com grupos sociais no sentido de esclarecer sobre a importância/realização da doação ou captação de sangue e de sensibilizar diferentes faixas etárias para a adesão ao processo de doação. Tal atuação favorece a ancoragem dessa temática junto à comunidade¹¹⁶.

Considerando que, para viabilizar o processo de captação e transfusão de sangue é imprescindível que se tenha um acesso vascular, foi possível detectar de forma (in)direta, por meio de um levantamento realizado, quais foram as principais fontes consultadas por enfermeiros nos últimos

40 anos a respeito do processo de punção de vasos periféricos em hemoterapia e como eles acessavam/compartilhavam informações e conhecimentos nessa área.

Figura 9: Evolução das formas de transmissão de conhecimento utilizadas na área da Enfermagem.



Fonte: As autoras.

A dificuldade em acessar informações no formato de livros ou publicações fez da tradição oral a forma de compartilhamento de conhecimentos, sendo os profissionais mais experientes na prática aqueles que eram detentores do conhecimento e responsáveis por transmiti-los aos seus colegas por meio da conversa orientada e alicerçados em seus saberes, experiências e registros mnemônicos que passavam a compartilhar¹¹⁶.

Com a formação de enfermeiros brasileiros, o surgimento dos cursos de pós-graduação e dos periódicos (inter)nacionais de enfermagem, iniciou-se a época do conhecimento obtido por apostilas, livros e posteriormente periódicos. A preocupação nessa ocasião era a de compêndios no intuito de reunir informações, ficando a qualidade das informações e atualização postergadas.

No que tange à acessibilidade às informações e conhecimentos, houve um movimento que se traduziu na agilização do acesso às evidências e pelo encurtamento do tempo entre o surgimento de tecnologias e seu conhecimento/domínio pelos profissionais.

A era dos consensos e diretrizes trouxe a evidência como componente central e norteador para a qualidade da informação, e a rapidez de acesso se transformou de estratégia de domínio de poder para a tendência da democratização do conhecimento. Este último, nas bases de dados abertas e nos periódicos eletrônicos, contribuiu para o empoderamento dos profissionais para os conhecimentos atualizados.

Cabe acrescentar que a atuação da enfermagem apoiou-se em bases científicas e tecnológicas voltadas à hemoterapia que sofreram modificações ao longo dos anos, como mostra o **Quadro 1**.

Quadro 1: Bases científicas e tecnológicas para atuação de enfermagem em hemoterapia.

Época	Fonte de Veiculação do conhecimento no Brasil		Composição equipe enfermagem	Formação requerida	Bases epistemológicas e processual vinculadas à punção de veias periféricas	Implicações para a hemoterapia
	Produção nacional	Produção internacional				
Década de 20: profissionalização da enfermagem no Brasil ¹¹⁷	Inexistência de referencial adequado às particularidades da população brasileira, levando à busca de referenciais internacionais de enfermagem	Referencial Nightingaleano	Enfermeiros (majoritariamente do sexo feminino)	Inserção da enfermeira-visitadora na saúde pública. Era porta-voz do Estado junto às famílias, no intuito de promover ações de vigilância higienista e prevenir doenças transmissíveis. Exigência de escolaridade nível ensino normal ou equivalente, boas condições físicas, de saúde e bons antecedentes. Eram ministrados conteúdos sobre área médica, ciências naturais, conteúdos sobre enfermagem e administração hospitalar	Não eram ministrados conteúdos específicos de enfermagem. Houve a sobreposição da necessidade das atividades de vigilância higienista, com foco sobre a saúde pública. Desconhecimento dos ministradores de conteúdos (médicos) sobre o trabalho da enfermeira moderna	Enfermeira da época sem qualificação e formação específica de enfermagem, desempenhando primordialmente visita domiciliar de enfermos acometidos pela tuberculose
Década de 30:	Surgimento dos primeiros programas de pós-graduação nacionais ¹¹⁸	Surgimento e disseminação de programas de pós-graduação em enfermagem	Enfermeiros (majoritariamente do sexo feminino)	Formação superior de enfermagem	Realização de pesquisas de cunho teórico e filosófico no intuito de transformar a profissão	Convergência para o conhecimento técnico de enfermagem
Década de 50: Processo de urbanização, requerendo complexos médicos-hospitalares ¹¹⁷	Criação de novas escolas de enfermagem. Criação de cursos auxiliares e técnicos de enfermagem. Criação de programas de treinamento em serviço para os “práticos de enfermagem”		Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	Atuação prática (para “práticos”), cursos de auxiliares, técnicos e superior	Execução do trabalho de enfermagem majoritariamente hospitalar, levando os profissionais a desempenharem os procedimentos técnicos	Familiaridade com os procedimentos hemoterápicos, à medida que estes foram incorporados às rotinas hospitalares e serviços de captação de sangue
Década de 70: expansão dos cursos de formação de enfermeiros para atendimento de necessidades detectadas pelo MEC ¹¹⁷	Criação de cursos federais de formação de enfermeiros em estados descobertos. Criação do 1º curso de mestrado em enfermagem no país, na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ), em 1972. Criação do Centro de Pesquisa em Enfermagem (CEPEn) pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Criação de órgãos regulamentadores: Cofen/	<i>Infusion Nurses Society (INS)</i> (1973) ¹¹⁹	Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	Atuação prática (para “práticos”), cursos de auxiliares, técnicos e superior	Distinção de produção científica de enfermagem e aproximação com reflexão das práticas exercidas. Geração de empoderamento no campo teórico da profissão. Regulação da atuação por controle social e profissional	Fortalecimento teórico-científico da execução dos procedimentos técnicos requeridos em hemoterapia

	Coren. Época dos manuais. Ex.: ¹¹⁸					
Década de 80:	Criação do primeiro curso de doutorado em enfermagem (parceria escolas de enfermagem da Universidade de São Paulo-USP e de Ribeirão Preto). Produção de manuais nacionais de enfermagem: Exs.: Criação do primeiro PET voltado à enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) ⁸⁵		Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	Atuação prática (para "práticos"), cursos de auxiliares, técnicos e superior	Consolidação da enfermagem no sistema educacional em nível <i>stricto sensu</i> . Transmissão do conhecimento Teoria + laboratório de prática com braços de boneco contendo garrote simulando vasos (Bandeja contendo materiais)+ usuário	Disparidades nos serviços de hemoterapia e ausência de atividade normativa no setor. Com o Pró-Sangue e cooperativa Brasil/França, houve capacitação de recursos humanos que se tornaram multiplicadores destes conhecimentos na rede de serviços que estruturavam a rede hemoterápica brasileira
Década 90: Tradição oral, livros e práticas em laboratório	Livros com fundamentações e publicações especializadas para enfermagem	Tratados de Enfermagem. Ex.: ¹²⁰ : ¹²¹ Livros de semiologia. Exs.: ¹²² ; ¹²³ ; ¹²⁴	Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	Enfermeiro: curso superior. Técnicos e auxiliares: cursos profissionalizantes. Atendente: ascensão por indicação (faxina, copa, etc.)	Transmissão do conhecimento. Teoria + laboratório de prática (Bandeja contendo materiais)+ puncionar colega+ usuário. Quadro de escalpes e falta de padronização das cores com tamanhos	Até 1999: Controle das diretrizes políticas-normativas-estruturais a cargo do MS. A partir de 1999: gerência dos serviços hemoterápicos normatizada pela Anvisa (protocolos técnicos)
2000: Tradição oral, livros e práticas em laboratório	Livros com fundamentações e publicações especializadas para enfermagem	INS ¹²⁵	Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	A partir de 2003, auxiliares devem complementar a formação em nível técnico-Resolução 273/03. Transmissão do conhecimento Teoria + laboratório de prática (Bandeja contendo materiais) + usuário (técnicos puncionando e afastamento do enfermeiro)	Classificação dos tipos de veias periféricas para punção. Surgimentos de filmes transparentes	Utilização de Protocolos técnicos da Anvisa
2002: Definição do diagnóstico de "risco para trauma vascular periférico" ⁷⁹		Nanda I	Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	Enfermeiro: curso superior	Processo decisório envolvendo a punção venosa periférica, os recursos adotados e a prática desempenhada	Possibilidade de emprego e conhecimento da ocorrência de trauma vascular em situações envolvendo a punção venosa periférica
2006: Criação do Programa de Atualização em	Atualização profissional para enfermagem, pelo Sistema de Educação Continuada à Distância (SECAD), criada pela		Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	Enfermeiro: curso superior. Auxiliares e técnicos de enfermagem: curso técnico de enfermagem	Disponibilização de casos clínicos, acervo de questões e artigos com conteúdos que são desenvolvidos por	Oportunidade de aperfeiçoamento do profissional atuante na área de hemoterapia

Enfermagem-Saúde do adulto (Proenf)	ABEN em parceria com a Artmed Panamericana Editora				profissionais de referência em áreas como diagnósticos de enfermagem, saúde do adulto e gestão em enfermagem	
2010: Tradição oral, livros e práticas em laboratório e modelos software, educação a distância	Livros e manuais com fundamentações, material eletrônico. Criação do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) ¹²⁶ , ampliando o acesso de profissionais ao ensino técnico de enfermagem, nas modalidades presencial e/ou EAD	<i>Infusion Nursing Society Standards of Practice</i> ¹¹⁹	Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	Enfermeiros: Especializações <i>lato sensu</i> . Capacitações promovidas pelos órgãos reguladores. Auxiliares e técnicos de enfermagem: Nível médio de escolaridade	Discussões e orientações realizadas em ambientes virtuais de aprendizagem	Utilização de Protocolos técnicos da Anvisa

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos documentos citados.

A historicidade dos conhecimentos vinculados ao processo de punção de vasos justifica a necessidade de uma releitura deste processo na perspectiva de sua realização, necessidade e uso na hemoterapia, tendo em vista as mudanças de tecnologias implícitas nos equipamentos, práticas e conhecimentos e a rapidez com que tais tecnologias estão disponíveis⁵⁸.

Nesse sentido, o processo de punção de vasos periféricos está sendo concebido, na presente investigação, como uma prática insubstituível que constitui a base para a efetivação da assistência hemoterápica, na qual se inclui a captação do sangue e a transposição de hemocomponentes/derivados para outra pessoa ou de forma autóloga, que é passível de desencadear trauma vascular periférico.

A preocupação em se evitar a ocorrência de eventos adversos e de situações passíveis de ser prevenidas justifica a necessidade do gerenciamento de risco para o processo de punção de vasos periféricos que, na presente investigação, está sendo focado na perspectiva do processo de doação/transfusão sanguínea.

Neste contexto, a expressão “trauma vascular” está sendo concebida como o “estado no qual o indivíduo apresenta danos internos ou externos (lesando diretamente a estrutura do vaso ou desencadeando impacto nas áreas próximas a ele, de origem química e/ou bioquímica e/ou física e/ou biológica), em uma ou várias camadas teciduais, ou subjacências, em decorrência direta ou indireta da presença do dispositivo e/ou líquidos infundidos ou drenados existentes no processo de punção venosa periférica”^{9; 17}.

Ele constitui um diagnóstico de risco, ou seja, uma situação em que as pretensões terapêuticas de enfermagem se alicerçam no pressuposto da prevenção de agravos e na redução de danos. Sua estrutura possui título, definição e fatores de riscos. Estes últimos são situações e circunstâncias de vulnerabilidade passíveis de ser prevenidas por ações de enfermagem dentro do contexto ético, legal e de competência do profissional enfermeiro e sua equipe^{17; 30}.

São fatores documentados como sendo de risco para a ocorrência do trauma vascular periférico, a saber: 1) capacidade prejudicada de visualizar o local de inserção do cateter intravenoso; 2) duração do tempo de inserção; 3) fixação inadequada do cateter; 4) calibre do cateter; 5) sítio anatômico de inserção; 6) natureza da solução infundida (características físico-químicas); 7) tipo de cateter e 8) velocidade de infusão³⁰.

Assim, o “risco de trauma vascular”, evento inerente ao processo de punção de vasos, destaca-se nesta investigação como uma situação-alvo de intervenções, tendo sido encontrada em diferentes populações segundo evidências da literatura^{9; 17; 127; 128}.

Uma manifestação de trauma evidenciada na literatura é a flebite. Ela consiste num processo inflamatório da parede interna do vaso de origem química, bacteriana ou mecânica⁸, que pode ficar restrito ao sítio de inserção ou estender-se às áreas adjacentes¹¹.

Sua ocorrência é multifatorial, dependendo: do tipo de medicação (pH, concentração, volume de infusão), da conciliação entre o calibre do vaso e do cateter, da estabilidade do processo de fixação do cateter no interior do vaso sanguíneo, do tipo de morbidade daquele que terá seus vasos puncionados; do tipo de vasos sanguíneos periféricos disponíveis, do tempo de terapia intravascular em curso, entre outros. Em virtude dos fatores anteriormente mencionados, a flebite poderá ou não ser evitada, cabendo sempre a minimização de danos nos casos em que sua ocorrência é inevitável⁹.

Um exemplo da condição inevitável de surgimento de uma flebite ou um trauma vascular é a infusão de quimioterápicos em pessoas com problemas oncológicos. Neste caso, são pesados os benefícios e malefícios da quimioterapia, mesmo havendo o conhecimento de que seu uso implica necessariamente manifestações indesejáveis sobre os vasos sanguíneos. Entretanto, considerando seus benefícios majoritários ela é realizada. Cabendo, nestes casos, ao enfermeiro implementar ações para minimizar os danos vasculares^{11; 127}.

A evolução das políticas de saúde e procedimentos acerca das práticas hemoterápicas conseguiu alcançar níveis de segurança e qualidade do ciclo do sangue que fazem do ato transfusional uma alternativa terapêutica consolidada e cada vez mais disseminada na assistência clínica atual. Tal evolução é possibilitada pela detecção das fragilidades e proposição de soluções por pesquisas e investigações criteriosas¹²⁹.

Apesar dos avanços relativos à transfusão sanguínea, ainda são encontradas situações vulneráveis que comprometem a qualidade global do ato. Uma pesquisa evidenciou que bancos de sangue localizados na região amazônica brasileira forneciam hemocomponentes obtidos com rigor considerado “inadequado” na triagem clínica e laboratorial, negligenciando a possibilidade de transmissão via parenteral de malária, uma patologia endêmica na região estudada¹¹². Para reverter situações como esta, cabe aos profissionais atuantes nestes serviços uma revisão de suas diretrizes, assim como de seus procedimentos, em consonância com as determinações das instâncias de referência na área¹²⁹.

No intuito de disseminar as melhores recomendações para a assistência transfusional, reforça-se a participação do enfermeiro enquanto profissional de referência. Uma pesquisa feita com profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) identificou os seguintes aspectos da transfusão como os principais a serem acompanhados pela enfermagem: 1) procedimentos de instalação dos hemocomponentes; 2) velocidade de infusão tolerável pelo receptor de

hemocomponentes/derivados e controlada pelo profissional; 3) cuidados após a conclusão da transfusão e 4) manejo de eventos transfusionais adversos⁵⁷.

Entre as indicações de consumo de sangue, está o fato de assegurar aos receptores de sangue/derivados: o restabelecimento da capacidade de transporte de oxigênio/dióxido de carbono tecidual, os níveis volêmicos, o controle da hemostasia, a correção dos distúrbios de coagulação e a reposição dos fatores de coagulação (fibrinogênio, Fator VIII, por exemplo). Entre os paradigmas da hemoterapia moderna, há a utilização racional dos hemocomponentes e a contraindicação do uso de sangue total²⁵.

Há evidências de que o maior quantitativo de transfusões é realizado em pessoas hospitalizadas e que se encontram internadas nas UTIs quando comparado com pessoas internadas em setores clínicos, sendo a maior indicação do procedimento transfusional nos casos de anemias de etiologias distintas. Pessoas hospitalizadas nestes setores estão mais sujeitas a perdas sanguíneas que podem culminar em anemia devido à realização de coletas repetitivas de amostras de sangue para exames laboratoriais, ou por outros processos patológicos que as estejam acometendo^{130; 131}.

Há evidência de que o Concentrado de Hemácias (CH) é o principal elemento transfundido em uma UTI de um hospital universitário paulista. As pessoas submetidas à transfusão nessa instituição receberam em média duas unidades de CH, apresentaram maior dependência da ventilação mecânica e consequente permanência na unidade¹³². Estes desfechos são apontados como desfavoráveis e coerentes com a literatura que refere a necessidade de transfusão como uma característica associada à morbidade e mortalidade. Em contrapartida, o CH foi salientado como fator benéfico quando transfundido em pessoas acometidas por choque séptico numa UTI, aumentando a saturação de oxigênio venoso central, otimizando sua perfusão e reduzindo os índices de lactato¹³³.

Outro grupo citado como propenso à transfusão é o das pessoas em situação de cirurgia, sendo esta empregada no tratamento de anemias que podem se manifestar nos períodos pré, intra e pós-operatórios¹³⁴. Para o manejo da anemia nestes momentos, a literatura evidencia três grupos de estratégias principais, que compreendem: 1) incremento da massa eritrocitária e dos mecanismos de coagulação; 2) minimização de perdas iatrogênicas de sangue e 3) potencialização da tolerância do indivíduo à anemia¹³⁵.

Para o atendimento da pessoa em situação de cirurgia eletiva, são referidas como ações práticas, entre outras: 1) acompanhamento da pessoa por um período prévio que permita detectar possíveis complicações, indicando, por exemplo, o uso de suplementos de ferro, ácido fólico e vitaminas. No entanto, a atenção com o uso destes compostos deve ser redobrada para pessoas com risco para trombose ou progressões tumorais; 2) controle da hipotensão de forma moderada durante o sangramento na execução da cirurgia e 3) manutenção da normotermia durante o ato cirúrgico. Os

procedimentos cirúrgicos apontados com mais propensão de desencadear anemia são: cirurgia cardíaca, cirurgias ortopédicas como implantes de próteses, abordagem de coluna vertebral e procedimentos oncológicos^{135; 136; 137}.

Além dos usuários em condições “graves” e das pessoas em situação de cirurgia, há outras populações referidas como susceptíveis às transfusões: os idosos, por apresentarem propensão à anemia e comorbidades cardiovasculares associadas¹³⁷ e mulheres em atendimento obstétrico em países pouco desenvolvidos, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), devido ao risco de hemorragias, e o intuito é combater a mortalidade materna¹³⁸.

Outra população que possui peculiaridades a serem observadas durante o atendimento hemoterápico é a das pessoas adeptas da denominação “Testemunhas de Jeová”, cujas crenças e princípios religiosos as impedem de ser submetidas a transfusões alogênicas, quando as mulheres são apontadas como grupo mais vulnerável às transfusões¹³⁹.

A literatura indica como possibilidades para abordagem hemoterápica de pessoas com restrições por motivos religiosos utilizar transfusões autólogas, com sangue captado previamente, em caso de tratamento eletivo, e o uso de agentes hemostáticos, que otimizam os mecanismos de coagulação no momento cirúrgico. Por conseguinte, minimizam-se perdas sanguíneas iatrogênicas, possibilitando, por exemplo, a realização de procedimentos considerados de alto risco como a cirurgia cardíaca¹³⁶.

No caso das frações de derivados do sangue, não há grande resistência dos adeptos da denominação referida, sendo possível transferir para estas pessoas substâncias como albumina e fatores de coagulação. Esta situação deve ser considerada pelo profissional, visto que a denominação “Testemunhas de Jeová” possui mais de oito milhões de adeptos no mundo¹³⁶. Para atendimento de todos os casos, os critérios de indicação clínica de transfusão devem ser rigorosamente seguidos^{57; 140}.

Apesar dos aspectos positivos da transfusão, são apontados como pontos negativos: 1) o conceito de “salvação iminente”, que pode levar à indicação indiscriminada, altamente contraindicada; 2) a associação da transfusão a eventos isquêmicos, infecções e insuficiência renal pós-cirurgia cardíaca evidenciada em idosos americanos, preconizando gatilhos rigorosos de indicação nestes casos, e 3) o fato de representar uma atividade onerosa para o sistema de saúde público. Para uma gestão qualificada dos insumos sanguíneos, a OMS anunciou, em 2010, algumas diretrizes ditas “padrão ouro” que norteiam sua utilização e procedimentos empregados^{134; 136}.

Entre as medidas preconizadas para a gestão dos insumos sanguíneos, aponta-se a conservação adequada dos hemocomponentes, de modo que não haja perdas de características ou de suas propriedades essenciais, questão fundamental no caso da transfusão autóloga. Outra possibilidade é a “recuperação” do sangue perdido durante ato cirúrgico, pelo uso de aparatos de

processamento que permitam sua reinserção no organismo, sem utilizar sistematicamente o procedimento transfusional¹³⁶.

Para direcionar a abordagem das tecnologias leves, aqui compreendidas pelos saberes aplicáveis à hemoterapia, faz-se necessário um olhar capaz de direcionar uma abordagem consistente e coerente com a atuação dos enfermeiros nesse contexto.

As teorias de enfermagem são úteis para a descrição e compreensão de questões referentes à assistência, direcionam a atuação do profissional, bem como suas intervenções, fundamentando o porquê das ações do enfermeiro, com respeito à subjetividade dos indivíduos e das circunstâncias que contextualizam o cuidado¹⁴¹.

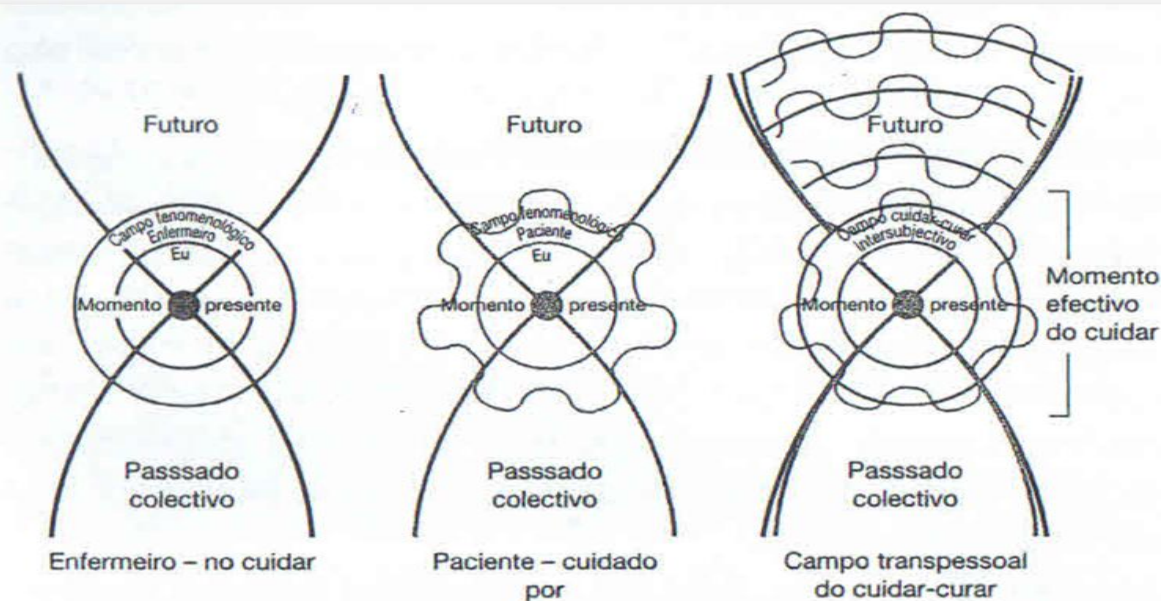
Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, ao prestar o atendimento aos soldados durante a Guerra da Crimeia, lançou luzes para a percepção da influência do ambiente de atendimento dos soldados (frentes de guerra). Ela identificou que os campos de batalhas e o cenário em que o cuidado era prestado estavam relacionados às situações de infecção em decorrência das punções intravasculares e que isso justificava seu insucesso¹⁴².

A sensibilidade de Florence levou-a a proferir o discurso célebre no qual defendia que ambiente hospitalar deveria ter como princípio básico não causar danos à pessoa assistida. Entre suas preocupações com as interferências dos “miasmas” e causas ambientais sobre o estado de saúde das pessoas, Florence fez emergir questões referentes à higienização dos ambientes, instrumentais, adequação de rotinas dos profissionais etc.¹⁴².

Suas considerações teóricas foram imprescindíveis para assegurar práticas menos empíricas e possibilitar a recuperação dos soldados naquele período e mostram-se imprescindíveis até os dias atuais¹⁴². Cabe acrescentar que o cenário das guerras motivou a criação e aprimoramento de diversas tecnologias utilizadas atualmente ou bases para as existentes nas atividades assistenciais.

Entre as teorias de enfermagem, a opção adotada como referencial teórico na presente investigação foi a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Ela concebe a assistência pelo estabelecimento do relacionamento transpessoal entre profissional e pessoa cuidada. O cuidado na concepção transpessoal é uma interação que transcende o momento, envolvendo trocas de energias entre as pessoas, sendo que a estabilização energética alcançada durante o cuidado é capaz de direcionar o indivíduo à restauração de sua condição saudável¹⁴¹.

Figura 10: Estrutura esquemática da forma como o cuidado de enfermagem é concebido na teoria de Watson.



Fonte: WATSON, J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 9728383371 9789728383374, pág, 114.

Apesar de a assistência de enfermagem, por vezes, privilegiar os aspectos físicos do cuidado, vistos como arquétipos masculinos na perspectiva de Watson, o enfermeiro é capaz de exercer o cuidado transpessoal na medida em que se instrumentaliza com recursos comunicacionais e estabelecimento de interação genuína com o usuário. Este processo é interpretado pelo cuidado transpessoal como o resgate do arquétipo feminino da enfermagem¹⁴³.

Watson traz a importância da desconstrução de arquétipos, como aqueles que preconizam o cuidado sob o enfoque biomédico, a fim de inverter a hierarquia hegemônica que valoriza a assistência física em detrimento das demais. Com a realização desta inversão, o cuidado é direcionado a subjetividade do indivíduo, efetuando um cuidar-curar que o reconduza à saúde¹⁴³.

O paradigma do cuidado transpessoal ou pós-moderno concebe o enfermeiro como um verdadeiro "artista" com competências que buscam valorizar o ser enquanto singular. Para tal, é preciso que o profissional desenvolva competências ontológicas, que compreendam tanto os aspectos elementares da medicina tradicional, quanto as alternativas complementares da enfermagem no intuito de estar apto a exercer o cuidado genuíno e ressignificado¹⁴³.

Para amparar seus conceitos, Watson busca, nos campos da física quântica e metafísica, explicações que embasem a transcendência dos seres, que deve ocorrer no instante do cuidado transpessoal. A consciência é tida como algo em expansão, cujo pensamento gera a energia necessária para (des)estabilizar o sistema do indivíduo, necessitando de uma frequência para viabilizar o processo de cura¹⁴³.

Assim, a consciência do profissional o capacita com intencionalidade a ser empregada na condução do indivíduo cuja frequência energética encontra-se desestabilizada, estabelecendo uma relação intersubjetiva que consiste num momento de cuidar autêntico. Corpo e alma tornam-se então inseparáveis, sendo concebidos como sistemas energéticos¹⁴³.

Outros recursos a serem empregados no cuidado são as artes, enquanto algo ligado à vida, que podem ser utilizadas tanto na expressão do processo de cura vivenciado pela pessoa, quanto na arquitetura do ambiente no qual o cuidado acontece¹⁴³.

O cuidar-curar transpessoal relaciona suas modalidades com os sentidos humanos, a fim de alcançar a saúde pela utilização de recursos gustativos, auditivos como a música terapêutica empregada, por recursos táteis como massagens, mentais e sinestésicos como o uso do *reiki*, viabilizando assim a consciência do cuidar no profissional¹⁴³.

Na perspectiva transpessoal, cada procedimento exercido deve ser ressignificado como essencial pelo profissional que o executa, passando a enxergá-lo como sagrado, uma vez que ele acontece em um momento de cuidar autêntico¹⁴³. Com base nisso, cabe mencionar a possibilidade de ressignificar o processo de punção venosa executado com fins hemoterápicos, no intuito de provocar a reflexão sobre sua realização pelo enfermeiro. Refletir sobre as possibilidades e contribuições da ressignificação de conceitos necessários à assistência de enfermagem, baseando-se no referencial do cuidado transpessoal, atesta seu fortalecimento enquanto ciência¹⁴⁴.

Considerando a possibilidade de aplicação dos conhecimentos e saberes à prática da equipe de enfermagem em Hemoterapia, a seguir, serão discutidas as tecnologias leves nesse contexto de atuação profissional.

3.3.2 Tecnologias Leves

Conforme mencionado anteriormente, as práticas desempenhadas pelos profissionais em hemoterapia constituirão as tecnologias leves, uma vez que concretizam a aplicação prática dos conhecimentos e saberes do profissional⁵⁸. Ao abordar o usuário, o enfermeiro utiliza a oportunidade do contato individual que tem no momento da triagem, aplicando seus conhecimentos numa abordagem terapêutica capaz de auxiliar doadores a se autocuidarem e, ao mesmo tempo, sensibilizá-los para a fidelização ao processo de doação²⁹.

A existência de condições consensualizadas para o ato de doação, ou a restrição para não doação, requer que no período de triagem, o profissional tenha familiaridade com essas informações; faça a triagem com segurança, embasando sua atuação laboral nas (contra)indicações; realize a conferência dos registros cadastrais caso eles sejam discordantes; preste orientações coerentes com

os conhecimentos científicos, detecte as reações adversas, intervenha nelas e alicerce sua conduta de forma a eliminar/minimizar os riscos e danos¹¹¹.

O resultado esperado da atuação anteriormente mencionada é que o processo de esclarecimentos da população seja capaz de criar a possibilidade de doação de qualidade, motivando pessoas e grupos a se inserirem nessa iniciativa, com contrapartida de compartilhamento de conhecimentos que assegurem a regulação dos estoques de sangue para a própria comunidade^{37; 145}.

Constituem estratégias passíveis de ser utilizadas para alcançar a finalidade de regulação dos estoques por parte dos enfermeiros e sua equipe prestar informações claras, atuar de forma empática, favorecer a desmitificação do ato do doação/transfusão, tornar a doação um fato atrativo e seguro, garantir que sua execução seja livre de iatrogenias, estimular a adesão para o comportamento de doações periódicas por meio de abordagens ao público^{26; 28; 29}. Nesse contexto em que ocorre a aproximação entre as ações educativas e gerenciais desenvolvidas por enfermeiros, o profissional está envolvido em todas as fases do processo hemoterápico, atuando de forma participativa e transformadora⁸³.

Apesar de haver um crescimento progressivo do número de adeptos para doação de sangue, ele ainda é desproporcional quando analisado do ponto de vista das demandas mundiais. A preocupação em manter os estoques de sangue dos hemocentros é uma questão de interesse mundial que ameaça a estabilidade do atendimento das demandas de consumo^{146; 147}.

Em nível nacional, são realizadas cerca de 3,5 milhões de coletas de sangue anualmente. No entanto, ainda há distância do quantitativo ideal, que representaria 5,7 milhões de doações anuais⁴⁵. Cabe esclarecer que apenas 1,9% da população brasileira pode ser classificada como doadora, o que revela um nível inferior ao que é desejável para esta população. Tal fato corresponde a dizer que a média anual de doação da população é de um único ato²⁷.

Na definição de estratégias para atrair e fidelizar doadores, é preciso conhecer atitudes, crenças, valores, informações, conhecimentos, sentimentos e costumes^{27; 146; 148} de cada indivíduo/grupo a respeito da doação. Deve-se atuar de forma a aproximá-lo da especificidade do conteúdo com abordagens educativas segundo o contexto social e cultural de cada segmento a fim de impactar o grupo susceptível à doação de sangue.

Há evidências de que, entre as causas que justificam o ato de doação, estão o altruísmo, seja de caráter essencial ou hedonista¹⁴⁹; a questão do cumprimento de um dever cívico para com a sociedade¹⁵⁰ e a influência exercida por grupos de referência para o atendimento de demandas de pessoas com as quais têm ou não vínculos familiares¹⁵¹.

Entre os fatores apontados como barreiras à doação de sangue, destacam-se: o déficit de informações/conhecimento sobre a necessidade e urgência de sangue¹⁴⁸, receios com ambientes de

saúde¹⁵², a rejeição temporária de um potencial doador no momento da triagem^{38; 148} e a vivência de situações negativas no atendimento durante a doação¹⁵³. Intervir sobre estas barreiras mostra-se um meio viável para atrair mais doadores. Assim, minimizar os fatores de risco para a ocorrência de trauma vascular periférico pode colaborar para que a experiência do doador com a punção venosa seja menos dolorosa e conflituosa e mais satisfatória.

Outras possibilidades de incentivo para a doação são: uso de testes minimamente invasivos para aferição de hemoglobina¹⁵⁴, uso da “rotulação” da doação (social, de finalidade ou controle) em agradecimento ao ato de doação conectando-o a uma lembrança positiva¹⁵³, obtenção de *feedback* do doador sobre o empecilho encontrado no momento da doação e a redução do intervalo de tempo entre doações para mulheres saudáveis aptas à doação¹⁵⁵.

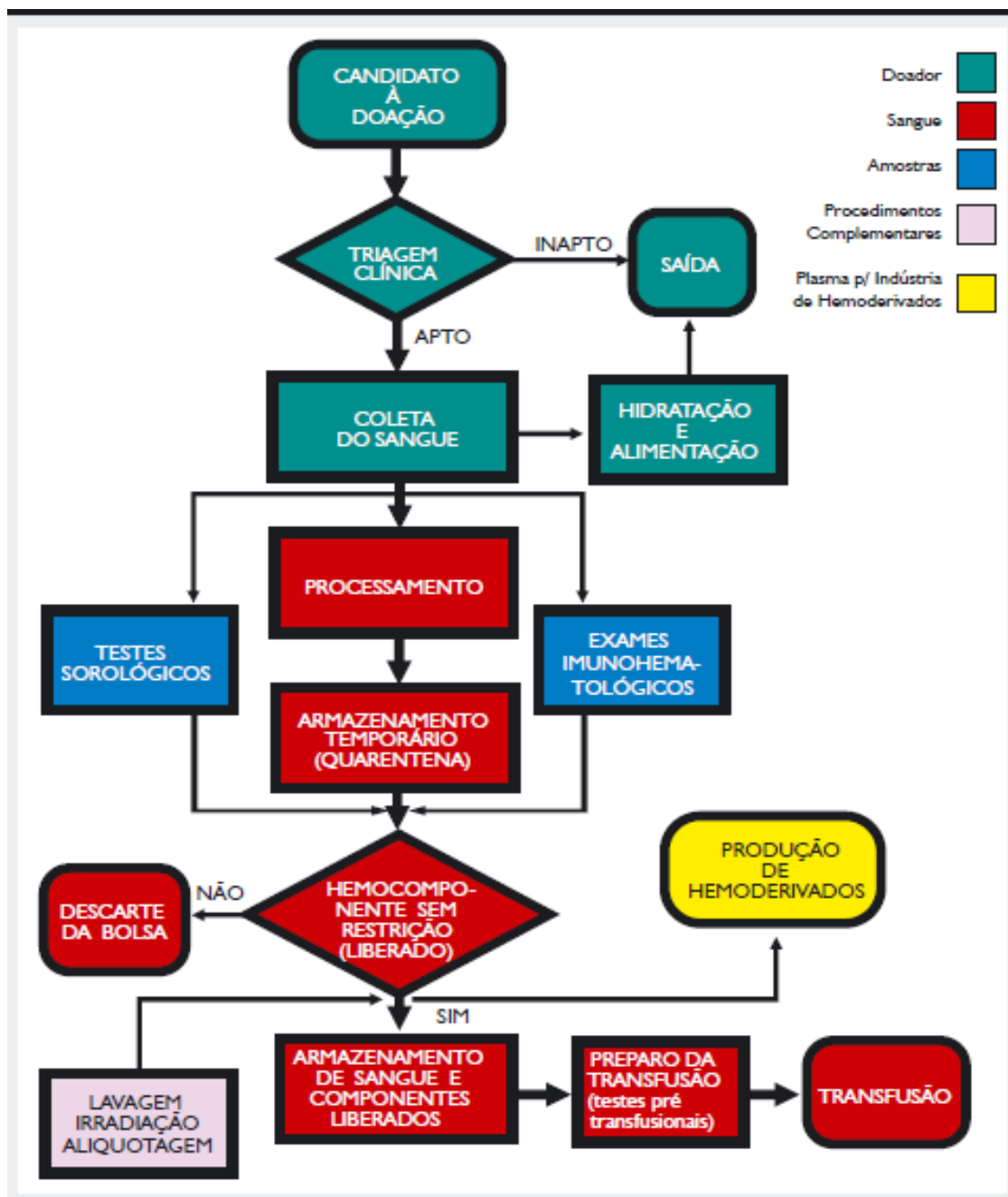
Cogita-se na literatura a inclusão de homens mantenedores de relações sexuais homoafetivas entre os doadores elegíveis, desde que aprovados em critérios de exclusão temporária, previamente definidos¹⁵².

Diante do exposto sobre as especificidades que envolvem o processo de captação e doação do sangue, é possível inferir a necessidade de não se restringir o processo de punção à introdução ou remoção da agulha do interior de um vaso sanguíneo¹²⁷ e nem a captar ou infundir hemocomponente. É nesse contexto que a presente investigação se insere.

Cabe ressaltar também a complexidade que envolve o processo de captação e uso do sangue e derivados por meio de tecnologias peculiares, recursos humanos e técnicos especializados e articulação entre as fases abrangidas no ciclo do sangue.

A seguir, consta o fluxo de informações do ciclo do sangue e, embora a informação em si represente uma tecnologia leve, a sua aplicação no contexto da prática laboral pode ser considerada uma tecnologia leve-dura⁵⁸.

Figura 11: Fluxograma do ciclo do sangue.



Fonte: BRASIL. Manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 104 p. 2004, pg. 23.

Nesse sentido é que se apresenta o ciclo do sangue. Ele consiste numa cadeia composta por uma rede de serviços que abrange os momentos antecedentes à doação, estendendo-se até o acompanhamento do receptor após a infusão dos hemocomponentes/derivados. Por se tratar de um material biológico sem equivalentes terapêuticos sintéticos disponíveis na atualidade, toda esta cadeia deve ser rigorosamente controlada, e, para tal, a atividade de atrair cada vez mais doadores de sangue em condições saudáveis faz-se crucial^{25; 129}.

Este ciclo representa graficamente o fluxo de informações envolvidas no uso (in)direto do sangue, e é composto por várias etapas. Entre elas estão: a operacionalização da captação do sangue e industrialização de seus derivados; as políticas de controle de qualidade; as estratégias motivacionais para incentivar a doação para manter os estoques em níveis compatíveis com as demandas; a regulação da qualidade e da disponibilidade de material para articulação e efetividade da rede de consumo; o controle das reações e eventos adversos transfusionais e a capacitação dos profissionais atuantes na área²⁵.

Atualmente há 106 países nos quais as políticas acerca do ciclo do sangue são conhecidas, havendo definição de critérios clínicos para o uso do sangue e rede básica para sua captação, processamento, armazenamento e distribuição²². A necessidade de infraestrutura para captar e processar o sangue e selecionar os cinco hemocomponentes (concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco, crioprecipitado e concentrado de granulócitos) e os três principais grupos de hemoderivados (albuminas, imunoglobulinas e fatores de coagulação), com vistas a possibilitar o armazenamento, a distribuição e a transfusão faz com que as instituições de saúde e os hemocentros sejam locais de referência para operacionalizar a política de hemocomponentes e derivados⁷.

Para exemplificar a inserção do profissional enfermeiro no ciclo do sangue, são descritas etapas do processo hemoterápico na perspectiva das possibilidades de suas ações profissionais. Estas ações profissionais incluem e/ou possibilitam a: 1) captação de doadores; 2) coleta de sangue para tipagem e triagem hematológica; 3) realização de tipagem e prova cruzada; 4) processamento, armazenamento e estocagem de hemocomponentes/derivados; 5) indicação de transfusão; 6) punção de um vaso sanguíneo de receptores para coleta de amostra com fins de tipagem e prova cruzada; 7) infusão dos hemocomponentes/derivados e os respectivos cuidados infusionais; 8) remoção do acesso para este fim e 9) cuidados pós-infusionais (imediatos, mediatos e tardios) e os pós-punção e/ou o tratamento de traumas vasculares periféricos. Essas etapas foram esquematizadas na **Figura 12**.

Figura 12: Processo de punção de vasos periféricos para fins hemoterápicos.



Fonte: As autoras.

Para exemplificar como a tecnologia leve se articula com as práticas profissionais nas etapas do processo e na perspectiva da atuação do enfermeiro, a seguir, foram traçadas algumas considerações.

Na fase de captação de doadores, o enfermeiro se insere no sentido de investigar os fatores que motivam as pessoas a doarem sangue¹⁵⁶. Desenvolver ações voltadas para grupos de potenciais doadores constitui uma forma de aplicação de tecnologia do saber para as práticas de grupos sociais¹⁵⁷.

Na etapa do processo hemoterápico que envolve a punção de vasos periféricos e a doação de sangue, o enfermeiro vislumbra, desde 2006, a necessidade de fazer uma releitura das práticas de punção de vasos. Uma vez que o diagnóstico de enfermagem “Risco para trauma vascular” analisa as vulnerabilidades que podem comprometer a integridade de veias e tecidos ao seu redor, a partir da presença de cateteres IV e/ou soluções infundidas³⁰, cabe ao enfermeiro conhecer as situações que o processo hemoterápico envolve, quando desempenhado em tais circunstâncias.

Além do processo de punção venosa periférico, cabe ainda ao enfermeiro assegurar a qualidade do processo de doação, por meio do acompanhamento e monitoração do doador de sangue após a coleta propriamente dita, sendo capaz de assegurar-lhe a contenção de condições adversas, caso ocorram¹⁵⁶.

Na fase de triagem clínica de doadores de sangue, o enfermeiro se insere no cuidado desta população, uma vez que realiza ações de promoção de saúde, pela conscientização e atendimento individualizado que possibilita identificar as suas demandas e lhe oferecer orientações cabíveis¹⁵⁸.

Ainda na consulta de enfermagem, o enfermeiro, ao utilizar um referencial próprio da área, é capaz de estabelecer interação empática a ponto de ser possível a detecção de comportamentos de

vulnerabilidade e/ou manifestações clínicas de doenças, que contraindiquem a prática de doação de sangue¹⁵⁸.

Outro exemplo de articulação da tecnologia leve com as práticas profissionais pode ser descrita no processamento, estocagem e distribuição dos hemocomponentes. É possível identificar que independentemente do tipo de conservante utilizado dentro das bolsas, preconiza-se que o hemoderivado seja armazenado sob temperatura de 4°C, com variação tolerável de $\pm 2^\circ\text{C}$, que esse armazenamento ocorra em câmaras exclusivas para esse tipo de material biológico. A modificação da tecnologia de conservante adotada poderá resultar em um maior ou menor tempo de durabilidade dos hemocomponentes. Por conseguinte, os componentes eritrocitários, que incluem os CHs, devem ser armazenados em temperaturas de 4°C, admitindo variação de $\pm 2^\circ\text{C}$. Uma exceção são as hemácias congeladas, que devem ser mantidas a -65°C , com associação de um agente crioprotetor (glicerol ou amido hidroxilado). Sua validade assemelha-se à do sangue total e, caso seja empregada solução aditiva, a exemplo de CPDA-1 (citrato fosfato dextrose adenina), ACD (citrato ácido dextrose), CPD ou CP2D (citrato fosfato dextrose), ela poderá se estender até 42 dias ⁷.

Outro exemplo é a manipulação de circuito de componente sanguíneo. Há recomendação para que ela seja realizada exclusivamente em cabine de segurança biológica, e, após o circuito ser aberto, ele deverá ser descartado se não for utilizado num prazo de até 24 horas após ser violada a embalagem esterilizada. O Plasma Fresco Congelado (PFC) deve ser armazenado a temperaturas inferiores a -30°C , tendo validade de 24 meses a contar da data da doação. Já o Concentrado de Plaquetas (CP) pode ser obtido do sangue total ou coleta por aférese, devendo ser conservado à temperatura de 22°C , com variação de $\pm 2^\circ\text{C}$, sob agitação constante. Tem validade de três a cinco dias, dependendo do constituinte plastificante da bolsa⁷.

Após sua produção e armazenagem, o manejo e descarte dos resíduos constitui uma questão importante em hemoterapia, visto que compreende a exportação de agentes biológicos para o meio ambiente. Neste sentido, ocorre a necessidade de procedimentos seguros no seu descarte para que agentes hormonais, farmacológicos ou outros produtos químicos não retornem para a comunidade, colocando sua saúde em risco e gerando consequentes gastos com tratamentos terapêuticos em situações evitáveis¹⁵⁹.

A Hemorrede Pública Nacional dispõe de 92% dos serviços aptos ao manejo de seus resíduos, 54% possuem Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) definido, 25% já o implantaram e 28% destes serviços abrigam seus resíduos adequadamente. Sinteticamente, os serviços devem classificar o tipo de produto químico de que fazem uso, os resíduos gerados conforme o atendimento que realizem, desprezando-os de maneira que reduzam ao máximo os impactos no meio ambiente¹⁵⁹. As tecnologias disponíveis e as especificidades envolvidas no processamento do sangue,

nos últimos 80 anos, tenderam a incluir o sistema de hemovigilância como estratégia capaz de impactar as práticas profissionais. No Brasil, esse sistema de hemovigilância teve início em 2000 e objetivou otimizar a segurança em todos os níveis do procedimento transfusional, cujo foco está nos incidentes transfusionais¹⁶⁰.

O advento do HIV levou a mudanças decisivas em hemoterapia, conforme já mencionado anteriormente, como a revisão dos critérios de indicação de transfusões e a triagem epidemiológica, clínica e laboratorial de doadores, tendo impactos sobre o sistema de hemovigilância. Os hemocomponentes processados são liberados para utilização após serem realizados testes imunohematológicos e sorológicos que verificam a sua qualidade, garantindo a segurança ao receptor¹⁶⁰.

Conforme a regulamentação brasileira, há exames de realização obrigatória a serem feitos na amostra de sangue do doador por ocasião da triagem hematológica. Entre eles estão: 1) tipagem sanguínea; 2) determinação de fator Rh; 3) pesquisa de anticorpos irregulares e 4) sorologia para: doença de Chagas, Hepatites tipos B e C, HIV/Aids, HTLV dos tipos I/II e sífilis⁷. Em situações especiais, deve ser feita a sorologia para citomegalovírus, e, em regiões endêmicas, deve ser investigada a parasitologia para malária¹⁶⁰.

Isso se justifica porque a realização de uma transfusão é precedida pela requisição de amostra de sangue do receptor para tipagem ABO e determinação fator Rh com pesquisa de anticorpos irregulares. O processo de retipagem/redeterminação Rh é recomendado nos casos em que se pretende realizar a transfusão de sangue total, CH ou concentrado de granulócitos. Para isso, ocorrerá a seleção de hemocomponentes conforme tipagem; realização de prova de compatibilidade; identificação do hemocomponente preparado e liberação para transfusão¹⁶⁰.

Os testes realizados com finalidade de triagem hematológica têm como características a precisão, a acurácia, a capacidade de repetição de resultados, a rapidez, o custo e a fácil execução. Outra característica inerente aos testes é a sensibilidade. Eles compreendem a capacidade de se detectar de fato se os portadores se encontram em condições requeridas. Os testes tornam-se mais sensível à medida em que produzem menos resultados falso-negativos. Isso porque a especificidade consiste na capacidade de um teste definir indivíduos não portadores da condição investigada. Aqueles com maior especificidade têm menos chance de gerar equívocos ao classificarem pessoas como doentes quando, na verdade, estão sadias¹⁶⁰. São sete os testes realizados nos hemocentros brasileiros que visam assegurar a qualidade do sangue.

A detecção da doença de Chagas é recomendada pela realização de um teste de imunoenzimático de elevada sensibilidade, sendo o ensaio imunoenzimático (EIA) a metodologia de escolha para triagem dos doadores. A pesquisa do vírus da hepatite B no sangue doado é feita a partir do rastreamento de marcadores HBsAg e anti-HBc. O EIA, como no caso da doença de Chagas, segue

como teste mais indicado. Já a infecção por hepatite C é diagnosticada com base na detecção de anticorpos ou RNA viral por metodologias moleculares. Seu método de triagem aponta o EIA de 3ª geração, que reduziu a janela imunológica de 82 para 70 dias¹⁶⁰.

A investigação sobre o HIV no sangue do doador é feita pela detecção do antígeno p24 do capsídeo viral ou de anticorpos presentes no soro ou plasma do RNA viral, com o emprego do método EIA. Para detecção do anticorpo anti-HIV, empregam-se testes de hemaglutinação, imunofluorescência e imunoblot ou Western blot. Já o RNA viral é detectado pelo PCR (Polymerase Chain Reaction), ou TMA (Transcription Mediated Amplification), ou NASBA (Nucleic Acid Sequence Based Amplification) e/ou o bDNA (branched DNA). São então utilizados dois testes que devem investigar antígenos diferentes, aumentando sua sensibilidade. A sorologia de triagem para detecção do HTLV busca os anticorpos anti-HTLV-I e anti-HTLV-II, avaliando-os com a mesma sensibilidade, sendo o EIA o teste mais utilizado¹⁶⁰.

A malária é pesquisada pelo exame da “gota espessa”, QBC® (*quantitative buffy coat*) e por técnicas sorológicas de detecção de anticorpos, a imunofluorescência indireta, o Elisa e o radioimunoensaio. A sífilis é rastreada com base em dois tipos de testes: treponêmicos (EIA, mais sensível), que detectam anticorpos anti-T.pallidum decorrentes da lesão primária da sífilis e não treponêmicos (VDRL *Venereal Disease Research Laboratory*), com menor especificidade que testes treponêmicos, porém de baixo custo. Detectam anticorpos contra a cardiolipina, um antígeno lipídico presente no espiroqueta, também proveniente da lesão primária da doença. E como teste confirmatório da sífilis padrão ouro, há o FTA-Abs (imunofluorescência indireta), no entanto, a recomendação é de que se realize um tipo de teste treponêmico e outro não treponêmico, cabendo ao serviço optar pelo mais conveniente¹⁶⁰.

Considerando que os hemocentros não são diretamente instituições destinadas ao diagnóstico de doenças e sim necessitam assegurar sua ausência, os testes utilizados são muito sensíveis e pouco específicos. Diante disso, caso um teste muito sensível tenha resultado positivo, há a necessidade, do ponto de vista do usuário, de que ele seja repetido, utilizando-se um teste de diagnóstico¹⁶⁰.

Apesar disso, está estabelecido que todos os hemocentros prestem orientações aos candidatos à doação sobre seu diagnóstico detectado e indiquem a necessidade de realização de exames confirmatórios em outra instituição, no caso das doenças triadas¹⁶¹. Isso porque, nos hemocentros, não é obrigada a realização de todos os testes confirmatórios, cabendo ao usuário, devidamente munido de informações, buscar o auxílio necessário em outras instâncias da rede de serviços de saúde¹⁶⁰.

Por conseguinte, as atividades desta área se configuram como um trabalho de caráter científico, contextualizado por características e historicidade, cuja peculiaridade consiste no fato de ser

consumido no ato em que é produzido/desenvolvido, de dar resposta a uma necessidade iminente e por isso não poder ser armazenado. Estabelece-se assim uma relação entre o profissional e o usuário do serviço, a partir da qual haverá a necessidade de se empregarem “ferramentas” para a efetivação do processo de trabalho na área de saúde. Estas ferramentas poderão ser materiais ou não; a exemplo dos conhecimentos e da convivência com os usuários com vistas a desenvolver o processo inserido com a ação profissional⁵⁸.

A concepção adotada na presente investigação remete ao uso dos vasos sanguíneos periféricos para fins hemoterápicos. E, diante do apresentado, o processo de punção de vasos periféricos em hemoterapia está sendo concebido como uma atividade processual, sequencial e contínua, que envolve a abordagem de atores fidelizados e/ou eventos que ocorrerão no processo de doação/transfusão.

Sua realização transcende o ciclo do sangue, na medida em que inclui os cuidados empregados após a realização do processo de punção venosa periférica, como parte integrante do cuidado com o processo de punção de vasos, e permite operacionalizar as etapas descritas anteriormente.

Após a abordagem do processo de punção venosa periférica na presente investigação, faz-se necessário levantar outros recursos a serem utilizados no decorrer do ciclo de obtenção e consumo de hemocomponentes/derivados. Há evidências sobre a inserção do profissional enfermeiro no ciclo do sangue, ressaltando sua importância para a efetivação da coleta de sangue, focando os conhecimentos técnicos especializados envolvidos em prol da manutenção de condições favoráveis à vida. Outras ações destacadas são o ato de educar, pela garantia de condições que favoreçam a tomada de decisão em torno do processo hemoterápico, a organização do trabalho e recursos humanos empreendidos¹⁶².

Para a efetivação da integração das perspectivas tecnológicas empregadas no processo de punção venosa periférica em hemoterapia, faz-se necessário resgatar os recursos materiais próprios ao procedimento, enquanto compreendidos como tecnologias duras⁵⁸.

3.3.3 Tecnologias Duras

A abordagem do tratamento hemoterápico e as modificações ocorridas nos últimos 75 anos a respeito de tecnologias inseridas para sua operacionalização, quando aliadas ao uso de vasos periféricos e/ou centrais, possuem contornos e peculiaridades que requerem uma revisita aos conhecimentos da contemporaneidade. Isso com abordagem dos recursos materiais utilizados e das habilidades profissionais requeridas na perspectiva do processo de doação de sangue, de recepção de

hemocomponentes/derivados, de punção de vasos periféricos e/ou centrais e da ocorrência de possíveis manifestações de trauma vascular^{25; 29}.

As atividades assistenciais à saúde, enquanto trabalho orientado por conhecimentos científicos, podem ser consideradas como produtivas, na medida em que são capazes de modificar um estado inicial de um usuário que busca por atendimento, tendo ou não satisfação em sua condição de saúde e sendo ou não capaz de perceber sua(s) demanda(s) de cuidados⁵⁸.

Conectar as tecnologias do tipo leve às duras, partindo do pressuposto de que todos os exames realizados no contexto de um hemocentro requerem a análise sanguínea e considerando que o processo de punção de vasos periféricos constitui a opção insubstituível para captação desse componente no processo de doação/transusão, a abordagem do material utilizado para operacionalizar o processo de punção de vasos pela equipe de enfermagem requer uma releitura, compreendendo-a como uma ferramenta tecnológica⁵⁸.

Isso porque o surgimento de intercorrências no processo de punção de vasos periféricos e de repercussões negativas é um dos componentes que podem afetar a tomada de decisão do doador em potencial em se fidelizar no processo de doação. Podem impactar os estoques de hemocomponentes/derivados disponíveis, caracterizando-se um problema de saúde pública^{26; 29; 146}. Esta é mais uma das razões que respaldam a relevância da realização da presente investigação.

Considerando que o processo de punção de vasos periféricos inclui as pessoas que terão suas veias puncionadas e os profissionais que realizam o procedimento técnico, pode-se considerar a relação dialógica entre profissional e doador/receptor de sangue como um fator interveniente sobre a percepção do processo pelos usuários.

Na perspectiva da prática de punção venosa (indispensável ao atendimento de pessoas com estado de saúde agravado), surgiu a matriz primitiva de um equipamento para infusão de líquidos por via endovenosa, cujos conceitos e protótipos vêm sendo aprimorados na contemporaneidade⁹.

O processo em que é consumido o trabalho morto (dos recursos tecnológicos) e a atuação viva de seus operadores compreendem as tecnologias duras. O ato de manusear os equipamentos e instrumentais próprios, bem como o raciocínio empregado em sua utilização, caracteriza esta modalidade tecnológica⁵⁸.

Em hemoterapia, é necessária uma diversidade de equipamentos e recursos tecnológicos a serem empregados, motivando o controle e a manutenção destes, bem como sua eficiência para o atendimento dos propósitos terapêuticos. Isso justificou a criação dos departamentos de “engenharia clínica” nos centros de excelência de pesquisa em saúde que passaram a ser responsáveis por projetar e selecionar as tecnologias; realizar treinamento de operadores, inspecionar seu uso e desempenho, assegurando adequada utilização¹⁶³. Motivou também os profissionais que lidam com as situações

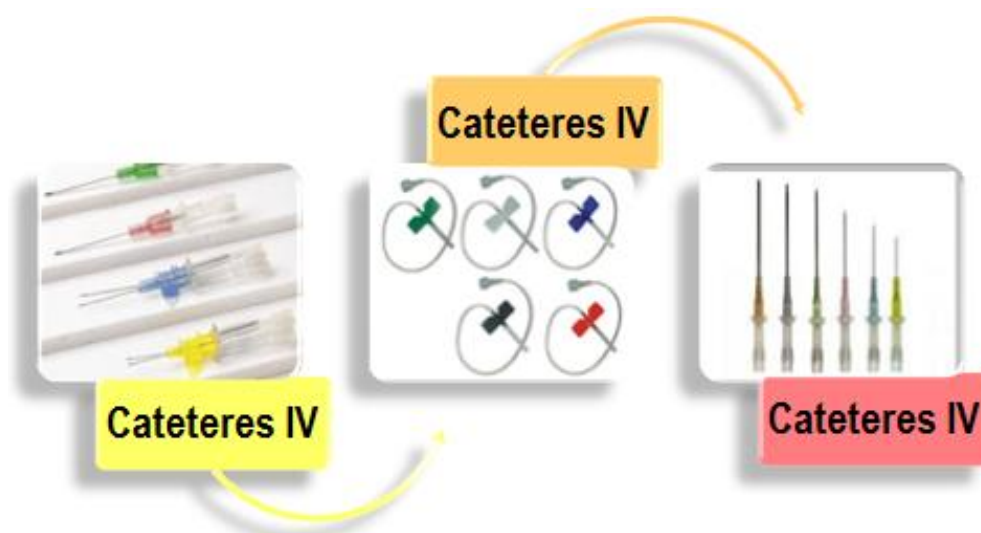
investigadas a identificarem as lacunas em equipamentos e recursos tecnológicos no sentido de realizarem empreendimentos, a exemplo do gabinete de empreendedorismo liderado por enfermeiro¹⁶⁴.

Para a concretização da ação prática do processo de punção venosa em hemoterapia, bem como obtenção do sangue doado, seu armazenamento e sua administração em pessoas em situação de transfusão, é necessária a utilização de recursos categorizados como tecnologias duras⁵⁸. Com relação aos recursos tecnológicos a serem empregados em hemoterapia, foram abordados os materiais necessários ao processo de punção venosa periférica que marcam tanto o ato de doação de sangue quanto o ato de transfusão de hemocomponentes/derivados.

Os cateteres IV, essenciais ao processo de punção de veias, consistem em tubos que são inseridos em ductos ou vasos, possibilitando drenagem ou infusão de fluidos na rede vascular do indivíduo. Em geral, os cateteres IV para punções periféricas possuem diâmetro “fino” e a escolha preferencial se dá por aqueles confeccionados com material flexível agulhado, com ou sem dispositivo de retração da agulha ao serem utilizados¹⁶³.

Eles são constituídos de materiais biocompatíveis (teflon) radiopacos (visível em imagens de raios-X), possuem características termossensíveis, são compatíveis com o conteúdo sanguíneo, tromborresistentes, ultraflexíveis e inertes, impedindo a incidência de flebite de origem mecânica¹⁶³.

Figura 13: Cateteres IV de inserção periférica.



Fontes das imagens: <http://www.docsavings.com/items/4057.html> ; http://www.hospitalardistribuidora.com.br/e-commerce_site/produto_6398_4241_SCALP-DISPOSITIVO-PARA-INFUSAO-INTRAVENOSA e <http://catalogohospitalar.com.br/cateter-venoso-periferico.html> .

Os sítios anatômicos nos quais sua inserção ocorre mais frequentemente são: veias basilícas, cefálicas, da fossa antecubital, do antebraço (cefálica, basilíca, cubital mediana), safenas (cujo uso é restrito, devido aos riscos inerentes), magna e marginais medianas e do couro cabeludo (no âmbito da

neonatologia)¹⁶³. São indicados para atender às necessidades terapêuticas de curto prazo e para nutrição por via parenteral e têm como vantagens o menor custo em relação aos acessos venosos centrais e maior segurança na utilização. Como desvantagens, apresentam a incidência de flebites e limitação de uso conforme característica da solução (pH e osmolaridade)^{163; 165; 166}.

Entre os tipos de cateteres IV, há recomendação de utilização de cateteres venosos periféricos e cateteres curtos para viabilizarem as transfusões sanguíneas, entre outras finalidades (infusão de medicamentos e contrastes para exames, etc.). Os cateteres curtos e flexíveis possibilitam que a cânula permaneça no interior do vaso após terem o mandril rígido metálico retirado no ato da punção. Por isso eles apresentam menor chance de desencadear transfixação dos vasos, dor por extravasamento de líquidos, além de assegurar mobilidade do membro puncionado e segurança na infusão quando comparados aos cateteres agulhados metálicos. Estes cateteres apresentam como desvantagem a possibilidade de fratura durante a punção ou após sua inserção, uma vez que têm maior durabilidade, são susceptíveis de desencadear infecções, infiltração, oclusão e gerar flebite¹⁶³.

Cabe mencionar que as flebites são marcadores da qualidade na execução do processo de punção venosa periférica, havendo relatos para restrição de cateteres cujo diâmetro for próximo ao do vaso, de fixação inapropriada, quer seja por uso de material pouco aderente, irritante, não estéril, quer seja por uso de material que dificulte a visualização do sítio de inserção e áreas adjacentes¹⁶⁵. Há recomendações para cuidados adicionais durante a mobilização da pessoa em uso de cateter e para as condições de higiene e restrição de umidade local⁸.

Os escalpes são cateteres IV agulhados, feitos de aço inoxidável e são indicados para terapias de curta duração (inferior a 12 horas), administração de medicações IV em bólus ou para coleta amostral de sangue. Podem ser utilizados em pessoas sensíveis ao teflon, no entanto, a mobilidade do membro fica comprometida devido à permanência da agulha no interior do vaso, aumentando chances de extravasamento, transfixação e novas punções. Excepcionalmente, em situações em que haja restrição de punções de vasos, o usuário já esteja em uso do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) ou de cateteres de longa permanência, os mesmos poderão ser utilizados para infusão de hemocomponentes¹⁶³.

Os PICCs são feitos de material siliconado ou poliuretano, possuindo características semelhantes às dos cateteres periféricos curtos já mencionados, e podem ser implantados por até seis meses. Eles podem ter mono ou duplo lúmen, são indicados para terapias de longo prazo em antibioticoterapia, quimioterapia, transfusões sanguíneas, anticoagulação, terapia analgésica, vasopressora ou nutricional via parenteral, coletas sanguíneas e aferição de Pressão Venosa Central (PVC). Suas desvantagens são a complexa inserção que deve ser realizada por profissional devidamente habilitado, o risco de complicações infecciosas e o alto custo¹⁶³.

Os cateteres IV de curta ou longa permanência são indicados preferencialmente na viabilização de terapia renal crônica substitutiva em situações agudas¹⁶³. Uma vez situado o procedimento transfusional no processo hemoterápico, bem como sua evolução histórica e tecnológica, faz-se necessário situar a perspectiva do usuário que será o foco de sua realização pelo recebimento dos hemocomponentes/derivados.

O emprego destes recursos não está desvinculado dos outros tipos tecnológicos, uma vez que a utilização de recursos materiais envolve ações de julgamento baseadas em conhecimento técnico e prático⁵⁸. A aquisição de tais habilidades pelos profissionais é progressiva e proporcional a sua atuação laboral e sua vinculação com evidências científicas, o que lhes conferirá, com o passar dos anos, habilidades e perícia técnica¹⁶⁷.

Os cateteres IV utilizados no processo de punção venosa viabilizam o acesso à rede vascular do receptor de transfusão, mas, para que o hemocomponente/derivado atinja a corrente sanguínea do indivíduo, são necessários equipos com peculiaridades capazes de atender às especificidades do processo hemoterápico. Eles promoverão a conexão entre o cateter e a bolsa/recipiente contendo o insumo sanguíneo¹⁶³.

A especialidade referida como necessária aos equipos empregados em procedimentos transfusionais consiste na existência de filtros que sejam capazes de reter coágulos sanguíneos ou agregados celulares. Tais dispositivos devem garantir que a transfusão ocorra de maneira a eliminar o contato do conteúdo infundido com agentes pirógenos⁷. Por isso, são utilizados equipos com filtros. A finalidade é que eles sejam capazes de reter substâncias de 170 μ e agregados de células sanguíneas, garantindo a segurança do procedimento transfusional²⁵.

As indústrias médico-cirúrgicas disponibilizam atualmente alguns tipos de equipos para atender às especificidades da transfusão sanguínea (**Figura 14**). Cabe ao serviço de saúde traçar políticas e dispor de serviço de controle de qualidade para subsidiar suas escolhas em relação ao material ou insumo crítico, compreendido como capaz de influenciar a qualidade dos serviços prestados, a serem adotados institucionalmente em consonância com a legislação vigente⁷.

Figura 14: Exemplos de equipos com filtro para transfusões sanguíneas, disponíveis na indústria de produtos de saúde.



Fonte: <http://www.portal.cremer.com.br/site-corporativo-cremer/negocios/divisao-consumo/visualizar-produtos.html?productId=406ce06b6cfb49519b81219ab4c748ff> e <http://www.primecirurgica.com.br/produto/equipo-para-transfusao-sanguinea-sangue-com-camara-dupla-150-cm-ref-0401g-embramed/>, respectivamente.

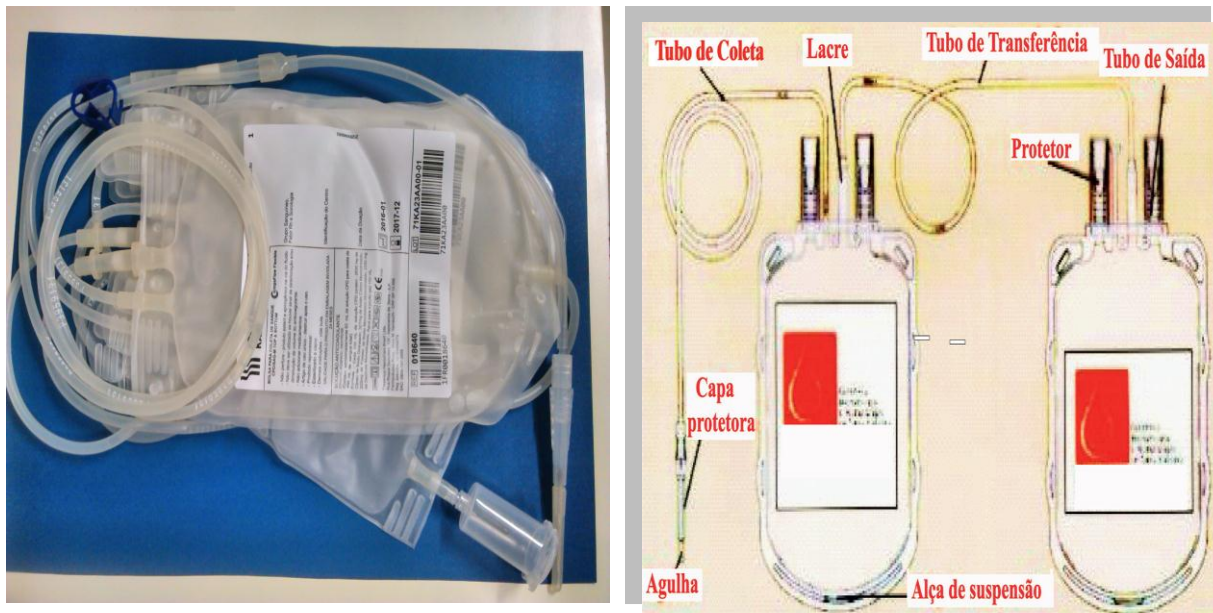
Para realizar a conexão da bolsa de hemocomponentes com o cateter IV, são utilizados conectores do tipo *luer lock*. Eles favorecem a redução de casos de embolia na medida em que possibilitam mais contato entre as estruturas envolvidas, além de serem de uso único. A exigência de tais requisitos para os conectores é respaldada pela necessidade de assegurar o estabelecimento de padrões mínimos de segurança e garantir qualidade às práticas transfusionais¹⁶⁸.

Outro aparato necessário às práticas transfusionais são as bolsas plásticas estéreis, descartáveis e utilizadas para armazenamento do sangue. Elas contêm soluções conservantes que permitem o armazenamento de até 450mL de sangue. A normatização técnica para Boas Práticas de Fabricação (BPF) é determinada pela Anvisa, desde 1999¹⁶⁹. Estas bolsas possuem vantagens de terem baixo peso e pequeno volume, fato que facilita sua estocagem, transporte, além de serem resistentes a impactos externos. Tais características não dispensam o manuseio cuidadoso delas pelos profissionais¹⁶³.

Entre as especificações que as bolsas devem ter, destacam-se: 1) ser constituídas de material transparente, incolor, apirogênico e atóxico; 2) estar estáveis química, física e biologicamente, impedindo contaminação por microrganismos; 3) não interagir quimicamente com o hemoderivado; 4) conterem um volume mínimo de ar, que possibilite o fracionamento dos hemocomponentes posteriormente, 5) ser confeccionadas com pinça, impedindo a contaminação do sangue durante a coleta e, simultaneamente, garantindo a vedação do sistema; 6) ser adaptáveis às centrífugas usuais e 7) possuir meios que permitam seu posicionamento de forma a compatibilizar com a coleta e infusão sanguíneas¹⁶³.

A expressão “bolsa plástica” se refere ao recipiente completo, composto de tubo de coleta e agulha, tubos de saída, soluções anticoagulantes ou conservantes, os tubos de transferência e demais recipientes associados¹⁶³, quando houver, conforme apresentado na **Figura 15**.

Figura 15: Sistema múltiplo de coleta de sangue em fotografia e em esquema.



Fonte: Acervo fotográfico das autoras.

Fonte: Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil. MS. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 629 p. 2010.

As bolsas podem ser do tipo simples, quando usadas para acondicionar sangue total, ou múltiplas, quando uma bolsa matriz for conectada por tubos a outras bolsas satélites¹⁶³.

Uma tecnologia ligada às bolsas são os conservantes, que, de acordo com o tipo utilizado, haverá modificação no tempo de validade do hemocomponente armazenado. Nesse sentido, após coletado, o sangue total que for preservado com solução aditiva terá validade de até 42 dias. Se utilizado conservante CPDA-1, o tempo de validade será de até 35 dias. E, quando utilizados ACD, CPD e CP2D, o tempo de validade será de até 21 dias⁷.

Cabe acrescentar que, independentemente do tipo de conservante utilizado, ele direciona ações práticas a serem adotadas pelos profissionais, conforme mencionado na tecnologia leve. A conservação dos hemocomponentes e o seu tempo de validade podem ser medidos pelo conservante adotado e o tipo de elemento fracionado⁷. Os conservantes são um exemplo de tecnologia dura e, de acordo com a escolha do tipo de conservante, este poderá impactar as práticas profissionais.

Abordar as tecnologias aplicadas à obtenção do sangue, sua utilização e processamento faz-se pertinente para contextualizar o surgimento de necessidades da prática hemoterápica, bem como das

condutas preconizadas no intuito da prestação da melhor assistência à saúde de doadores e receptores no decorrer do ciclo do sangue.

Após apresentar as questões políticas e tecnológicas do processo de doação de sangue, mostra-se a necessidade de abordar o reconhecimento de respostas humanas do doador diante do processo de punção venosa para a captação do sangue, enquanto ação proposta pela enfermagem na forma do diagnóstico: “trauma vascular periférico”³⁰.

Por se tratar de uma questão que repercute sobre a segurança da prática transfusional, existem parâmetros técnicos a serem observados ao se empregarem aparatos tecnológicos em hemoterapia e que envolvem os recursos materiais empregados no processo hemoterápico, caracterizando a aplicação destas tecnologias duras⁵⁸.

Finalizada a discussão sobre o conhecimento profissional de enfermagem no processo hemoterápico e as práticas laborais e os recursos materiais empregados sob a perspectiva das tecnologias de saúde, faz-se necessário analisar a pertinência da aplicação do referencial teórico das Representações Sociais (RS) e sua aproximação com a temática abordada.

3.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICAÇÃO PARA O PROCESSO HEMOTERÁPICO

A seguir, serão apresentados os fundamentos teóricos e metodológicos que embasam a adoção do referencial destinado a complementar a fase qualitativa desta investigação. A investigação de fenômenos de origem social compreende uma tarefa complexa e exaustiva, devido ao fato de estes serem influenciados por uma conjunção de fatores metodológicos distintos. Quando se almeja compreender conceitos e valores elaborados socialmente por um grupo com semelhanças particulares entre si sobre um objeto específico, tem-se uma tarefa igualmente desafiante no campo da Teoria das Representações Sociais (TRS)^{170; 171}.

No que tange à temática da TRS, destaca-se o nome de Serge Moscovici, referenciado como pesquisador da área social que buscou a compreensão da origem de conhecimentos sociais, bem como de seus processos de construção e suas repercussões sobre as práticas desenvolvidas a partir destes, de uma forma geral. Em sua abordagem, Moscovici buscou conhecer como as ideias se formavam dentro de grupos contextualizados e como modificavam as ações destes¹⁷².

Num resgate e ampliação da discussão sobre “representações coletivas” propostas inicialmente por Émile Durkheim, Moscovici desenvolve o conceito das RS, podendo ser sintetizado em três aspectos. São eles: 1) elas constituíam um “intermediário” entre o conceito de psicanálise e sua prática para a coletividade francesa; 2) as RS divergiam para os componentes sociais, sendo afetadas

pelos sentidos compartilhados e por seus contextos de inserção e 3) a familiarização e conseqüente representação de objetos, até então incógnitos para o grupo em questão, dá-se a partir de um processo de “ancoragem” destes, sendo sucedido por sua “objetivação”, em que estes fenômenos apresentados são associados a imagens concretas e significativas para seu contexto, constituindo-se assim sua representação¹⁷².

Em suas obras posteriores, Moscovici retratou a relevância da participação de individualidades, ainda que minoritárias, dentro da organização social, e das contribuições sociais de seus atos, sendo a sociedade impulsionada a partir de suas representações. Construir representações sociais possibilita estratégias para o ser humano lidar com situações inerentes à vida, auxiliando-o a ver e compreender o que está ao seu redor, tornando-se pertencente à sociedade, reconhecido como semelhante, dados os processos culturais de aproximação com fenômenos até então desconhecidos, constituindo-lhe identidade grupal^{172; 173}.

Moscovici observou que as concepções de opiniões, imagens e atitudes não consideram a função de interações entre os indivíduos, sendo os grupos vistos de modo estático, por selecionarem e lançarem mão de informações que permeiam a sociedade, e não necessariamente produzirem-nas¹⁷⁴. As RS são consideradas mais do que opiniões ou imagens de um dado objeto, constituindo por isso teorias plurais sobre sistemas dotados de lógica e sistemas de códigos peculiares, com implicações embasadas em valores que subsidiam condutas admissíveis em nível coletivo¹⁷⁵.

Neste sentido, Moscovici conceitua representação social como sendo um conhecimento peculiar com a função de construção e regência de comportamentos. Possibilita a comunicação e interação entre indivíduos, por constituírem grupos com conexões e trocas cotidianas pelo compartilhamento de ideias a respeito de um determinado objeto. Ao perceber que os julgamentos pertencentes aos universos das representações se organizam diferentemente conforme classe social, culturas ou grupos, Moscovici apresenta as dimensões que levam à compreensão geral de seu conteúdo e significado¹⁷⁴.

As possibilidades de aplicação das RS são apontadas como capazes de favorecer a recuperação de características sociais em três aspectos: 1) viabilizar a especificação de características subjetivas implicadas à saúde, de modo a não se opor à objetividade de campo e de objeto; 2) conceber a interação coletiva-individual como algo dialético, no qual o subjetivo não é reconstruído sem seu retorno ao social e 3) possibilitar o pensamento de saúde enquanto objeto holístico, a partir de uma característica de conhecimento natural partilhado socialmente¹⁷⁶.

As RS têm como finalidade a categorização de objetos coletivos, caracterizados pelo convívio social entre os participantes, bem como a existência de aspectos comuns entre estes, possibilitando tanto a interpretação de tais objetos, quanto a reação do indivíduo diante dos mesmos¹⁷⁷.

Segundo Moscovici, as RS constituem uma forma de conhecimento, uma vez que explicam os fenômenos de caráter social, possuindo finalidade avessa ao cientificismo. O conhecimento científico movimenta-se em sentido oposto, ao buscar a complexidade dos fenômenos que, até então, soam como familiares e conhecidos¹⁷⁴.

Para Doise, as RS possuem papel de destaque nas relações sociais, desempenhando as seguintes funções: 1) função de seleção, que significa a distinção realizada entre os conteúdos essenciais às relações sociais desempenhadas daqueles conteúdos secundários; 2) função de justificação, que defende o posicionamento desfavorável de outro grupo em relação a um determinado objeto, no ato de sua interação e 3) função de antecipação, na qual se faz presente a influência das RS sobre o desenvolvimento das interações sociais. As RS se antecipam no sentido de intervir sobre as relações sociais, e não apenas adaptando-se a modelos já existentes¹⁷⁸.

São destacadas quatro finalidades das RS: 1) a função de saber, uma vez que elas servem para que os indivíduos compreendam e expliquem os fenômenos reais que vivenciam; 2) a função de orientação, sendo que a reflexão possibilitada pelo saber tem impacto em sua ação; 3) a função identitária, que permite ao grupo social posicionar-se diante de outros grupos, contextualizando-os socialmente e 4) a função de justificação, que explica e justifica seu posicionamento diante do objeto representacional¹⁷⁸.

São quatro as dimensões das representações sociais, a saber: 1) atitude, correspondendo à inclinação geral (favorável ou não) ao objeto representacional; 2) informação, que remete aos conhecimentos existentes e compartilhados sobre o objeto; 3) imagem ou campo representacional, que associa ao conteúdo real, permeado por proposições sobre um aspecto fundamental do objeto, a ideia de uma imagem, pressupondo relações hierarquizadas entre seus elementos¹⁷⁵, e 4) Valorativa, nela busca-se o sentido de simbolizar ações e situações que podem se tornar comuns. A linguagem utilizada traz a RS de um objeto para um verdadeiro fluxo de informações, atribuindo-lhe metáforas capazes de projetarem-na simbolicamente¹⁷⁹.

Ao se deparar com algo desconhecido, o indivíduo desenvolve mecanismos em essência psicológicos e sociais. Neste sentido, ocorrem os processos de objetivação e ancoragem, nos quais será dado um sentido para algo estranho, a fim de familiarizá-lo com a realidade. A objetivação consiste no instante em que o desconhecido torna-se algo concreto, fazendo com que as ideias relacionem a ele de forma objetiva/concreta¹⁷⁵.

A ocorrência da objetivação pode incluir três fases: 1) seleção e contextualização, nas quais os indivíduos apropriam-se de conhecimentos culturais do grupo para favorecer a construção da realidade; 2) formação de núcleo figurativo, em que são acessadas informações prévias para a compreensão do

novo e 3) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, na qual o conceito se concretiza, passando a ser considerado como pertencente à realidade¹⁸⁰.

Já o processo de ancoragem refere-se à associação do desconhecido ao familiar, recebendo “nome”, com capacidade de imaginação e posterior representação. A naturalização do conceito viabilizada pela objetivação é remetida a imagens, favorecendo a construção dos registros referentes à ideia representada¹⁸⁰.

O conhecimento ancorado possibilita a familiarização com o “novo”, tornando-o um conhecimento apto a influenciar pessoas e constituindo-se em verdade que passa a ser adotada pelo grupo. Ele compreende julgamentos de valores, possibilita categorizações e atribuição de significados¹⁸⁰.

O movimento de construção e reconstrução das representações por reciprocidade é influenciado pelo ambiente no qual elas foram geradas e se desenvolveram, e também exerce influência sobre elas, na medida em que se tornam conhecidas pelo grupo. Esse movimento possibilita novas interpretações da realidade e o surgimento de novos conceitos que passam a direcionar e reger a ação de um determinado grupo social¹⁷⁴.

Pelo fato de as respostas humanas serem complexas, envolverem variações e serem influenciadas pela subjetividade das pessoas e de seus contextos, reafirma-se a dificuldade de se identificar as representações sociais de um grupo. A presente investigação busca explicitar essas subjetividades a fim de que se compreenda uma dada realidade e se obtenha alicerce para a estruturação do processo decisório de enfermagem.

Nesse sentido, as abordagens processual e estrutural são utilizadas nesta pesquisa, por meio da triangulação de técnicas, de coleta e de análise dos resultados¹⁸¹, no intuito de maximizar conteúdos que possam exprimir quais são as respostas humanas de grupos socialmente contextualizados a partir da explicitação da origem, composição, hierarquia e sistema interinfluenciável das representações realizadas por eles.

Do ponto de vista do método, a utilização das abordagens processual e estrutural permitirá realizar uma análise integradora e convergente da abordagem qualitativa com a quantitativa no contexto do método misto¹⁸², por captar a dimensão subjetiva das respostas humanas de um grupo socialmente contextualizado representado pelo binômio doador e profissional a respeito do processo de punção de vasos, da doação de sangue e transfusão de hemocomponentes.

O estudo da TRS retomado por Moscovici é explanado por Denise Jodelet, que traz o conceito da sua abordagem processual, na qual os fenômenos cognitivos impõem aos elementos pertencentes da sociedade uma série de consequências de ordem afetiva e/ou normativa. A internalização de

situações de práticas ou de vivências, bem como exemplos de pensamentos e ações, socialmente compartilhados, configura a inclusão social destes¹⁷³.

Seu estudo confere colaborações para situar os pesquisadores no campo do desenvolvimento das atividades de conhecimento sobre as perspectivas no campo mental, individual ou coletivo. A partir daí, há o apoderamento da realidade extrínseca à das elaborações mentais e psicológicas da realidade social das RS que poderá se configurar como produto e processo simultaneamente¹⁷³.

O foco de interesse nesta abordagem reside nos processos constituintes, nas essências e nos resultados do pensamento de caráter social. A captação das representações sociais nessa abordagem pode utilizar a apreensão dos discursos dos participantes e sua aplicação pode ocorrer por meio da utilização de questão norteadora semiestruturada¹⁷³.

Ao aproximar a abordagem processual para o conteúdo do processo de punção venosa periférica para fins hemoterápicos, o que se busca é conhecer dimensões coletivas da origem das respostas humanas. Essas informações são capazes de subsidiar o enfermeiro na estruturação de um cuidado direcionado para as necessidades de indivíduos e grupos sociais.

A abordagem estrutural da TRS, segundo Abric, busca atribuir alguma estrutura para os elementos representacionais identificados a partir das evocações, qualificando-os, assim como suas relações estabelecidas no conjunto¹⁷⁸. Por isso, a RS consiste em um conjunto de julgamentos, opiniões, crenças, atitudes e informações desenvolvidas por um determinado grupo socialmente constituído acerca de um objeto. Por ser resultado de uma apropriação da realidade socialmente produzida, é influenciada por valores socioideológicos, históricos e simbólicos pertencentes ao contexto no qual se desenvolve, a ponto de afetar a visão de mundo do grupo¹⁷⁴.

A realidade do objeto é reconstruída e substituída por uma representação ligada a ela. Os membros do grupo social apropriam-se desta realidade produzida, internalizando-a e gerando uma visão coletiva que é socialmente aceita e compartilhada¹⁷⁴.

No intuito de elucidar a abordagem estrutural, Abric apresenta sua Teoria do Núcleo Central, na qual a RS se constroi com base em um subsistema duplo: central e periférico. O núcleo central nesta organização pode se constituir de uma ou mais unidades, conferindo significado à representação, e o núcleo periférico configura-se como elemento estruturante, agregando suporte à sua base¹⁷⁸.

Assim, a Teoria do Núcleo Central pode, por analogia, ser comparada à estrutura de um átomo segundo a Teoria de Bohr²⁰, de um corpo humano, ou de um abacate (**Figura 16**).

Figura 16: Analogias entre a estrutura do núcleo central com as estruturas do Átomo, do corpo humano e de um abacate.



Fonte das imagens: <http://vivenciasmiticas.blogspot.com.br/>; <http://espacoalphacp.blogspot.com.br/2012/06/cura-atraves-da-mente-estamos-vivendo.html> e www.curapelanatureza.com.br, respectivamente.

Independentemente da analogia utilizada, o que se pretende é demonstrar a existência de suas instâncias conectadas, sendo uma central e outra periférica, que são indissociáveis. Esta última tem a função de proteção para a dimensão central¹⁸³.

Neste sentido, o sistema central ou nuclear tende a conceder função relevante para a RS, organizando significados a ponto de ditar ações para sua manutenção. Isso porque o núcleo central desempenha funções, tais como: 1) geração, possuindo os elementos pelos quais se origina e modifica a representação; 2) organização, estabelecendo a natureza das associações entre os demais elementos representacionais e 3) estabilidade, possuindo os elementos mais resistentes às mudanças. Já o subsistema periférico tem as seguintes funções: 1) conectar núcleo central e contexto; 2) permitir a maleabilidade e adaptações das representações às modificações ocorridas no meio social e 3) resguardar a longevidade da representação. É possível que haja elementos no núcleo periférico que atuem em sua constituição, conferindo maior diversidade de conceitos em relação ao grupo¹⁸⁰.

Segundo Abric, por se tratar de uma análise complexa, permeada por diversos conhecimentos, associados a aspectos de ordem cognitiva e social, a abordagem estrutural das RS requer distintas estratégias metodológicas e consequentes instrumentos para obtenção de dados. Este método de investigação irá recorrer à associação de aspectos ora da abordagem qualitativa, ora da quantitativa, conferindo caráter de pesquisa o método misto¹⁸⁴.

Em síntese, a abordagem estrutural prevê a constituição do núcleo central dos elementos representacionais, conferindo-lhe organização e coesão, sendo dependente da natureza do objeto investigado. E, ao seu redor, estarão os componentes periféricos, que favorecem os caminhos conceituais de sua construção¹⁸⁰.

A escolha pela inclusão da abordagem estrutural justifica-se pela possibilidade de identificar comportamentos, atitudes, informações, conhecimentos, valores e imagens que retratam como os participantes concebem o processo de doação, captação e punção de vasos periféricos para fins hemoterápicos na perspectiva dos doadores de sangue e profissionais que puncionam veias.

4 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, foram descritas a trajetória metodológica e as técnicas para operacionalização da presente investigação.

4.1 DELINEAMENTO

Pesquisa delineada no método misto, composta de abordagens quali-quantitativas, nas quais os dados foram coletados de forma sequencial e associada com análise integradora para que se pudesse responder às questões de investigação¹⁸⁴.

O método misto permite a reunião de expansão e profundidade, de análise e compreensão obtidas somente pela aproximação de abordagens com princípios distintos, mas que podem se complementar. Nesse sentido, os métodos, técnicas e análise de dados obtidos de fontes distintas se complementam e possibilitam responder com mais propriedade às questões de investigação com coerência. É possível ainda que a união de resultados provenha de uma ou várias pesquisas com origem em uma mesma linha investigativa¹⁸⁴.

A utilização dos métodos mistos vem sendo retratada em pesquisas de diversas áreas, predominando entre as ciências sociais. No entanto, vê-se a participação da enfermagem com investigações abrangentes sobre os processos de trabalho dos profissionais da área, possibilitadas pela triangulação de métodos ora quantitativos, ora qualitativos^{185; 186; 187}.

Esta análise integradora de dados possibilita a convergência de evidências para o atendimento dos propósitos da pesquisa, diferindo da utilização pontual de abordagens quantitativas em um momento da pesquisa, e da abordagem qualitativa em outro momento. Cabe considerar que a utilização de múltiplas abordagens em momentos distintos da pesquisa de forma isolada é insuficiente para caracterizar uma pesquisa como delineada no método misto¹⁸⁴.

Nesta investigação, foram compilados os resultados obtidos de duas instituições com focos de assistência específicos e diferenciados na prestação de um mesmo serviço de saúde à população na especialidade da hemoterapia. Buscou-se detectar suas especificidades no processo de punção venosa realizado, sob a perspectiva da manifestação de trauma vascular periférico e contemplando o período de doação e transfusão. Cabe mencionar que os delineamentos descritos anteriormente visaram captar dimensões distintas do objeto de investigação para que se pudesse ter subsídios para responder às indagações e objetivos da investigação.

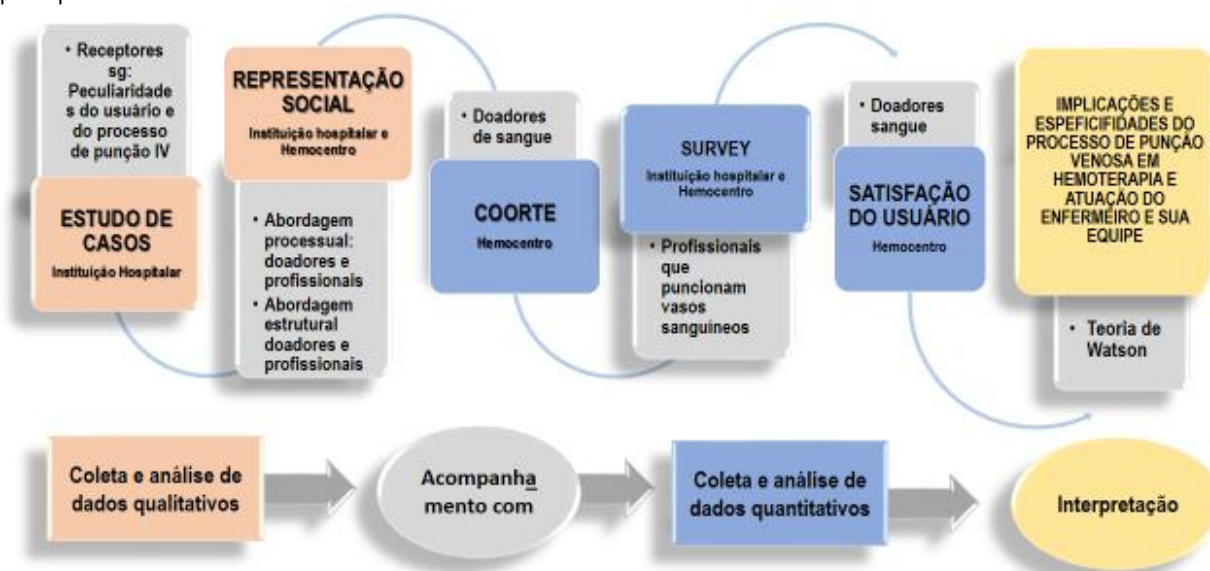
Extraiu-se do fenômeno complexo que abrange o processo de punção venosa o objeto desta pesquisa², para o qual se pretendeu evidenciar a provável representação social de doadores de sangue

para o ato voluntário da doação e de profissionais de saúde acerca do ato de punccionar pessoas nestas condições específicas vivenciadas em hemoterapia.

Diante do exposto foi possível categorizar o método misto como sendo do tipo projeto sequencial explanatório, ou seja, aquele em que ocorre a coleta e a análise dos dados em uma abordagem com acompanhamento de coleta e análise de dados de outra abordagem com vistas a possibilitar sua interpretação de forma integral¹⁸⁴.

Para elucidar a trajetória adotada, constam na **Figura 17** as etapas operacionais utilizadas na presente investigação, cuja análise final visa subsidiar a resposta de quais são as implicações e especificidades do processo de punção venosa em hemoterapia e quais são as possibilidades de atuação do enfermeiro e sua equipe nessa área de conhecimento.

Figura 17: Esquema ilustrativo da convergência de abordagens dentro do método misto, segundo cenário e segmento de participantes.



Fonte: As autoras.

Conforme consta, foram utilizados cinco delineamentos, a saber: estudos de caso (realizado somente na instituição hospitalar - abordando usuários receptores de sangue); representação social (realizada na instituição hospitalar e no hemocentro, incluindo a participação de profissionais e doadores de sangue); coorte prospectiva (realizada no hemocentro com a participação de doadores de sangue); *survey* abordando a satisfação do usuário (realizado no hemocentro com a participação de doadores de sangue) e reflexão teórico-filosófica sobre implicações dos dados gerais para o processo de punção de vasos e a atuação do enfermeiro e sua equipe em hemoterapia.

Por compreender uma investigação estruturada a partir do método misto, incluindo o emprego de abordagens ora qualitativas, ora quantitativas, os delineamentos foram descritos segundo a sua abordagem. A pesquisa do tipo estudo de caso tem os alicerces de sua aplicação nas ciências sociais

e humanas com vistas a favorecer abordagens compreensivas nas quais as peculiaridades dos casos favoreciam a apreciação e identificação de variáveis de interesse dentro de uma temática¹⁸⁸.

O estudo de caso consiste em “uma investigação empírica que busca elucidar um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”. Ele pode ser descritivo, explanatório e exploratório e possuir como características a especificidade, pluralidade, contemporaneidade e análise intensiva¹⁸⁸.

Na presente investigação, os estudos de casos serão utilizados para caracterizar as especificidades do processo de punção de vasos para fins hemoterápicos em condições previamente determinadas, ou seja, com características de especificidade e análise intensiva.

As RS de doadores de sangue e profissionais que puncionam veias para fins hemoterápicos foram investigadas segundo a abordagem processual na proposta de Serge Moscovici¹⁷⁴. Houve complementação da apreensão das RS do binômio usuário-profissional a partir da triangulação de métodos, pelo emprego da abordagem estrutural, segundo proposta de Abric¹⁸⁹. Com relação à coorte prospectiva com doadores de sangue, esta visou à identificação da incidência de trauma vascular nesta população, a partir do seu acompanhamento após o procedimento de doação de sangue.

Para a análise do processo de punção venosa com a finalidade de captação de sangue, foi estruturada uma coorte destinada ao acompanhamento do doador durante a realização do procedimento. Apesar de ser a forma essencial para a aquisição do sangue, a punção venosa apresenta como condição inerente à ocorrência de eventos desfavoráveis. A devida identificação destes, confere implicações à prática de enfermagem, auxiliando na decisão sobre as possíveis condutas assistenciais a serem adotadas, interpretadas pela profissão como diagnósticos de enfermagem³⁰.

Tendo em vista que o candidato à doação de sangue precisa atender a uma série de condições para efetuar a doação, e que lhe é exigido estado de saúde mínimo propício⁷, fica atribuído ao serviço de saúde assegurar-lhe a manutenção desta condição.

Caso o doador apresente manifestações de algum evento adverso em decorrência do processo de punção venosa realizado, a captação destas respostas do indivíduo constitui saber construído pela enfermagem e passível de apreensão por associação de técnicas semiológicas e aplicação de raciocínio baseado em indícios plausíveis³⁰.

Uma vez que a exposição do doador ao processo de punção de vasos pode culminar em um evento de interesse para a enfermagem com a materialização do diagnóstico de “trauma vascular periférico”³⁰, a captação deste evento por uma pesquisa do tipo coorte mostra-se pertinente³³.

A avaliação do nível de satisfação dos doadores de sangue sobre o processo de punção venosa desempenhado foi aferida simultaneamente à realização da coorte. Tal aferição possibilitou conhecer a perspectiva da pessoa puncionada e sua (in)satisfação com o procedimento. Avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde permite aferir a responsividade referente a elementos diferentes dos do segmento da medicina, representando a impressão apreendida do cuidado oferecido. Esta possibilidade de acompanhamento garante a universalização da saúde e permite a elaboração de instrumentos e estratégias capazes de abranger diferenças sociais e culturais que consistem em desafio às práticas de saúde¹⁹⁰.

A aplicação das abordagens quantitativas descritas até o momento foi destinada aos usuários que vivenciaram o processo de punção venosa com fins hemoterápicos. No entanto, para a apreensão da compreensão das perspectivas de ambos os componentes do binômio usuário-profissional, faz-se necessário buscar compreender a vivência das pessoas que desempenham o processo de punção com fins hemoterápicos.

4.2 PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES

A seguir, estão apresentados os pressupostos que subsidiaram a abordagem qualitativa estrutural na TRS.

Doadores de sangue vivenciam o processo de punção venosa desencadeado por motivos semelhantes que lhes permitem aproximações com a realização do procedimento, de modo a ancorarem e objetivarem esse processo para as respectivas finalidades. Os doadores são caracterizados como um grupo socialmente contextualizado para o objeto das punções venosas e são capazes de retratar a representação para o contexto que integram.

Profissionais que puncionam veias com a finalidade de captação ou transfusão de sangue vivenciam, no processo laboral, situações/circunstâncias peculiares que lhes possibilitam, no processo dual de sua ação profissional com os usuários a serem puncionados, ancorar e objetivar a realização do procedimento. Os profissionais integram um grupo socialmente contextualizado para as especificidades da punção com fins hemoterápicos.

Foram elaboradas quatro hipóteses com suas respectivas correspondentes de nulidade para subsidiar a abordagem quantitativa, a saber:

H1: O processo de punção de vasos periféricos para fins hemoterápicos apresenta uma incidência de trauma vascular $\leq 20\%$ e H0= O processo de punção de vasos periféricos para fins hemoterápicos apresenta uma incidência de trauma vascular $\geq 20\%$.

H2: Os sentimentos e comportamentos de pessoas em situação de doação de sangue são predominantemente compostos de elementos negativos, embora a opção da doação seja pessoal e voluntária e H0= Os sentimentos e comportamentos de pessoas em situação de doação de sangue não são predominantemente compostos por elementos negativos, mesmo a opção da doação sendo pessoal e voluntária.

H3: Os sentimentos e comportamentos de pessoas em situação de doação de sangue oscilam com as fases do processo de punção e H0= Os sentimentos e comportamentos de pessoas em situação de doação de sangue não oscilam com as fases do processo de punção.

H4: Os fatores desencadeadores de trauma vascular periférico nos casos de doação de sangue são semelhantes aos de punções por causas não hemoterápicas exclusivas e H0= Os fatores desencadeadores de trauma vascular periférico nos casos de doação de sangue não são semelhantes aos de punções por causas não hemoterápicas exclusivas.

4.3 CENÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO

Foram dois os cenários em que a investigação ocorreu, havendo um terceiro de suporte previsto, para casos de necessidade e que não foi acionado. Eles são: um hemocentro, uma instituição hospitalar e uma instituição de ensino e serão descritos a seguir.

As peculiaridades que envolvem o cenário da investigação e a práticas vivenciadas pelos participantes desta investigação justificam a apresentação desse contexto nesse momento, embora sua captação tenha ocorrido por ocasião da realização da ambiência e em concomitância com o processo de coleta de dados. Tal decisão foi tomada com o intuito de favorecer a compreensão geral do leitor do contexto da investigação ao qual os participantes estão vinculados.

4.3.1 Instituição hospitalar

Em uma de suas etapas, a pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar de saúde. Trata-se de um hospital público de ensino, situado em uma cidade da zona da mata mineira, que conta com capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos de internação, 16 leitos de hospital-dia, perfazendo uma média de 7.500 consultas/mês e 294 internações/mês (indicadores da instituição, referentes a março de 2007).

O cenário da investigação possui agência transfusional que pertence ao setor de hematologia e realiza, em média, 239 transfusões/mês (indicadores levantados pela própria agência transfusional da instituição, referentes ao ano de 2012).

A instituição mencionada possui infraestrutura necessária para a realização do processo de coleta dos dados, e situa-se em uma cidade do interior de Minas Gerais.

A aproximação com este cenário da investigação ocorreu após o atendimento dos critérios éticos pela aprovação da pesquisa via Plataforma Brasil.

Após a aprovação da investigação, foi realizado encontro com os profissionais responsáveis pela agência transfusional da instituição, a fim de comunicá-los sobre o início das atividades de pesquisa.

As atividades necessárias à investigação incluíram o conhecimento das rotinas laborais e atendimento de pessoas em situação de transfusão de sangue e o contato com os profissionais responsáveis pelo procedimento transfusional na instituição. Este contato inicial favoreceu a realização da fase de ambiência da pesquisa, o conhecimento do cenário, a identificação de rotinas laborais, a identificação de possíveis participantes e a aproximação com os processos referentes à hemoterapia empregados na instituição.

A Agência Transfusional (AT) da instituição foi o setor de referência para a obtenção de dados pertinentes aos procedimentos transfusionais, por centralizar em si a operacionalização das solicitações e distribuições de hemocomponentes.

Ao adentrar a instituição, durante o período de coleta de dados, a pesquisadora direcionou-se inicialmente à AT, com o objetivo de obter os registros de usuários em situação de transfusão de sangue, a fim de identificar possíveis participantes da pesquisa.

Nesta fase da investigação, foi possível o contato com as rotinas transfusionais e normas institucionais referentes à transfusão de sangue.

A AT detém os registros das solicitações de hemocomponentes dispensados aos usuários atendidos a nível hospitalar e ambulatorial, registros de exames de compatibilidade e prova-cruzada, registros de reações transfusionais adversas e de atendimento ambulatorial de usuários em situação de pós-transplante de medula óssea.

Após o recebimento da solicitação de hemocomponentes, a AT procede à obtenção de amostra de sangue do respectivo usuário a receber a transfusão, para efetuação de testes de compatibilidade sanguínea e solicitação de hemocomponentes ao hemocentro regional.

O processamento de amostras dos receptores de transfusão permite a atestação de compatibilidade e liberação do respectivo componente solicitado.

A(s) bolsa(s) de hemocomponente(s) e o(s) equipo(s) próprio(s) para transfusão(ões) são entregues ao responsável no setor no qual se encontra o usuário receptor de transfusão, havendo preenchimento de impresso próprio para registro do recebimento.

Antes de iniciar a transfusão, o profissional deve realizar a conferência da solicitação de hemocomponentes com os dados contidos no rótulo da bolsa com fins de confirmação de dados e prevenção de falhas quanto ao usuário destinatário da transfusão.

Com relação às condutas adotadas com o usuário, este é esclarecido sobre o procedimento ao qual será submetido e devem ser aferidos e registrados os seus sinais vitais, para atestar sua condição no momento antecedente à transfusão e poder auxiliar na identificação precoce de reações transfusionais adversas.

Após o esclarecimento do procedimento ao usuário, a aferição e registro de seus sinais vitais, é instalado o hemocomponente para efetivar a transfusão. Caso o procedimento não seja realizado por profissional enfermeiro, o mesmo deve ser supervisionado de perto, e os registros pertinentes devem ser realizados pelo mesmo.

O profissional deve realizar a monitorização do usuário durante a todo o procedimento transfusional, bem como o seu devido registro.

A partir da identificação de potenciais participantes, a pesquisadora dirigiu-se aos seus respectivos setores de internação, nos quais sob autorização dos profissionais responsáveis, realizou a coleta de dados referentes aos estudos de caso.

Neste cenário houve também a abordagem de profissionais de saúde responsáveis pelo procedimento de punção venosa com fins hemoterápicos, os quais foram abordados no decorrer da coleta de dados.

A coleta dos dados com as pessoas internadas, em situação de transfusão de sangue, utilizou os espaços que compreendiam seus próprios leitos durante o período de hospitalização. Os dados dos profissionais foram coletados em salas de reunião, ou nas dependências dos postos de enfermagem, desde que não interferissem no desenvolvimento de suas atividades.

4.3.2 Hemocentro

A pesquisa compreendeu também o cenário do hemocentro regional. Este situa-se em uma cidade da Zona da Mata Mineira e é responsável pela captação de doadores de sangue, de medula óssea e atendimento ambulatorial de usuários portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias. Atualmente, abastece 64 instituições de saúde dispersas em 30 cidades de Minas Gerais e abrange uma região de mais de 70 municípios, alcançando uma cobertura de aproximadamente 1,5 milhão de habitantes.

Tem como missão atuar na área hemoterápica, prezando pela excelência e responsabilidade social, e, como valores, tem o compromisso com o aperfeiçoamento contínuo, com a ética profissional, com a responsabilidade social e a valorização do ser humano.

Sua atuação é orientada pela Política Nacional de Humanização (PNH), no âmbito do SUS, com o intuito de contribuir para seu fortalecimento. Com base nesta política, reconhece o usuário sem distinção enquanto cidadão legítimo, detentor de direitos e deveres, valorizando-o e incluindo-o nos processos de produção de saúde¹⁹¹.

A humanização tem como objetivos prover atuação profissional que reflita os princípios do SUS, integrando diferentes tecnologias e sujeitos envolvidos; permitir trocas solidárias entre profissionais de saúde e usuários e articular práticas de saúde e gestores, trabalhadores e usuários dos serviços¹⁹¹.

Orientado pelas diretrizes da PNH, oferece um atendimento clínico ampliado que favorece a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário, apostando em equipes multiprofissionais que buscam atuar em consonância com os princípios do SUS; constroi vínculos solidários comprometidos com a promoção dos direitos sociais dos usuários por um sistema de cogestão de serviços; compromete-se com a valorização do trabalhador e suas condições de trabalho; preza pelos direitos civis e fomenta redes de serviços de saúde¹⁹¹.

Para a construção de indicadores de qualidade dos processos desenvolvidos e de resultados alcançados, utiliza metodologias de monitoramento articuladas com seus planos de ação, na perspectiva da PNH, tendo como preocupação a formação, participação e emancipação de profissionais. Conta com um Colegiado Gestor da Humanização a fim de promover as diretrizes da política em forma de ações efetivas, bem como prestar apoio institucional às suas unidades regionais, como acontece no caso do hemocentro.

O Hemocentro Regional conta atualmente com 165 profissionais de diferentes especialidades que são responsáveis pelo atendimento à população, abrangendo todas as etapas do ciclo do sangue. Possui profissionais de enfermagem (nível superior e médio), médicos, assistentes sociais, psicólogos, dentistas e pedagogos, investindo em sua qualificação e desenvolvendo ações de incentivo à população para a doação de sangue e medula óssea.

Apesar de as instalações da unidade se encontrarem em reforma no momento, seu funcionamento permanece inalterado. Dispõe de recepção para acolhimento de candidatos à doação, salas para triagem clínica e ambientes destinados à coleta e transfusão de sangue.

Para operacionalizar a investigação, foram utilizados os setores anteriormente mencionados, nos quais ocorre o atendimento do doador de sangue, por oferecerem infraestrutura adequada para realizar a coleta de dados. Os profissionais e usuários foram abordados para aplicação de questionário

e entrevista sobre o processo de punção de veias durante captação/transusão de sangue. Para a introdução da investigadora no cenário do hemocentro foi realizada uma aproximação com vistas à ambientação cujas impressões constam a seguir.

4.3.3 Instituição de ensino

A instituição de ensino oferece 35 cursos de graduação e comporta mais de 10 mil estudantes da Zona da Mata Mineira e região, entre eles, graduandos em enfermagem. Dispõe de salas de aula e laboratórios para realização de atividades práticas de ensino. Nela, atuam profissionais efetivados, ou em caráter temporário (substituto ou visitante) e técnicos-administrativos distribuídos em todas as áreas do conhecimento: ciências humanas, da saúde, exatas, letras, totalizando mais de 1.100 pessoas.

Além da graduação, forma recursos humanos em diferentes modalidades, abrangendo mais de 4 mil discentes de especialização, MBA e residência, 700 discentes de programas de mestrado, 123 doutorandos e mais de 2 mil discentes de cursos técnicos de nível médio. No âmbito da iniciação científica, atua na definição de diretrizes e políticas para desenvolvimento de programas de diferentes modalidades (BIC/UFJF, PIBIC/CNPq, PROBIC e PROBIC-Jr/FAPEMIG), faz interface com agências de fomento (inter)nacionais de pesquisa, buscando projeção e reconhecimento na comunidade acadêmica mundial.

Ao realizar atividades de extensão, integra-se aos diversos segmentos da sociedade, atuando nas seguintes áreas temáticas: comunicação, cultura, direitos humanos e justiça, educação, meio ambiente, tecnologia e produção, saúde e do trabalho. Suas ações de extensão são refletidas em forma de programas, projetos, cursos (presenciais ou a distância), eventos e pela prestação de serviços.

Com relação aos serviços de saúde prestados à comunidade, possui duas unidades hospitalares, uma é um centro de atendimento à saúde referência para atendimento ambulatorial e outra, de atendimento convencional com internação.

A primeira conta com 9.781m² de área construída, dispondo das seguintes unidades de atendimento: quatro boxes para acolhimento integrado; 29 consultórios de clínica adulto básica; quatro consultórios de clínica infantil; um consultório e uma sala de atendimento odontológico hospitalar; duas salas de endoscopia; seis leitos de observação; uma sala de PH Metria; 24 postos de atendimento de unidade de terapia renal substitutiva; quatro salas de pequeno porte para cirurgias; nove leitos para recuperação pós-anestésica; quatro apartamentos modalidade Hospital dia; três enfermarias com quatro leitos (infantil, feminino e masculino); duas unidades para atenção farmacêutica; duas salas para unidades de ensino do autocuidado; unidade de fisioterapia contando com: cinco boxes para atendimento individual, três ginásios e uma piscina de hidroterapia; um laboratório para avaliação

física; 12 salas de exames por métodos gráficos; 25 ambientes de laboratórios de análises clínicas; seis salas de aula e um auditório.

A segunda unidade dispõe de 9.733,71m² de área construída e das seguintes instalações: 147 leitos instalados, com capacidade ocupacional de 140 leitos; quatro salas de cirurgia de grande porte; cinco leitos de recuperação pós-anestésica; seis leitos de terapia intensiva; uma sala para reanimação cardiorrespiratória; um anfiteatro e 21 salas de aula.

Atualmente, encontra-se em construção sua nova unidade de atenção hospitalar que tem previsão de construção de oito blocos de prédios que totalizam 342 leitos para internação; centros de: queimados, parto natural, tratamento oncológico e de transplantes; maternidade; centros cirúrgicos; enfermaria; clínicas de atendimento e emergência, dispersos em mais de 59.000m².

A inclusão da instituição de ensino nos cenários de investigação justificou-se por ter sido proposto ao participante da pesquisa que se dirigisse até a mesma para dar sequência às etapas da coleta de dados posteriores ao acompanhamento iniciado no hemocentro para constituição da coorte e avaliação do seu nível de satisfação com o procedimento de punção venosa desempenhado para doação de sangue.

Os ambientes da instituição de ensino apontados a serem utilizados dispõem de infraestrutura para a realização das entrevistas, exames clínicos e mensurações previstas e contam com salas de grupos de pesquisa ou com a sala da pesquisadora responsável.

Embora a instituição de ensino não tenha sido utilizada como cenário para coleta dos dados, ela foi indicada como local a ser adotado, tendo em vista que essa foi uma opção adicional oferecida aos participantes, caso eles desejassem ter maior privacidade para se expressarem.

4.4 PARTICIPANTES

Foram três segmentos participantes, a saber: doadores de sangue, receptores e profissionais de saúde. Eles foram provenientes de um hemocentro e uma instituição hospitalar, conforme apresentado a seguir.

Figura 18: Participantes e sua articulação no processo Hemoterápico.



Fonte: As autoras.

4.4.1 Participantes da Instituição hospitalar

Na instituição hospitalar, a população-alvo foi composta de pessoas hospitalizadas em condições de morbimortalidade que receberam indicação e foram transfundidas com hemocomponentes e/ou derivados.

Trata-se de amostra não probabilística por tipicidade, utilizando como critério as condições clínicas previamente estabelecidas (anemia, plaquetopenia, transplante de medula e imunossupressão, respectivamente) de pessoas atendidas no hospital de ensino, para composição dos estudos de casos segundo as razões motivacionais para justificar a transfusão até se atingir o quantitativo de dez participantes.

Foram critérios de inclusão para os participantes da instituição hospitalar: ter idade ≥ 18 anos; integrar diversificadas condições de perfil socioeconômico (cor da pele, grau de instrução, condição econômica e religião); ser atendido na instituição onde os dados foram coletados; receber indicação para transfusão e concordar em realizar o procedimento e participar como voluntário não remunerado, externando sua aquiescência pela assinatura própria ou de seu responsável no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo I**) após esclarecido sobre a investigação, os objetivos da pesquisa e em que consistiria sua participação.

Foram considerados critérios de exclusão para os participantes da instituição hospitalar: não atender aos critérios de inclusão gerais ou específicos por segmento e não apresentar as peculiaridades do processo de indicação pelos critérios clínicos estipulados.

4.4.2 Participantes de um hemocentro

No hemocentro, foram previstos os seguintes segmentos de participantes: 1) profissionais de enfermagem que trabalham num hemocentro regional que realizam procedimentos de punção venosa periférica em doadores de sangue; e 2) doadores de sangue voluntários abordados no hemocentro.

De acordo com o segmento de participantes, houve delineamento populacional distinto, a saber: 1) amostra de seleção completa para recrutamento dos profissionais de saúde que puncionam vasos para coleta e transfusão de hemocomponentes/derivados de enfermagem de um hemocentro regional (19 profissionais) e de um hospital de ensino (43 profissionais), totalizando 62 profissionais; 2) amostra aleatória sistemática com substituição de integrante pelo seu subsequente, compreendendo doadores de sangue (estimada em 200 pessoas) que foram abordados no hemocentro, para obtenção das prováveis representações sociais sobre o processo de punção venosa para coleta de sangue. A substituição foi empregada no caso de o participante ter sido impedido de doar sangue pelo processo de triagem clínica ou pelos critérios da investigação. Configurou-se um delineamento amostral parcial estimado em 262 participantes.

Foram critérios de inclusão para os participantes do hemocentro: todos os segmentos de participantes tiveram idade ≥ 18 anos, integraram diversificadas condições de perfil socioeconômico (cor da pele, grau de instrução, condição econômica e religião) e concordaram em participar como voluntários não remunerados, externando sua aquiescência pela assinatura própria ou de seu responsável no TCLE (**Anexo I**) após esclarecimentos sobre a investigação, os objetivos da pesquisa e em que consistiria sua participação.

Acrescem-se aos critérios anteriormente mencionados as seguintes condições de elegibilidade segundo o segmento de participantes: 1) para os doadores de sangue: ter procurado espontaneamente um hemocentro onde os dados foram coletados e ter sido aprovado na triagem clínica para doar sangue; 2) para os profissionais: puncionar vasos periféricos para fins de captação de sangue e transfusão de hemocomponentes e derivados; ter vínculo empregatício com a instituição; integrar a equipe profissional que realiza o procedimento de punção de veias e ter realizado pelo menos uma vez o procedimento no período em que os dados forem coletados.

Foram critérios de exclusão para os participantes do hemocentro: 1) não atender aos critérios de inclusão gerais ou específicos por segmento e 2) estar em situação de afastamento da instituição durante o período de coleta de dados (férias, falta ou licença) no caso dos profissionais, ou ser estagiário, ou estar em período de experiência por tempo inferior a três meses.

4.4.3 Instituição de ensino

Considerando que a instituição de ensino destinou-se somente a servir de cenário de suporte e não foi utilizada e nem dispunha de participantes específicos que a integrassem, cabe mencionar que os critérios para os possíveis participantes a utilizá-la foram os mesmos das duas instituições já descritos, conforme consta no projeto cadastrado na Plataforma Brasil.

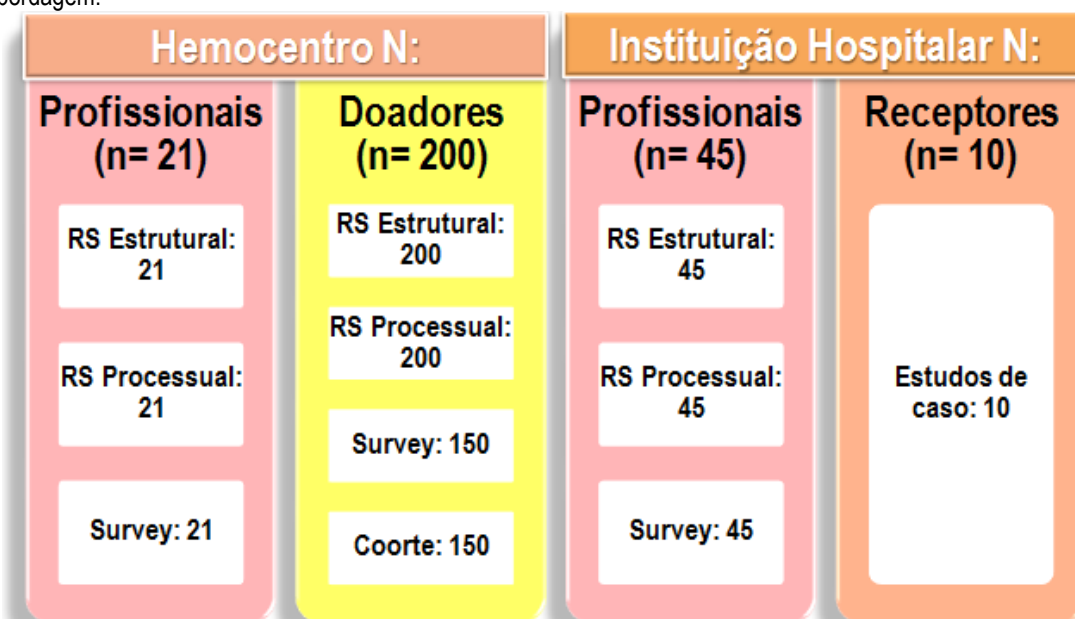
Para viabilizar os encontros com os participantes que integraram a coorte de doadores (cenário do hemocentro), a entrevistadora colocou-se à disposição para atendê-los em local de preferência deles, a exemplo do ambiente residencial, laboral ou em espaços públicos, além da própria instituição e da instituição de ensino.

No quantitativo de participantes estimado, segundo o delineamento das etapas que compõem a investigação, tanto o hemocentro quanto a instituição hospitalar tiveram duas perdas de participantes no grupo de profissionais, respectivamente. A razão dessas perdas deveu-se à licença de saúde do profissional durante o período de coleta de dados.

Na instituição de saúde, considerando que a infusão de albumina humana é regulada pelo serviço de farmácia e não pela agência transfusional e de o período de coleta de dados coincidir com período de greve, tal fato acarretou redução da internação em 50% no quantitativo de pessoas atendidas, o que gerou quatro perdas.

O quantitativo de participantes estimado, segundo o delineamento das etapas que compõe a investigação, está esquematizado na **Figura 19**.

Figura 19: Esquema de apresentação do delineamento amostral de participantes da investigação de acordo com o método de abordagem.

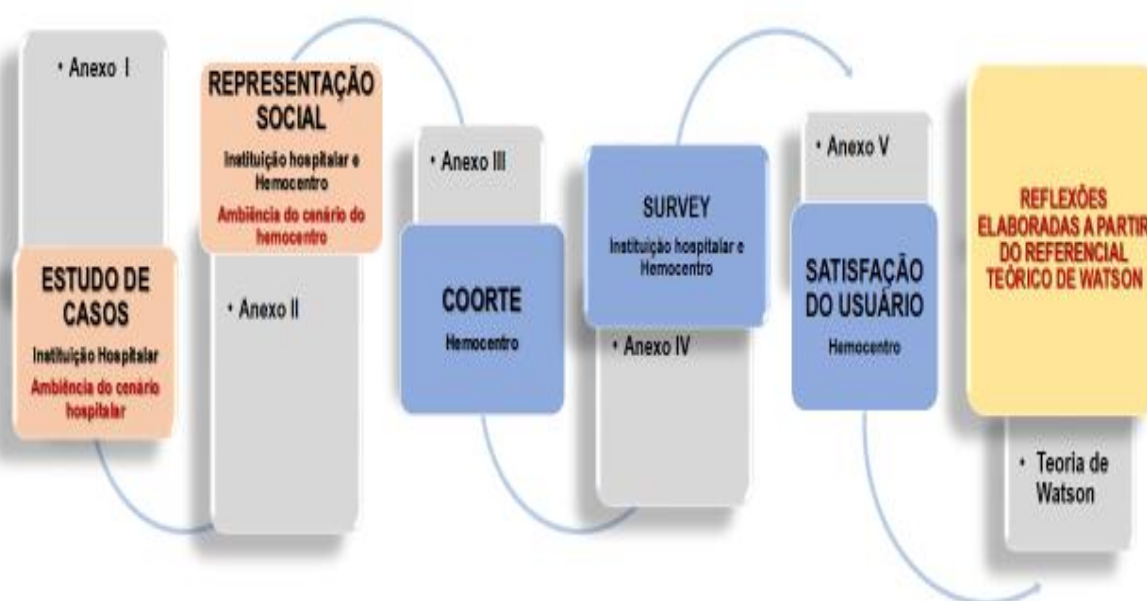


Fonte: As autoras.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a devida compreensão da trajetória metodológica utilizada no delineamento de método misto, são apresentados os respectivos instrumentos destinados à coleta de dados. Sua apresentação está sendo estruturada na mesma lógica em que foram apresentados os delineamentos, ou seja, a partir da abordagem utilizada.

Figura 20: Esquema ilustrativo da aplicação de instrumentos na convergência de abordagens dentro do método misto segundo cenário e segmento de participantes.



Fonte: As autoras.

4.5.1 Instrumento para viabilizar os estudos de casos entre receptores de hemocomponentes

Todos os instrumentos que compuseram o acervo utilizado para viabilizar a realização do estudo de caso constam do **Anexo I**. Para a composição dos estudos de casos, foi utilizado instrumento proposto por Arreguy-Sena (2002)⁹, Krempser (2013)¹⁷, com adaptação para a especificidade da temática abordada nesta investigação.

Este instrumento possuiu cinco etapas, a saber: 1) perfil dos participantes para uso dos vasos sanguíneos (caracterização, fatores de risco para trauma vascular, exames laboratoriais alterados, prescrições de medicações, observações adicionais e registros para diário de campo) e roteiro para operacionalização da coorte com receptores de sangue composto de: avaliação da punção do vaso, inserção do cateter e áreas adjacentes; 2) avaliação das peculiaridades do usuário (tipo de veia, disposição de pelos e temperatura da pele); do procedimento (registros de enfermagem/exames e finalidade da via) e do material utilizado (tipo do cateter, tipo de fixação para o mesmo, higiene e umidade local); 3) identificação de manifestações de trauma vascular (usando os critérios de: sensação dolorosa e/ou de desconforto e alterações da funcionalidade, integridade da pele, da coloração e da consistência do vaso) e 4) informações adicionais. Nesse instrumento, constaram questões fechadas e semiestruturadas e espaço para informações adicionais.

Para o acompanhamento da coorte foram realizadas avaliações clínicas realizadas diariamente, utilizando-se de técnicas semiológicas (inspeção simples, armada, palpação e mensuração) em períodos não superiores a 24 horas da avaliação anterior. Para categorização da cor da pele dos participantes, componente utilizado como critério para a identificação de alterações de coloração, foi utilizada a paleta cromática¹⁴⁹. Já para identificação de escores em questões apresentadas na forma de gradação ou que envolvessem alguma forma de expressão de hierarquia, foi utilizada a escada analógica visual¹⁹².

Como critério de fidedignidade para a documentação de manifestações de trauma vascular foram realizados registros fotográficos do sítio de inserção do cateter e das áreas adjacentes como estratégias para se obter informações complementares, sendo tais registros realizados no diário de campo de forma cursiva pela entrevistadora.

Para a padronização dos registros fotográficos, foi previsto: utilização de fundo azul descartável, uso de código de identificação dos participantes e distância de aproximadamente 50cm da estrutura corporal. Foi realizado um número de fotografias correspondente ao período de acompanhamento dos casos, que variou de um a cinco.

As fotografias foram realizadas imediatamente após a indicação de transfusão de sangue, e as de acompanhamento, diariamente, por ocasião do seguimento até a sua saída da coorte.

4.5.2 Instrumento utilizado para viabilizar a captação das RS nas abordagens estrutural e processual

Todos os instrumentos que compuseram o acervo utilizado para viabilizar a realização da abordagem das representações sociais constam do **Anexo II**. A especificidade da abordagem qualitativa dentro das representações sociais requereu duas vertentes metodológicas, a saber: a abordagem estrutural proposta por Abric¹⁸⁹ e processual segundo Moscovici¹⁷⁴.

Para subsidiar a contextualização dos participantes e seus respectivos cenários sociais, foi prevista a realização de uma ambiência na instituição de saúde e no hemocentro. O roteiro utilizado para operacionalizar essa contextualização consta de questões norteadoras destinadas à realização da ambiência.

De acordo com a PNH brasileira, o termo ambiência refere-se ao espaço físico profissional, no qual se estabelecem relações sociais e profissionais associadas a um projeto de saúde. Seu objetivo é prestar atendimento acolhedor e humano, com resolubilidade¹⁹¹.

A ambiência nas instituições de atenção à saúde contemplou os aparatos tecnológicos “duros”, os componentes apreendidos pelos sentidos, a exemplo da luminosidade, ruídos e temperatura e as relações interpessoais, contempladas como tecnologias leves⁵⁸. Cabe acrescentar outros pontos inseridos na conceituação de ambiência que são: 1) a forma como se emprega o componente afetivo, seja durante o acolhimento ou na interação com trabalhadores e gestores e 2) o caráter cultural¹⁹¹.

O roteiro da ambiência teve como objetivo nortear a identificação do fluxo de informações e normatizações técnicas utilizadas na rotina. Foram utilizadas as seguintes técnicas: observação do contexto, das relações e da prática laboral; diário de campo para apreensão do conteúdo “informal” decorrente das impressões da pesquisadora e informações que julgar relevante registrar sobre o cenário, participantes ou outras questões pertinentes à investigação¹⁹³ e conhecimento dos documentos institucionais, a exemplo dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), e legislações em que se embasam as práticas profissionais (descritas no referencial teórico).

Para o reconhecimento dos requisitos necessários ao serviço de hemoterapia, foi adotada a RDC nº 34, de 11 de junho de 2014⁵⁶, que constitui a evidência utilizada na área e dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue. Buscou-se, nessa etapa, aproximar os conteúdos da RDC com os impressos/documentações/normatizações institucionais, conforme consta no **Anexo II**.

Com vistas a viabilizar essa aproximação, foram elaboradas questões com base nas disposições gerais e específicas da RDC, estruturando-as a partir do ciclo produtivo do sangue, ou seja, enfocando as etapas de atendimento ao candidato à doação, coleta do sangue e ao procedimento transfusional. Tal estratégia possibilitou aproximar a pesquisadora do cenário, das rotinas, das práticas e das ações terapêuticas desenvolvidas no hemocentro.

O instrumento destinado à obtenção da RS para abordagem de doadores e profissionais que puncionam vasos foi semelhante, ou seja, estruturado em três etapas: 1) caracterização sociodemográfica; 2) técnica de evocação livre e espontânea, contendo os termos indutores, destinado à obtenção dos cognemas e informações adicionais. A diferença entre os instrumentos deveu-se à presença de caracterização do perfil de atendimento institucional para os doadores de sangue e do termo indutor para os doadores de sangue que foram: “doar sangue”, “receber sangue” e “punção de veia para doar sangue” e, para os profissionais que puncionam veias, foram: “puncionar veia” e “manter veia puncionada”.

A fim de apreender as RS elaboradas por profissionais de saúde e doadores de sangue a respeito do processo de punção na abordagem processual segundo Moscovici, o instrumento de coleta de dados utilizou questões norteadoras destinadas a operacionalizar a abordagem processual das representações (**Anexo II**). Por meio delas, buscou-se exemplificação de casos, valorações e significados atribuídos e sua caracterização a respeito do processo de punção de veia e sobre o origem de seu contato com a situação relatada em coerência com a proposição de Moscovici¹⁸⁹.

Cabe mencionar que, com a adoção destes instrumentos, pretendeu-se triangular fontes de informações (doadores e profissionais), a partir da apreensão dos ideários compartilhados socialmente, utilizando-se para isso de técnicas distintas.

4.5.3 Instrumento utilizado para viabilizar a elaboração da coorte com doadores de sangue

O instrumento adotado que viabilizou a coorte prospectiva para o segmento de participantes doadores de sangue foi composto de seis etapas, a saber: 1) caracterização sociodemográfica dos participantes; 2) exames laboratoriais alterados; 3) uso de medicação ou conduta em caso de reação adversa; 4) critérios avaliados para composição da coorte com doadores de sangue (dor, tipo de pele, capacidade funcional, integridade da pele, temperatura, finalidade da via, tipo de veia, presença de pelos, tipo de dispositivo IV, fixação do dispositivo IV, higiene, umidade, registros do enfermeiro, registro de exames, cultura de ponta de dispositivo IV, ocorrência de trauma, compressão após retirar agulha); 5) observações adicionais e registros de diário de campo e 6) informações adicionais.

Cabe esclarecer que, para a operacionalização da coorte, o instrumento foi semelhante ao utilizado para acompanhamento dos estudos de caso (**Anexo III**), uma vez que constam dele as mesmas variáveis anteriormente descritas para sua construção. O instrumento empregado na coorte com doadores foi transportado para o aplicativo ODK (*Open data Kit*), a fim de otimizar a sua aplicação no momento da coleta de dados, tendo sido empregado o uso de *tablet*.

O instrumento versou sobre variáveis fechadas, constando alternativas para apreensão da caracterização sociodemográfica. Conteve alternativas fechadas para a captação das condutas empregadas diante da ocorrência de reações adversas à doação de sangue pelo doador, e variáveis “*damis*” para a apreensão da ocorrência dos critérios avaliados ao longo da coorte, passíveis deste tipo de registro, anteriormente descritos.

4.5.4 Instrumento utilizado para o *survey* com profissionais das duas instituições, a fim de apreender sua prática sobre o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos

O instrumento adotado para este segmento de participantes foi apresentado em anexo (**Anexo IV**) e possuiu cinco etapas, a saber: 1) razão da realização da punção; 2) histórico de realização de punções de veias ao longo da vida profissional; 3) percepção das etapas do processo de punção desempenhado em terceiros com fins hemoterápicos; 4) cuidados recomendados durante o processo de punção de vasos e 5) sensações e comportamentos que têm ao puncionar uma veia.

Foi utilizada a versão impressa do instrumento, no qual a pesquisadora realizou registro cursivo das respostas dos participantes para as questões interrogadas. O instrumento versou sobre questões fechadas, constando alternativas numéricas, referentes à frequência de realização de punções semanais, tentativas de punção que realizava, estimativa de punções realizadas ao longo da vida profissional e tempo médio de compressão após retirar a agulha do usuário.

Possuiu alternativas fechadas para as situações referentes à solicitação de realização de punção, prática e *expertise* com o procedimento, cuidados recomendados na realização da punção e sensações e comportamentos manifestados ao longo da realização das etapas de punção. Constaram ainda do instrumento variáveis “*damis*”, para as quais as respostas eram “sim” ou “não”.

4.5.5 Instrumento utilizado para aferir a percepção, avaliação dos usuários doadores de sangue sobre o processo de punção de vasos e sua satisfação com o mesmo

Foi desenvolvido pelas autoras um instrumento do tipo escala gradativa para aferição do nível de satisfação dos doadores de sangue com o processo de punção venosa desempenhado para fins de coleta de sangue, que se encontra no **Anexo V**.

A escala de satisfação foi transportada para o aplicativo ODK, com fins de otimizar a sua aplicação no momento da coleta de dados, tendo sido empregado o uso de *tablet*.

O instrumento adotado para este segmento de participantes possuiu sete etapas, a saber: 1) situações a serem avaliadas no local onde foi realizada a punção; 2) período de acolhimento: ações profissionais, sentimentos e comportamentos emergentes e sua avaliação; 3) período de punção propriamente dita: ações profissionais, sentimentos e comportamentos emergentes e sua avaliação; 4) período após retirada da agulha: ações profissionais, sentimentos e comportamentos emergentes e sua avaliação; 5) período após doação de sangue: ações profissionais, sentimentos e comportamentos emergentes e sua avaliação; 6) situações gerais sobre o local onde a punção foi realizada.

O instrumento versou sobre questões fechadas, nas quais constaram escalas graduadas, que foram de zero a dez, para atribuição de escores às variáveis passíveis de apreensão das impressões subjetivas dos participantes.

Constaram ainda do instrumento questões com alternativas referentes aos sentimentos e comportamentos manifestados ao longo das etapas de punção, alternativas entendidas como prováveis de atribuir melhora ao atendimento prestado e variáveis dicotômicas, para as quais as respostas eram “sim” ou “não”.

4.6 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Considerando que a entrada no cenário de investigação para a efetivação do estudo piloto possibilitou a realização concomitante da ambiência, optou-se por descrever a estrutura, a operacionalização das atividades laborais vinculadas ao objeto da presente investigação, o fluxo e funcionalidade do serviço dentro do processo de coleta de dados.

Tal decisão foi tomada pelo fato de que as informações obtidas constituem parte do processo de compreensão e interpretação do contexto social e cultural no qual a investigação ocorreu e permitem compreender como a investigadora se inseriu na dinâmica da instituição. Nesse sentido, a seguir, foram descritas a ambiência realizada na instituição hospitalar e no hemocentro.

4.6.1 Ambiência realizada na instituição hospitalar e estudos de casos com receptores de hemocomponentes

A inserção da pesquisadora no cenário da instituição hospitalar ocorreu a partir da realização de ambiência no mesmo. Esta ambiência possibilitou a familiarização da pesquisadora com os processos laborais empregados na assistência de pessoas em situação de transfusão de sangue.

Após a autorização institucional para realização da pesquisa, via parecer emitido na Plataforma Brasil, a fim de atendimento dos princípios éticos, a pesquisadora apresentou-se ao serviço de AT do hospital, para comunicação do início das atividades de pesquisa. O ingresso no serviço permitiu a constatação da rotina de atendimento prestado ao usuário em situação de transfusão de sangue, bem como os procedimentos empregados para a sua devida efetivação.

A rotina do atendimento do usuário em situação de transfusão de sangue segue alguns passos. Ao ser constatada a necessidade de utilização de hemocomponentes no processo terapêutico de um usuário, cabe ao médico assistente responsável pelo mesmo a prescrição/solicitação de hemocomponentes ao serviço de AT. O pedido com a solicitação deve ser encaminhado pelo próprio médico, ou pela enfermagem, ao setor de AT, para que sejam tomadas as devidas providências referentes à solicitação do hemocomponente ao hemocentro local, uma vez que a instituição não realiza estocagem de hemocomponentes.

Após ter o conhecimento da necessidade de uma transfusão, a AT procede à realização de testes com finalidade de obter a tipagem sanguínea do usuário, para que seja dada continuidade à solicitação de hemocomponente. A obtenção de amostra sanguínea a ser processada nos testes de tipagem e posterior prova cruzada é viabilizada pela coleta de uma amostra de sangue do respectivo usuário. Os profissionais responsáveis pela realização da coleta desta amostra são os próprios profissionais da AT, com formação de nível técnico em análises clínicas, ou os profissionais de enfermagem alocados nas unidades nas quais se encontram hospitalizados os usuários.

A realização da tipagem sanguínea permite a devida solicitação do hemocomponente cabível à situação de transfusão ao hemocentro local, para o atendimento da solicitação assistencial do usuário. O hemocomponente solicitado é remetido ao hospital por meio de serviço de entrega realizada por motoboy, terceirizado pela própria instituição hospitalar. Cabe ao motoboy buscar o hemocomponente no hemocentro e realizar a entrega para o setor de AT, juntamente com os formulários de identificação do hemocomponente, a fim de viabilizar rastreamento posterior, em caso de manifestação de reações adversas imediatas/tardias.

O funcionário da AT realiza os exames de prova cruzada a partir da amostra de sangue do usuário, bem como do hemocomponente, para assegurar a qualidade da transfusão efetivada, minimizando a ocorrência de erros referentes à infusão de sangue com tipagem incompatível à necessária. E, a partir da realização destes testes pré-transfusionais e da confirmação de condições viáveis para a realização da transfusão, o hemocomponente é liberado para infusão no usuário.

Para a realização da transfusão sanguínea, é fornecido um *kit* ao serviço assistencial de origem do usuário, compreendendo: a(s) bolsa(s) contendo o(s) hemocomponente(s) a ser(em) infundido(s); o(s) equipo(s) especial(is), necessário(s) para a montagem do circuito transfusional; e o formulário institucional com informações acerca do hemocomponente dispensado e sobre o estado pré, peri e pós-transfusional do usuário.

O *kit* é entregue pela AT aos funcionários de enfermagem das respectivas unidades assistenciais nas quais se encontram hospitalizados os usuários em situação de transfusão. A partir do momento da entrega do hemocomponente, o profissional deve atentar-se para a efetivação da transfusão, no intuito de infundir este hemocomponente em tempo hábil de conservação fora de resfriamento, assegurando a manutenção de suas características físicas essenciais.

O profissional de enfermagem faz a aferição dos sinais vitais previamente à realização de transfusão, registrando em formulário dispensado pela AT, no intuito de atestar a condição inicial do usuário. Após a devida verificação de padrões que permitam a realização da infusão do hemocomponente e a montagem do *kit* transfusional, o hemocomponente é ligado ao usuário para a efetivação da transfusão.

Durante a realização de transfusão, o profissional de enfermagem deve aferir sinais vitais para monitoramento de condições apresentadas pelo usuário receptor de hemocomponentes, no período peritransfusional, necessitando da observação e acompanhamento direto pelo profissional responsável.

Se for atestada alguma reação adversa considerada como grave, a exemplo da reação hemolítica aguda, entre outras²⁶, o procedimento transfusional deve ser interrompido e as devidas reações constatadas, atendidas, no intuito de minimizar prejuízos ao usuário. Nestes casos de manifestação de reação transfusional, a instituição dispõe de formulário a ser preenchido pelo profissional responsável pela realização da transfusão, que registrará a reação detectada, bem como as condutas adotadas para sua contenção.

Caso a transfusão ocorra sem a manifestação de alterações fisiológicas pelo usuário e seja finalizada, o procedimento é encerrado com a retirada do *kit* transfusional do mesmo. O equipo é desprezado pelo profissional, mas a(s) bolsa(s) vazia(s) de hemocomponente(s) e o formulário de monitoramento da transfusão devem ser devolvidos à AT para devida documentação.

Cabe mencionar que a realização de registros em impressos próprios da AT não dispensa o registro das mesmas informações no prontuário do usuário, com vistas a documentar a prática transfusional realizada, bem como a assistência de enfermagem prestada.

Durante o período de coleta de dados, a pesquisadora dirigiu-se à AT, diariamente, para efetuar o rastreamento dos possíveis participantes da investigação, a partir do registro em livro de “solicitação de transfusões sanguíneas”, pertencente aos documentos do setor. A partir do conhecimento

dos receptores de hemocomponentes/derivados, a pesquisadora seguia em seu encontro. Ao chegar ao setor de internação do possível participante, a pesquisadora apresentava-se ao enfermeiro responsável pelo mesmo, comunicando-o da realização de atividades pertinentes à pesquisa. Com a devida autorização do responsável, era dada sequência ao processo de coleta de dados.

Para realizar a abordagem do usuário receptor de transfusão de sangue, o mesmo era convidado a integrar a pesquisa, posteriormente explicados os seus objetivos, no intuito de atendimento dos padrões éticos de investigação. Após o participante ter externado concordância em participar da pesquisa, pela assinatura do TCLE, a pesquisadora dava sequência ao processo de coleta de dados, com o preenchimento dos instrumentos anteriormente mencionados, constantes do **Anexo I**.

Posteriormente ao preenchimento de caracterização sociodemográfica e perfil institucional do participante, foi realizada a avaliação de seu sítio de punção venosa periférica, segundo os critérios semiológicos explicitados anteriormente. Neste momento, foi realizado o registro fotográfico do sítio de punção do participante para fins de documentação do caso.

Quando foi necessário, a pesquisadora recorreu aos registros assistenciais e aos prontuários dos participantes, para averiguação das informações apreendidas. Este acesso aos prontuários foi previsto e consta como cláusula do TCLE. Para composição dos estudos de casos, foram rastreadas pessoas que estivessem recebendo transfusões sanguíneas e que se enquadrassem nos critérios de inclusão de participantes, com base nos registros diários realizados pela agência transfusional da instituição hospitalar. O usuário identificado foi abordado e foram explicitados a ele os objetivos da presente investigação. A autorização de sua inclusão nesta pesquisa foi acordada mediante assinatura de TCLE.

Para captar a utilização das veias periféricas e/ou centrais para fins de caracterização do processo de transfusão de hemocomponentes, foram trianguladas técnicas para contemplar o processo de infusão de hemocomponentes/derivados de pessoas em situações anteriormente mencionadas.

No caso de a punção de vaso ter ocorrido em veia(s) periférica(s) e haver sido considerada foco norteador da presente investigação, foram feitos registros fotográficos. Estes foram realizados de forma a captar as evidências de manifestações de trauma vascular passíveis de documentação. Foi utilizado fundo com papel azul descartável, de uso único para cada participante. As fotografias foram realizadas a uma distância média de 50cm do membro punccionado, visando captar o processo de punção venosa periférica realizado, ou as manifestações de eventos relacionados ao trauma.

O registro das fotografias ocorreu na ocasião dos acompanhamentos, nos quais os participantes foram previamente avaliados, pelo emprego de técnicas semiológicas não invasivas de inspeção armada e avaliação pelo emprego de técnicas mensurativas e detecção de parâmetros apreendidos pela pesquisadora, e registrados em diário de campo.

4.6.2 Ambiência do cenário do Hemocentro e Representação Social estrutural e processual com profissionais das duas instituições e doadores de sangue

Para iniciar o processo de coleta de dados da abordagem qualitativa, foi realizada ambiência no cenário do hemocentro regional, sendo utilizada a técnica da observação participativa¹⁹³ com estratégias de aproximação dos cenários da investigação e dos possíveis participantes. A finalidade do uso dessa técnica foi tornar a pesquisadora conhecida da equipe que punciona veias e daqueles que têm sua veia puncionada, apreender a rotina utilizada pela equipe e sua relação com os usuários e realizar apropriação de vocabulário para maximizar as interações com a equipe e os potenciais participantes.

A duração desta observação utilizou como critério o conhecimento mútuo da pesquisadora com a equipe laboral, sobre sua rotina, os protocolos institucionais e a construção de vínculos. Nesta oportunidade, a pesquisadora foi capaz de aproximar seu conhecimento teórico à prática clínica, reduzindo possíveis dicotomias entre a academia e a assistência e estar no ambiente da investigação a ponto de integrar-se a ele. Para isso foi previsto o acompanhamento diário das atividades nos turnos de funcionamento da instituição.

A partir do contato com a responsável técnica de enfermagem do hemocentro, a pesquisadora foi apresentada à equipe profissional que realiza o processo de punção venosa com fins de coleta de sangue para doação para se familiarizar com a equipe e esclarecer sobre os aspectos da pesquisa que estava sendo realizada. Nos momentos seguintes, foi acompanhado o atendimento do candidato à doação de sangue do instante em que este dá entrada no hemocentro até a conclusão de seu atendimento, consistindo no “fluxo de atendimento ao doador” que se encontra descrito a seguir.

Durante a ambiência, foi possível identificar o fluxo de atendimento ao doador de sangue no cenário do hemocentro em sete etapas, conforme consta da **Figura 21**.

Figura 21. Fluxo de atendimento do candidato à doação/doador de sangue.



Fonte: As autoras.

O candidato à doação de sangue recebe acolhimento inicial na recepção do hemocentro regional, por profissionais auxiliares administrativos, para a realização de cadastro e identificação. Neste momento, é fornecida ao candidato uma senha, que definirá a ordem de atendimento segundo sua chegada na instituição.

O ambiente da recepção mostrou-se favorável ao momento de espera inicial, possuindo cadeiras para acomodação dos candidatos em quantidade suficiente, o que dificilmente faz com que estas pessoas se sintam desconfortáveis ou aguardem pelo atendimento de pé.

Pelas paredes da recepção estão afixados diversos materiais de cunho informativo/educativo com o intuito de sensibilizar o candidato quanto ao caráter altruísta e beneficente do ato de doar sangue, bem como sobre os horários de funcionamento do hemocentro e outras informações como o agendamento da doação de sangue por contato telefônico, no qual é programado o horário de atendimento do doador com a finalidade de melhor atendê-lo.

Ainda na recepção, encontra-se uma televisão que exhibe exclusivamente o “canal do doador”, pelo qual são veiculadas informações sobre doação de sangue. Estas informações têm o intuito de: divulgar as estatísticas do hemocentro (incluindo o quantitativo diário de doações necessário para devido abastecimento de estoques, estimado em torno de 160 doações/dia), informar sobre o tempo estimado de atendimento na sala de coleta (que chega no máximo a 12 minutos), exhibir imagens de campanhas e programas de fidelização do doador desenvolvidos pelo hemocentro e mensagens de incentivo ao ato de doar sangue.

A priorização de atendimento está também exposta na recepção e é feita na seguinte ordem: portadores de necessidades especiais e idosos >60 anos, doador convidado, doador agendado e doador voluntário e de reposição. O tempo estimado nesta etapa aproxima-se de 15 minutos, podendo variar conforme a chegada de candidatos priorizados.

Dando sequência ao atendimento do candidato, ele segue para o setor de triagem, onde será atendido por profissional médico ou enfermeiro que convoca o candidato segundo a ordem determinada pelas senhas fornecidas na recepção. Verifica-se, neste momento, a aptidão do candidato para a doação pelo atendimento dos critérios já explicitados e previstos na RDC nº 34/14⁵⁶.

No caso de o candidato ser considerado “inapto” para a doação, este recebe informação quanto ao caráter de inaptidão, se temporária ou permanente, bem como lhe são fornecidas orientações para normalização das situações temporárias (como suspensão de uso de medicações por período aproximado de sete dias etc.).

O ambiente onde a triagem ocorre possui os recursos materiais semelhantes aos de um consultório de atendimento profissional. Ele oferece privacidade para a abordagem do candidato à doação, e existem instrumentos para aferição de parâmetros vitais básicos, que são realizados nesse momento da consulta. O tempo estimado de atendimento nesta etapa aproxima-se de 10 minutos.

Ao ser aprovado na triagem clínica, o candidato prossegue para a triagem hematológica, que consiste no momento em que são verificados os níveis de hemoglobinemia do indivíduo via dosagem capilar por meio de uma punção na polpa digital e é aferido o peso corporal. Essa abordagem está em consonância com as ações preconizadas na RDC nº 34/14. Aos doadores de plaquetas por aférese, acresce-se a aferição de estatura⁵⁶.

A triagem hematológica é realizada por profissionais de nível técnico, com formação em análises clínicas. Há a presença de estagiários sob a supervisão de profissional farmacêutico do hemocentro. O candidato pode ser excluído do atendimento nesta etapa se algum dos padrões aferidos não atender aos níveis mínimos determinados. Nesses casos, o candidato à doação é encaminhado ao setor de triagem clínica para orientação e aconselhamento por profissional “triagista”. O tempo estimado nesta etapa é de três minutos. O próprio candidato encaminha sua ficha cadastral de atendimento à “sala de coleta”, depositando-a em um escaninho.

A etapa seguinte compreende o lanche pré-doação, no qual o candidato se alimenta com uma refeição rica em carboidratos, composta, em geral, por biscoito salgado, suco de frutas e bolo doce. Esta refeição tem a finalidade de incentivar e conferir energia ao candidato, reduzindo a possibilidade de ocorrência de reações adversas, a exemplo da hipoglicemia durante ou imediatamente após a doação de sangue.

Os candidatos são orientados por funcionário copeiro e aguardam ao chamado para a “sala de coleta”. O setor da “sala de coleta” dispõe de mobiliário que garante a acomodação e o conforto do candidato durante a doação, bem como condições adequadas para que os profissionais executem suas atividades laborais. O ambiente é climatizado e permanece com temperatura de 22°C, compatibilizando a estocagem das bolsas de sangue em condições adequadas até que as mesmas sejam encaminhadas para o setor de fracionamento.

A bancada existente na sala de coleta destina-se à acomodação das bandejas e há cadeiras para o conforto do candidato. O tempo estimado de permanência do candidato à doação nesse ambiente é de 20 minutos e a coleta de sangue não excede a 12 minutos, sendo meta institucional realizar mais de 70% das coletas de sangue no tempo máximo de 20 minutos e utilizar essa conduta como critério de controle da qualidade do sangue obtido. O tempo estimado de espera entre o chamado para a coleta do sangue e o período após o lanche é de aproximadamente 5 minutos, podendo se estender em casos de intercorrências com alguma pessoa no processo de coleta de sangue.

A ficha depositada no escaninho pelo candidato à doação é recebida por um auxiliar administrativo, que procede à montagem do *kit* de coleta que será usado em seu atendimento. Este é constituído por bolsa para coleta de sangue (tripla/ quádrupla), com cateter periférico acoplado (calibre 16G), tubos para coleta de amostras hematológicas e folhetos informativos que são entregues aos doadores.

Ao ser recebido na sala de coleta, os dados do candidato são inseridos em sistema informatizado que gera código de identificação e é afixado em todo *kit* destinado a ser utilizado com o candidato. Tal procedimento assegura que posteriormente seja realizada a rastreabilidade do sangue coletado e a qualidade do processamento do hemocomponente.

Após a preparação do *kit*, o candidato é chamado por profissional técnico de enfermagem ou enfermeiro para entrar na “sala de coleta”. Esse profissional o acompanha durante toda a sua permanência naquele setor. Ao entrar, é solicitado ao candidato à doação documento de identificação para conferência de seus dados pessoais com a ficha de atendimento. Esse procedimento assegura a confiabilidade do sangue obtido.

Na dinâmica do atendimento, é o candidato que procede à higienização mecânica de seus braços com água e sabão em um tanque localizado num vão à entrada da “sala de coleta”. Neste tanque, encontra-se afixado um folheto informativo sobre a forma correta de realizar a higienização para assegurar as etapas que ele deverá seguir.

Com os membros superiores devidamente higienizados, o candidato se acomoda na cadeira de coleta, posicionando-se de modo a expor o braço de sua preferência para que o profissional puncione

sua veia. Antecedendo a essa punção, a rede venosa é avaliada e, caso o profissional verifique que o candidato não possui condições de acesso, ele aciona um colega ou o enfermeiro responsável para auxiliá-lo e juntos terem a confirmação da inaptidão do candidato nesse quesito. Caso seja considerado “inapto”, ele retorna ao setor de triagem clínica para receber de um profissional enfermeiro ou médico orientações e aconselhamento.

Esse profissional preenche um impresso no qual explicita a inaptidão temporária do doador por falta de condições de acesso vascular. Se for verificado que o candidato possui rede venosa compatível, sua punção será realizada e procede-se à coleta de sangue. Nesses casos, o profissional responsável pela punção realizará, no braço escolhido pelo doador, a higienização em dois tempos (aplicação de clorexidina alcoólica a 70% e tempo de secagem). Após essa conduta, a punção venosa é realizada e o candidato, acompanhado durante todo o procedimento de coleta até que se alcance o limite estipulado para doação que foi previamente determinado no processo de triagem clínica.

O circuito de coleta é conectado a um aparelho homogeneizador que compatibiliza o volume de sangue coletado e dispara um alarme sonoro ao se atingir o volume programado. Nesse momento, o profissional remove o cateter intravascular do braço do doador, realizando compressão local e solicita que o doador continue a fazer a compressão enquanto a bolsa de sangue é devidamente preparada para ser encaminhada ao setor de fracionamento.

O doador permanece por alguns minutos na “sala de coleta” após a remoção do cateter do seu sítio de inserção para que seja avaliada sua estabilidade hemodinâmica (ausência de palidez, náuseas, hipotensão ou reações adversas decorrentes da remoção do volume sanguíneo doado). Na ausência dessas condições, o candidato é liberado para o lanche pós-doação, sendo-lhe entregue o material informativo que integra o *kit* de coleta. O conteúdo deste folheto aborda mensagens de agradecimento pelo ato de doação, recomendações sobre o período pós-doação de sangue e orientações para doações futuras (**Figura 22**).

Figura 22: Folheto informativo entregue aos doadores no período pós doação.

ESPALHE VIDA
doe sangue

AGENDE SUA DOAÇÃO DE SANGUE
LIGUE 155 OPÇÃO 8
MAIS INFORMAÇÕES ACESSSE
www.hemominas.mg.gov.br

SUS
FUNDAÇÃO HEMOMINAS
MINAS GERAIS
GOVERNO DE TODOS

**NÃO IMPORTA QUAL É O SEU TIPO SANGÜÍNEO,
TEM SEMPRE ALGUÉM PRECISANDO DA SUA SOLIDARIEDADE.**

A sua decisão de doar sangue pode mudar o destino de muitas pessoas. Pode salvar vidas. Um gesto simples que também faz bem para você, porque é sempre muito gratificante ajudar alguém.

Doar sangue é fácil e seguro. O material utilizado é descartável e o volume de sangue colhido não vai fazer falta, pois o organismo se encarrega, rapidamente, da reposição.

ESPALHE VIDA. DOE SANGUE.

Para maior conforto, ligue antes para o número 155, opção 8. Saiba qual é a unidade da HEMOMINAS mais próxima de você e marque a data e a hora para sua doação.

Para doar sangue, é necessário:

- Ter e estar com boa saúde.
- Não ter tido hepatite após os 11 anos de idade.
- Ter entre 16 e 69 anos de idade. Jovens de 16 e 17 anos podem doar, acompanhados pelo responsável legal, que deverá apresentar um documento de identidade e assinar a autorização no local de doação. Se desacompanhado, o jovem deverá apresentar os seguintes documentos do responsável legal: autorização preenchida e assinada (modelo disponível no site www.hemominas.mg.gov.br) e a fotocópia do mesmo documento de identidade constante na autorização. A partir de 61 anos, o candidato à doação precisa comprovar a realização de pelo menos uma doação anterior.
- Pesar mais de 50 kg.
- Ter dormido bem na noite anterior à doação.
- Não ter sido exposto a situação de risco acrescido para doenças sexualmente transmissíveis.
- Não ter sido submetido a exame de endoscopia ou broncoscopia nos últimos 6 meses.
- Não ter feito tatuagem nos últimos 12 meses.
- Se for doar pela manhã, alimenta-se antes. Após o almoço, dê um intervalo de 3 horas.

É obrigatória a apresentação, no ato da doação, de documento original de identidade com foto, emitido por órgão oficial – Carteira de Identidade, Trabalho, Habilitação, Conselho de Classe ou Certificado de Reservista.

**PARA MAIS INFORMAÇÕES E AGENDAMENTO:
LIGUE 155, OPÇÃO 8 OU ACESSSE WWW.HEMOMINAS.MG.GOV.BR**

T 000-027 Março 01 Fevereiro 2016

Fonte: Impresso distribuído pela instituição aos doadores de sangue.

No caso de o doador apresentar alguma reação adversa vasovagal no momento da doação, o ato é interrompido e procede-se ao atendimento clínico da pessoa na própria “sala de coleta” ou ela é direcionada para a “sala de intercorrências”. Cabe mencionar que, durante todo o funcionamento do hemocentro, há profissionais médicos disponíveis para prestar o atendimento de doadores que apresentem reação adversa à doação, sendo os mesmos acionados quando necessário.

Ao final da captação do volume sanguíneo, o doador recebe uma ficha por meio da qual declara se tem conhecimento de algum risco que a utilização de seu sangue para fins de transfusão oferece. Esta ficha possui o mesmo código de identificação contido no *kit* de coleta. Tal fato permite que a origem do sangue seja rastreada e impede a identificação direta do doador.

O lanche pós-doação é oferecido aos doadores com o intuito de que estes permaneçam por um tempo adicional no hemocentro, restabelecendo-se antes de deixar a instituição. O tempo estimado nesta etapa é de 5 minutos. Se o doador manifestar alguma reação adversa neste período, procede-se ao seu atendimento pela equipe profissional, conforme explicado na etapa anterior.

Cabe acrescentar que todos os procedimentos executados pelos profissionais dentro do hemocentro encontram-se descritos segundo Procedimento Operacional Padrão Sistêmico- PSIS,

dispostos nos setores para consulta e tiveram sua última atualização em maio/15 (**Anexo IV**), evidenciando a organização e gerenciamento do processo de cuidado hemoterápico.

Para a captação dos elementos representacionais por meio da técnica de evocação livre não hierarquizada, prevista na abordagem estrutural das RS, os participantes doadores de sangue foram abordados logo após a sua aprovação na etapa de triagem, o que implica o seu encaminhamento para a realização da coleta do sangue.

A pesquisadora convidou os participantes a integrarem a pesquisa, e após explicitados os seus objetivos e assinado o TCLE, foi dada a sequência na coleta de dados. O participante foi perguntado inicialmente sobre suas características sociodemográficas e, em seguida, foi solicitado que mencionasse os cinco primeiros termos que lhe viessem à mente, ao pensar a respeito dos termos indutores “doar sangue”, “receber sangue” e “punção da veia para doar sangue”.

No caso de o participante não ter compreendido o processo de evocação, a pesquisadora lhe explicou como proceder, exemplificando a evocação a partir de outros termos indutores, de modo que não fosse oferecida ao participante uma sugestão de resposta almejada nesta investigação, ou que fosse politicamente correta. Após a realização da técnica de evocação, foi dada sequência na captação da abordagem processual das RS dos doadores de sangue sobre o processo de punção desempenhado para o ato de doação. Foram interrogadas ao participante as questões semiestruturadas contidas no instrumento de abordagem deste segmento (**Anexo II**), sendo o áudio de suas respostas apreendido em dispositivo gravador.

Para a captação da abordagem processual das RSs de profissionais das duas instituições sobre o processo de punção venosa desempenhado com fins hemoterápicos, este segmento de participantes foi abordado, após lhe terem sido explicitados os objetivos da investigação e eles terem externado sua concordância por meio da assinatura do TCLE.

Em seguida, foi aplicado o *survey* sobre sua prática profissional, cujo processo de apreensão se encontra apresentado adiante. Concluída a aplicação do *survey*, o participante foi interrogado sobre as questões norteadoras semiestruturadas contidas no instrumento direcionado à abordagem deste segmento de participantes (**Anexo II**).

4.6.3 Coorte com doadores de sangue

Antecedendo ao processo de coleta de dados da coorte propriamente dita com os doadores de sangue, foi realizado estudo piloto. O teste piloto consistiu na utilização dos métodos adotados na investigação em uma parcela da população amostral, e sua finalidade foi testar a adequação dos instrumentos e a preparação do pesquisador³³.

Ele oportunizou assegurar que a entrevistadora se familiarizasse com a técnica de abordagem dos participantes e que os itens previstos no projeto tivessem abordagem pertinente para o perfil dos potenciais participantes. A amostra populacional empregada no estudo piloto compreendeu uma fração dos participantes e seus resultados nortearam a adequação do instrumento para o perfil dos participantes, bem como proporcionaram experiência à entrevistadora para que seu conteúdo fosse abordado de forma homogênea na coorte³³.

O processo de coleta de dados ocorreu da seguinte forma: diariamente, foi utilizado o número da senha de chegada dos participantes como critério inicial para compor a lista de potenciais integrantes da investigação.

O potencial participante era convidado a integrar a investigação e, caso ele concordasse, receberia um código. O critério utilizado para composição desse código de identificação foi composto por um número contendo três dígitos precedidos por letra “D”, cuja numeração foi sequencial pela ordem de inclusão na coorte. Cabe considerar que outro participante somente era convidado a integrar a coorte após o acompanhamento do anterior ter se encerrado e, em caso de exclusão ou recusa do participante, foi prevista a abordagem do subsequente, segundo o ordem das senhas de chegada, que se encontrasse no recipiente para acompanhamento desde o início do processo.

Para operacionalizar a coleta de dados, foi adotada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é regulamentada em âmbito nacional pela Resolução n. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)¹⁹⁴. A SAE ainda não é realidade prática de todos os serviços de saúde, mas vem se incorporando como metodologia com bases científicas, favorecendo a segurança dos usuários, qualidade da assistência ofertada e autonomia do enfermeiro^{195; 196; 197}.

Para preservar a autonomia do usuário e assegurar um cuidado embasado em conhecimentos, os enfermeiros devem buscar apropriação de conteúdos que vão além das teorias específicas de enfermagem, incluindo a semiologia, fisiologia e patologia. Assim, serão conferidas ao profissional habilidades de reconhecer manifestações iatrogênicas e gerar indicadores de saúde que reflitam a realidade da qualidade da assistência prestada¹⁹⁵.

Assistir sistematicamente implica a aplicação do processo de enfermagem (PE), que se operacionaliza pela sequência das etapas, sintetizadas a seguir: 1) investigação com coleta de informações em nível individual ou coletivo, visando identificar as necessidades dos usuários; 2) diagnósticos de enfermagem (DE), que consistem na interpretação das informações adquiridas; 3) planejamento, apontando prioridades de demandas do(s) indivíduo(s) ou grupo(s); 4) implementação, com execução prática das ações e 5) avaliação, acompanhamento das respostas dos usuários e cuidados implementados pela equipe de enfermagem¹⁹⁵.

Foram seguidas as etapas de investigação, focando as manifestações de interesse, utilizando técnicas semiológicas padrão ouro de inspeção, palpação, mensuração, verificação de registros de enfermagem e evidenciação do DE “risco de trauma vascular”, conforme preconizado no processo de enfermagem.

Com relação às manifestações de interesse, essas são referentes à ocorrência de trauma vascular periférico, destacando-se: dor, alteração na coloração da pele, alteração de capacidade funcional da estrutura puncionada, alterações da integridade da pele e de temperatura⁹.

Com o intuito de explicitar como foi realizada a aferição das características definidoras de trauma vascular⁹, essas estão apresentadas a seguir.

A dor é concebida como relato referente a sensação desagradável ou dolorosa na região que foi puncionada ou se encontra em uso para terapia IV. A aferição, de caráter subjetivo, é viabilizada pela atribuição de valor em escala gradativa, sendo esse valor, diferente de zero⁹.

Ao exprimir fisionomia de desconforto diante da manipulação do sítio puncionado, ou adjacências, é possível inferir que o participante está manifestando a ocorrência dolorosa, sendo apreendida mediante a escada visual analógica⁹.

Incapacidade funcional refere-se à condição de restrição ou comprometimento parcial ou total da mobilidade da estrutura puncionada⁹. É possível aferir tal parâmetro com base na escala de Rossi e Mistrorigo, 1993.

A diminuição da elasticidade das paredes venosas consiste na redução da distensão dessas estruturas, sendo possível constatar a formação de um cordão venoso. Nesse sentido, cabe a aplicação de uma escala de três pontos, na qual o pesquisador caracteriza o vaso avaliado quanto à sua elasticidade⁹.

Quanto à coleção de secreção serossanguinolenta ou purulenta coincidente com o sítio de inserção ou adjacências, essa pode ser detectada espontaneamente, ou ao se comprimir o local. Nesse sentido, o profissional deve caracterizá-la quanto ao seu aspecto, quantidade, espessura e odor⁹.

Ao haver ruptura da integridade da pele no local puncionado, ou em suas proximidades, em decorrência de inserção ou manutenção de cateter IV, sua identificação pode ocorrer pela caracterização da solução de continuidade evidenciada, com o auxílio do emprego de referenciais básicos⁹.

Cabe mencionar que a solução de continuidade refere-se à ocorrência de orifícios puntiformes, ou formação de relevo por crosta, coincidente com o sítio de inserção do cateter IV, durante sua manutenção, ou após sua retirada. É possível apreender tal característica, ao se descreverem os sítios de cicatrização em membros puncionados, pelo pesquisador ou pelo pesquisado⁹.

O edema consiste em alteração de integridade devida ao acúmulo de líquido nos interstícios ou interior celular, desencadeando aumento do diâmetro da estrutura na qual foi realizada a punção. Sua apreensão pode ocorrer mediante relato daquele que é examinado, ou constatação de cacifo, ou mensuração do diâmetro do membro em comparação ao seu contralateral⁹.

O ingurgitamento de rede venosa colateral após sua punção pode ser identificado a partir do relato da pessoa examinada, ou quanto à sua inspeção e caracterização quanto a ingurgitamento ausente, presente, preservado ou intensificado⁹.

A temperatura da localidade circunscrita ao sítio de inserção de cateter IV, ou após sua remoção, pode ser investigada com base no relato da pessoa avaliada, ou mediante a palpação do pesquisador, constatando temperatura aumentada, diminuída ou semelhante⁹.

A ocorrência de depressão persistente da área inspecionada mediante sua compressão pode caracterizar a formação de sinal de cacifo positivo, em escala de quatro cruces, que vai da ausência de depressão(-/4+) a depressão intensa (++++/4+)⁹.

Caso haja formação de enduredo em local circunscrito à inserção de cateter IV, este pode ser caracterizado por espessamento de pele, ocorrência de relevo, dilatação de poros, aumento de consistência cutânea e sinal de cacifo negativo. Sua constatação pode ser apreendida pelo relato do pesquisado, bem como pela detecção dessas alterações pela inspeção do pesquisador⁹.

Em decorrência de drenagem intensificada pelos linfonodos próximos ao local no qual foi realizada uma punção no indivíduo, a palpação da estrutura pode evidenciar essa alteração⁹.

A modificação da coloração da pele circunscrita ao local puncionado, caracterizando a ocorrência de hematoma, eritema, cianose, acastanhamento, esverdeamento ou palidez, pode ser evidenciada pela comparação do padrão de coloração do indivíduo, pelo emprego da paleta cromática⁹.

O extravasamento de líquidos acumulados decorrente de transfixação de vaso puncionado pode ser apreendido de forma similar à mencionada com relação à detecção do parâmetro de edema. A alteração de circunferência do membro puncionado pode ser apreendida pela medição de seu membro contralateral⁹.

A ocorrência de trombose ou flebite consiste em processo inflamatório, com possível formação de trombos, os quais podem decorrer de utilização da rede venosa, estendendo-se às adjacências, caracterizando sinais flogísticos e alteração de capacidade funcional, podendo durar semanas. Sua apreensão pode ocorrer por aferição de escore doloroso e alteração de sensibilidade ao toque⁹.

A infecção ou formação de abscesso decorrente de processo inflamatório ou infeccioso circunscrito ao sítio puncionado ou seu trajeto venoso pode decorrer de transfixação do vaso, com deslocamento de líquidos, sangue ou soluções administradas, devido à inserção, manutenção ou remoção de cateter IV. Pode ser evidenciado por relato do indivíduo, aferição de escore doloroso,

caracterização de alteração de coloração da pele próxima ao local puncionado, indo da normalidade de cor e temperatura, à sua alteração para aumento/diminuição⁹.

Foi acompanhado o processo de punção de veias e realizadas até três avaliações posteriores do sítio anatômico puncionado em dias consecutivos, documentados a partir de protocolo de avaliação do sítio de inserção do cateter e áreas adjacentes segundo instrumento de coleta de dados anteriormente descrito.

Realizaram-se registros fotográficos daqueles critérios que foram passíveis de documentação indicativos de manifestações de trauma vascular que ocorreram. Esses registros foram feitos de modo semelhante ao empregado na construção dos estudos de caso.

Em seguida, foi definido local para encontro da pesquisadora com o usuário que teve seu vaso puncionado para acompanhamento e avaliação do sítio de punção, conforme conveniência do entrevistado (domicílio, trabalho, instituição de ensino etc.).

Cabe ressaltar que, na impossibilidade de se definir um local para o encontro, foi proposto ao usuário realizá-lo na instituição de ensino que atua como referência na região onde os dados foram coletados. No entanto, esta instituição não foi cenário desta pesquisa. A pesquisadora teve o cuidado de empregar técnicas comunicacionais e relacionais no intuito de amenizar os possíveis desconfortos para o participante, acarretados pelo processo de coleta de dados.

O acompanhamento do usuário iniciou-se em um período inferior a 24 horas decorridas da realização da punção para fins de doação de sangue, tendo se estendido até 48 horas, em virtude da constatação da evolução de característica definidora de tauma apresentada. No caso do participante ter apresentado manifestações de trauma vascular, ele foi orientado sobre a adoção de medidas para minimização de reações, compreendendo aplicação de compressa fria no local, bem como o retorno ao hemocentro para contatar a equipe.

Na ausência de ocorrência de manifestações de trauma vascular, o usuário recebeu orientações sobre sua preparação às vésperas do ato de doar de sangue, tais como o aumento da ingesta hídrica, a realização de repouso e a escolha de dias com temperaturas mais altas, com a finalidade de favorecer a visualização do vaso a ser puncionado. Essas orientações reforçadas pela pesquisadora foram apreendidas com os próprios profissionais do hemocentro. Constituem informações que têm orientação de serem fornecidas aos usuários no momento da doação de sangue pela equipe assistencial.

4.6.4 Survey com profissionais que puncionam vasos: instituição hospitalar e Hemocentro

Posteriormente à ambiência, foi iniciada a realização da abordagem dos profissionais que puncionam vasos com fins hemoterápicos das duas instituições. Após a identificação dos potenciais participantes, os mesmos eram abordados, conforme explicitado na seção sobre apreensão das representações sociais nas abordagens estrutural e processual.

O *survey* sobre a prática profissional com punção de vasos foi aplicado posteriormente à captação das representações sociais, no intuito de não influenciar sua apreensão, uma vez que faz com que o participante passe pelo processo de elaboração de resposta, mesmo com o emprego do instrumento estruturado, anteriormente descrito.

Os profissionais eram interrogados pela pesquisadora sobre as variáveis contidas no instrumento. No caso de incompreensão da questão, a pesquisadora fornecia explicação do seu objetivo, bem como um exemplo de resposta a ser dada. Os participantes apresentavam as respostas ao questionário, e a pesquisadora realizava o registro das mesmas no instrumento, de forma cursiva.

A pesquisadora teve a preocupação de empregar técnicas comunicacionais e relacionais no intuito de amenizar os possíveis desconfortos para o participante, acarretados pelo processo de coleta de dados. Ao ser finalizada a aplicação do *survey*, o participante era liberado pela pesquisadora, retomando suas atividades laborais na respectiva instituição onde foi abordado.

4.6.5 Survey sobre a Punção de vasos: autopercepção e satisfação de doadores de sangue

Posteriormente ao processo de punção desempenhado com a finalidade de doação de sangue para a composição da coorte, foi aplicado o questionário sobre a avaliação do nível de satisfação de doadores com o processo de punção venosa desempenhado, e as questões contempladas foram explicitadas anteriormente na descrição do instrumento.

Reforçava-se para os usuários que sua participação na pesquisa e suas respostas sobre a prática de punção desempenhada no serviço serviriam de *feedback* à pesquisadora. O intuito era o de contribuir para o conhecimento de fatores intervenientes sobre a doação de sangue. Eles foram informados também de que sua participação não acarretaria em ônus ao seu atendimento pelo serviço.

Após a finalização do processo de punção, o usuário foi interrogado sobre as questões contempladas no instrumento referente a esta etapa da investigação, ainda nas dependências do hemocentro. A aplicação do *survey* ocorreu frequentemente no momento da realização do lanche pós-doação.

Posteriormente ao questionamento, o usuário manifestava sua compreensão ou não da pergunta, sendo-lhe fornecido um exemplo de resposta, caso solicitasse. Houve, em geral, a compreensão dos participantes, e foi necessária a apresentação de exemplos de resposta mais frequentemente com o uso da escala gradativa.

A pesquisadora teve o cuidado de empregar técnicas comunicacionais e relacionais no intuito de amenizar os possíveis desconfortos para o participante, acarretados pelo processo de coleta de dados. Ao ser finalizada a aplicação do *survey*, o participante era liberado pela pesquisadora, sendo orientado sobre os passos seguintes da pesquisa.

4.7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a obtenção de dados pela triangulação de técnicas da abordagem qualitativa, foi realizada a etapa de consolidação e análise destes dados. Os procedimentos empregados segundo sua abordagem foram explicitados a seguir.

4.7.1 Estudos de casos com receptores de hemocomponentes

Para composição dos estudos de caso, os dados coletados pela triangulação de técnicas puderam ser analisados com base nas proposições teóricas que direcionaram a pesquisa ou a partir da descrição dos eventos identificados. A análise dos estudos de caso contemplou a comparação dos padrões encontrados, em que as coincidências reforçaram as evidências que embasaram a construção de explicações que contribuíram para identificar as possíveis causas dos eventos relatados referentes ao processo de punção de veias com fins hemoterápicos¹⁸⁸.

4.7.2 Representação Social estrutural e processual com profissionais das duas instituições e doadores de sangue

Na análise da RS com abordagem estrutural, a caracterização sociodemográfica dos participantes foi transcrita para o programa IBM SPSS, o que constituiu o primeiro passo. Em seguida, fez-se a análise do produto das evocações realizadas.

O foco da abordagem estrutural das RS foi a obtenção dos elementos pertencentes ao seu núcleo central, que contém suas unidades cujos significados possuem maior relevância. Para isso, adotou-se o emprego da técnica proposta por Pierre Vergès, que combinou a frequência de citação das palavras com sua ordem de pronúncia, permitindo a estruturação de sua possível hierarquização¹⁸³.

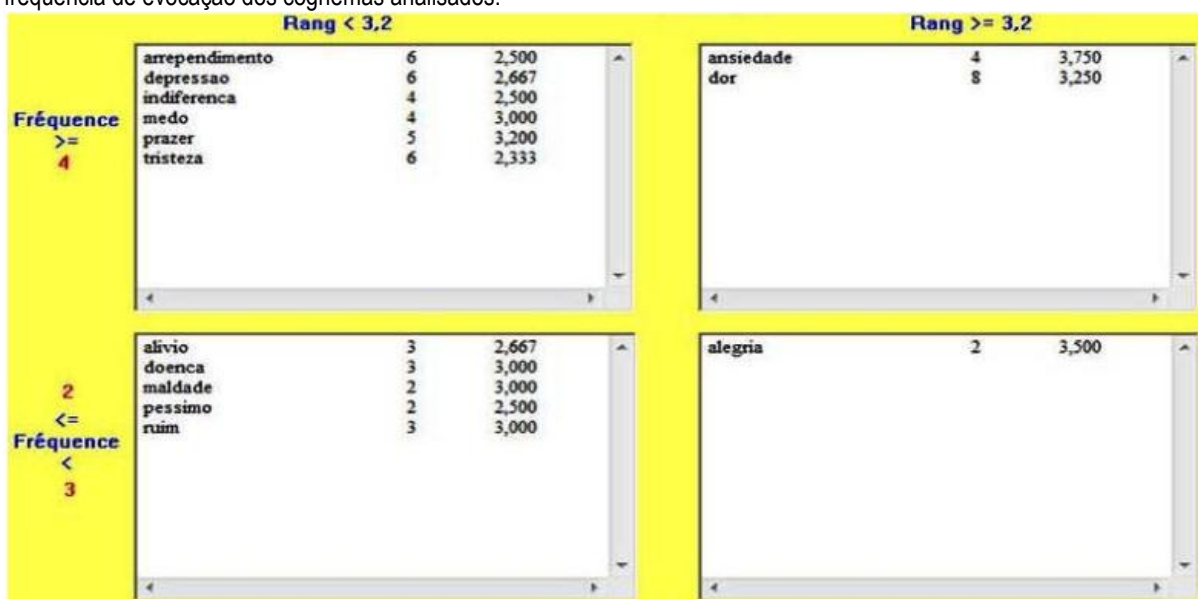
Para a análise qualitativa do conteúdo evocado, pode ser empregada a uniformização do produto verbalizado pelos participantes, que incluiu ajustes com relação a número, gênero, pessoa,

entre outros, visando eliminar erros de digitação ou repetição não intencionais dos mesmos. Estes ajustes puderam ser associados à categorização de termos semelhantes de acordo com o seu conteúdo semântico, auxiliando a construção do dicionário²⁰.

Para fins de cálculo e análise, foram realizadas médias ponderadas a partir de valores atribuídos para cada termo evocado, referindo-se a sua ordem média de evocação (OME). Frequência e OME constituíram os eixos de ordenadas e abscissas que compuseram o quadro de quatro casas e, ao serem compatibilizadas, evidenciaram os termos mais prováveis de ser os componentes do núcleo central das RS¹⁸³.

A **Figura 23**, apresentada a seguir, teve origem em outra pesquisa¹⁸¹ e sua inclusão nesta investigação teve a finalidade de exemplificar o produto resultante do processo de construção do quadro de quatro casas, que foi executado segundo os mesmos passos metodológicos.

Figura 23: Formatação do quadro de quatro casas emitido pelo programa EVOC contendo quadrantes a partir do rang e da frequência de evocação dos cognemas analisados.



Fonte: Queiroz et al. Triangulação de métodos na representação social: auto punção de drogas em (ex) usuários soropositivos para HIV. R. Enferm. Cent. O. Min. vol.4, n. 3, 2014.

Os cognemas evocados foram transcritos para uma planilha do programa Excel, respeitando a ordem de participação de cada indivíduo. Isso possibilitou a identificação do participante com finalidade de análise da correspondência das informações e estruturação do corpus dos dados¹⁹⁸.

Este corpus previamente construído foi transportado para o programa EVOC, que realiza os cálculos das frequências e OMEs, e sua dispersão, organizada nos quadrantes do quadro de quatro casas a partir da predefinição do ponto médio de evocação, dos valores mínimos de frequência de um mesmo cognema mencionado pelos participantes e pelo ponto médio de frequência a ser considerado²⁰.

Cada setor do quadro de quatro casas abriga componentes com as mesmas características e contribui para identificação dos elementos representacionais. O quadrante superior esquerdo (QSE) compreende a área do núcleo central e seu conteúdo abrange os cognemas mais recorrentes, prontamente evocados e de maior relevância, sendo associados aos consensos e elementos centrais das RS, conferindo-lhe estabilidade^{198; 199; 200}.

O quadrante inferior esquerdo (QIE) representa a área de contraste e abrange os termos citados com pouca frequência, mas considerados relevantes pelos participantes, e os termos mais divergentes do consenso geral. O quadrante superior direito (QSD) constitui a primeira periferia e contém os termos citados em maior frequência, mas que, no entanto, são julgados menos relevantes para quem os enuncia. Apesar de seu conteúdo ser categorizado como periférico dentro da RS, este quadrante abriga os elementos mais importantes dentro da periferia^{198; 199; 200}.

Por fim, o quadrante inferior direito (QID) representa a segunda perifeira onde estão contidos os cognemas citados com menor frequência e considerados menos relevantes para identificação da RS dos participantes sobre o objeto de pesquisa^{198; 199; 200}.

Assim sendo, a análise dos elementos de cada quadrante foi fundamental para determinar o grau de centralidade conferido a cada termo mencionado, apontando as possíveis direções a serem tomadas nas intervenções que visem à melhora do quadro manifestado diante de um objeto representacional¹⁸¹.

A análise da RS com abordagem processual partiu dos discursos provenientes das entrevistas individuais com doadores/receptores de sangue e profissionais que puncionam vasos, seu conteúdo foi consolidado com auxílio do software *Word for Windows*®. Posteriormente, foi realizada sua inserção no software Nvivo® (versão 10), que categorizou trechos transcritos em clusters ou “nós” que abrigaram transcrições com as mesmas características semânticas^{181; 201}.

A análise dos discursos obtidos em pesquisa qualitativa buscou interpretar tanto os seus aspectos consensuais quanto os divergentes, abrangendo-os integralmente. A análise temática do conteúdo foi possibilitada a partir da identificação das unidades de registro provenientes da decomposição dos elementos da mensagem captada. As unidades de contexto puderam ser aliadas às unidades de registro, conferindo maior amplitude de referências para a compreensão do conteúdo que foi analisado¹⁹³.

São destacados como passos metodológicos empregados na análise: a categorização, que pode acontecer previamente ou à medida que o material for examinado; a inferência, quando algo foi pressuposto com base no conteúdo e na literatura existente sobre o tema investigado; a descrição e a interpretação, que procuraram oferecer uma significação mais abrangente do discurso. O emprego destas etapas não esteve condicionado a ocorrer rigorosamente nesta ordem. Estes passos foram

operacionalizados a partir de leitura exaustiva do material com fins compreensivos, realização da análise propriamente dita e síntese da interpretação obtida que fizesse interface com os pressupostos da investigação, de modo a atendê-los. Define-se assim o critério de saturação da análise, por frequência dos relatos nas categorias estruturadas¹⁹³.

Figura 24: Esquema ilustrativo da frequência dos fragmentos de discurso dos 62 profissionais participantes segundo fonte e categoria.

Nome	Fontes	Referências
Circunstância ou Situação	55	246
Dimensões representacionais	0	0
comportamental e atitudinal	56	286
Informativa e conhecimentos	57	249
objeto representacional	54	128
valorativa	56	257
Êxitos e fracassos	0	0
Exitos profissionais	44	119
Fracassos profissionais	50	136
motivos atribuídos	56	280
Novidades e surpresas	46	117
Origem da representação	0	0
Experiência e familiares	40	90
Experiência própria	54	167
Punções presenciadas por terceiros	45	75
relação dual prof e usuário puncionado	61	263

4.7.3 Coorte com doadores de sangue

Para a análise dos dados da coorte com doadores de sangue, eles foram consolidados no software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 21.0. Sua análise ocorreu por frequência simples, percentual, risco relativo e quiquadrado, a fim de evidenciar a incidência de trauma vascular periférico na população doadora de sangue. Tal análise foi corroborada pelos registros fotográficos documentados pela pesquisadora, nas ocasiões peri e pós- doação de sangue, cujas evidências de traumas foram passíveis de documentação por imagem.

Para calcular o risco relativo, foi tomada por base a construção de um quadro de contingência composto de eixo de ordenadas e abscissas, nas quais foram alocadas a presença ou ausência do desfecho e as situações de exposição respectivamente.

Figura 25: Quadro de contingência e fórmula utilizada para o cálculo do Risco Relativo.

	Trauma (desfecho)	Não Trauma (não desfecho)	Total
Expostos	A	B	A+B
Não expostos	C	D	C+D
Subtotal	A+C	B+D	A+B+C+D

$$RR = \frac{A/(A+B)}{C/(C+D)}$$

Onde:

- A: Situações de presença de trauma vascular entre pessoas expostas ao risco
- B: Situações de ausência de trauma vascular entre pessoas expostas ao risco
- C: situações de presença de trauma vascular entre pessoas não expostas ao risco
- D: situações de ausência de trauma vascular entre pessoas não expostas ao risco
- A+B= situações de exposição ao risco
- C+D: situações de não exposição ao risco
- A+C: situações de presença de trauma vascular
- B+D: situações de ausência de trauma vascular

Fonte: MEDRONHO, R. D. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2009.

Os valores do risco relativo foram considerados como iguais a 1, quando não foi constatada associação entre o fator desencadeante e a situação de exposição; $RR < 1$ quando a associação foi identificada e foi atribuída ao fator protetor; $RR > 1$ quando a associação se deu em consequência de um fator de risco. Esta atribuição de valores para o cálculo do risco relativo permitiu afirmar que quanto maior o valor identificado no RR, maior seria a probabilidade de a variável (interveniente) ocasionar manifestações de trauma vascular periférico.

Cabe esclarecer que o cálculo de quiquadrado foi utilizado para a comprovação da força de correlação existente entre o desfecho (pelo menos uma manifestação de trauma vascular periférico) e a exposição (fatores intervenientes) quando o $p\text{-valor} \leq 0,05$.

4.7.4 Survey com profissionais que punccionam vasos: instituição de ensino e Hemocentro

Para a análise dos dados do *survey* com o segmento de participantes de profissionais, os dados obtidos durante sua abordagem foram consolidados no *software* SPSS versão 21.0. Sua análise ocorreu por frequência simples, percentual, risco relativo e quiquadrado, a fim de evidenciar as correlações entre os quesitos referentes à sua formação e aquisição de *expertise* profissional.

A análise dos dados pôde ser corroborada pela entrevista semiestruturada, realizada na etapa referente à obtenção da representação social na abordagem processual dos profissionais sobre o processo de punção venosa desempenhado com fins hemoterápicos, cuja análise foi descrita anteriormente.

O pressuposto da triangulação de métodos e técnicas valida a possibilidade de integração da análise de dados obtidos por diferentes abordagens, dentro de uma pesquisa envolvendo método misto.

4.7.5 Survey sobre a Punção de vasos: autopercepção e satisfação de doadores de sangue

A análise dos dados obtidos, a partir do *survey* com o segmento de participantes de doadores de sangue, ocorreu mediante sua consolidação no *software* SPSS versão 21.0. Sua análise se deu por frequência simples, percentual, risco relativo e quiquadrado, a fim de evidenciar as correlações entre os quesitos referentes às suas impressões obtidas a partir da vivência com o processo de punção venosa periférica para a doação de sangue.

A análise dos dados pôde ser corroborada pelas etapas de evocação livre não hierarquizada e entrevista semiestruturada, realizadas nas etapas referentes à obtenção das representações sociais nas abordagens estrutural e processual dos doadores sobre o processo de punção venosa desempenhado na efetivação da doação de sangue, cuja análise encontra-se explicada anteriormente.

O pressuposto da triangulação de métodos e técnicas valida a possibilidade de integração da análise de dados obtidos por diferentes abordagens, dentro de uma pesquisa envolvendo método misto.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A presente investigação foi iniciada somente após terem sido atendidos todos os critérios previstos na legislação vigente sobre pesquisas contemplando seres humanos, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde²⁰². Com a regularização dos procedimentos éticos e aprovação do projeto na Plataforma Brasil sob o parecer da CAAE nº 43295915.1.0000.5147, em 28/05/2015 (**Anexo I**), iniciou-se o processo de coleta de dados na instituição hospitalar.

Por se tratar de uma investigação delineada pelo método misto, foi necessária a dupla submissão, em virtude de a investigação ter previsto a utilização de dois cenários. Estes são dotados de comitês de éticas distintos, para a apreciação de propostas de investigação a serem realizadas nestas instituições.

O atendimento dos procedimentos éticos obteve a aprovação do projeto na Plataforma Brasil, sob o parecer nº 51781415.5.0000.5147, emitido em 10/12/2015, pelo Comitê de Ética da UFJF e pelo parecer de nº 51781415.5.3001.5118, em 11/01/2016 (**Anexo II**), pelo Comitê de Ética da Fundação responsável pelo cenário coparticipante.

Assim, iniciou-se a fase de ambiência no cenário do hemocentro regional em janeiro/2015, com o objetivo de possibilitar a integração da pesquisadora ao ambiente, o reconhecimento dos processos assistenciais de trabalho da equipe de profissionais de saúde e de identificar o atendimento fornecido aos doadores de sangue atendidos neste cenário.

Após a identificação dos potenciais participantes, estes foram abordados a fim de externarem sua concordância em participar, ou não, da investigação, por meio da assinatura do TCLE, após terem sido informados sobre os objetivos da investigação e no que consistiria a sua participação.

A presente pesquisa foi considerada como oferecedora de riscos mínimos aos participantes, uma vez que não compreendeu a realização de nenhuma intervenção de cunho invasivo em nenhum segmento participante, tendo sido empregadas apenas aferições clínicas e aplicação de técnicas semiológicas para avaliação dos sítios de punção venosa. Os resultados foram tratados com critérios de anonimato sobre a identificação dos participantes e sua participação consistiu em ação voluntária não remunerada.

Cabe mencionar que, apesar de esta investigação ter estimado a existência de riscos mínimos aos seus participantes, houve por parte das pesquisadoras a preocupação de minimizar tais riscos, sendo por isso utilizados métodos comunicacionais, relacionais, anonimato, além de respeito humano e convivência ética para proteção dos participantes e da imagem institucional.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram apresentados, a seguir, os resultados obtidos com a realização das abordagens distintas, previstas na adoção do método misto. Os resultados foram apresentados segundo a sequência exposta no delineamento da investigação (**Figura 17**).

5.1 ESTUDOS DE CASOS COM RECEPTORES DE HEMOCOMPONENTES

A apresentação dos estudos de casos de receptores de hemocomponentes foi precedida da caracterização dos participantes recrutados para esta etapa da investigação. Após sua caracterização, foi apresentado o caso de cada participante, individualmente.

5.1.1 Caracterização dos participantes

Foram acompanhadas seis pessoas em processo de transfusão de hemocomponentes cuja caracterização foi: quatro pessoas do sexo masculino, com idades variando de 21 a 77 anos (média de 54 anos). O nível de escolaridade predominante foi o 1º grau incompleto, renda familiar média referida inferior a dois salários mínimos (cerca de 1.500 reais), quatro participantes declararam viver com companheiro (união estável e matrimônio) e cinco participantes autodeclararam-se de cor branca.

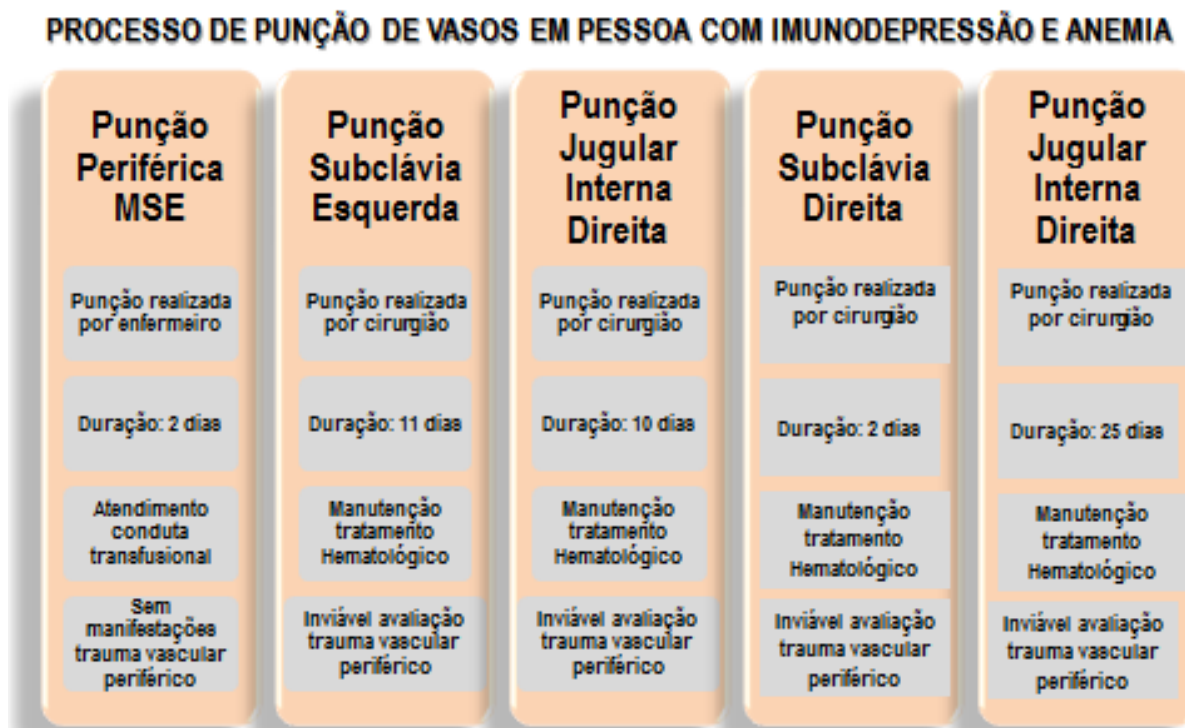
Os motivos para a internação hospitalar foram: aplasia de medula óssea, insuficiência renal aguda, anemia não especificada, cirrose hepática alcoólica e mieloma múltiplo, segundo o Código Internacional de Doenças (CID) atestado em seus prontuários. Os motivos atribuídos à transfusão sanguínea pela equipe assistencial médica foram: tratamento de anemia, plaquetopenia e quadro hemorrágico caracterizado por melena (sendo indagada a possibilidade de associação com o histórico de cirrose alcoólica do usuário).

5.1.2 Estudo de Caso do participante código R01

FNC, sexo masculino, 21 anos, permaneceu internado na instituição hospitalar por 58 dias, no setor de Transplante de Medula Óssea (TMO), em decorrência de quadro de anemia aplásica. Este quadro de aplasia medular levou à recomendação da realização de transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas, como conduta terapêutica.

Durante o período de sua internação na instituição hospitalar, foram realizados cinco procedimentos de punção venosa neste participante, cujas localizações constam da **Figura 26**.

Figura 26: Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular:



Fonte: As autoras.

No caso do Sr. FNC, a primeira punção ocorreu após sua admissão, sendo a mesma realizada para fins de transfusão de unidades de concentrados de plaquetas, para tratamento de condição de plaquetopenia, tendo em vista não haver terapia intravenosa medicamentosa prescrita na ocasião e haver o tratamento hemoterápico definido.

O processo de punção venosa foi realizado por profissional enfermeiro, teve seu registro de ocorrência documentado em prontuário com os seguintes componentes: data, horário de sua realização, tipo do cateter, calibre e sítio de sua inserção, nome, categoria, carimbo e assinatura do profissional. O conteúdo do registro mencionava que ele foi executado “sem intercorrências” pelo profissional no local, braço do MSE, face medial, terço distal; utilizando como cateter IV um jelco, calibre nº 20G, tendo este sido conectado a um dispositivo de dupla via, que foi mantido salinizado com SF 0,9% porque o usuário não estava utilizando outras medicações intravenosas.

Embora não houvesse registro documental do tipo de veia puncionada, foi possível, durante o acompanhamento do caso, identificar que se tratava de uma veia do tipo flexível, com calibre médio, impalpável e não visível na ocasião da avaliação, trajeto retilíneo e situada em região fora de articulação óssea, segundo os critérios de mensuração anteriormente mencionados.

O acesso periférico do participante encontrava-se sob cobertura transparente adesiva de acordo com padronização institucional, contando com registros profissionais referentes ao nome do

profissional executor da punção venosa periférica e data de sua realização em suas laterais. Para impossibilitar a identificação do profissional responsável, estes registros foram cobertos por quadrados azuis na foto tirada pela pesquisadora.

A cobertura adotada para fixação do cateter intravascular permitia a visualização do sítio de inserção do mesmo e das áreas adjacentes. O extensor estava fixado pela própria cobertura adesiva transparente, abrangendo cerca de um terço de sua totalidade. A extremidade distal do extensor encontrava-se sem nenhum tipo de material para a sua fixação junto a pele do usuário.

O cateter IV, que não apresentava sinais flogísticos no local de sua inserção ou nas áreas adjacentes, encontrava-se inserido a menos de 24 horas no participante. No momento da avaliação, não foi detectada qualquer sujidade ou umidade próxima ao sítio de inserção do cateter IV. O extensor, apesar de estar sendo mantido salinizado com SF 0,9% na ocasião, evidenciava a presença de sangue em seu interior.

Ao ser examinado, o participante referiu não apresentar manifestação de dor relacionada ao sítio de acesso, ou às suas adjacências. Possuía escore sete na escada visual analógica, segundo a aferição de sua expressão fisionômica e não se queixou espontaneamente sobre dor no decorrer de sua avaliação.

A coloração da pele do participante foi determinada com base na paleta cromática, tendo sido evidenciada a coloração de número 71, sem indícios de alterações de cor em sua inserção ou adjacências. Ainda com relação aos aspectos referentes à pele do participante, ela se mostrava normal, com relação à sua espessura, aproximada da normalidade.

Na aferição de sua capacidade funcional, não foram evidenciadas alterações, sendo-lhe atribuído o índice cinco, segundo a escala de Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993. O participante não apresentava restrição de movimentos e estava realizando atividades como sua higiene corporal sem auxílio, conforme referido na ocasião da avaliação.

A avaliação da integridade da pele do participante não evidenciou alterações referentes à ocorrência de edema, endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção, tanto no sítio de inserção do cateter quanto em suas adjacências. A temperatura da pele próxima ao sítio puncionado não possuía alterações perceptíveis ao toque e palpação manual, realizada pela pesquisadora. O sítio puncionado não apresentava pelos no local. A fixação do cateter IV e de parte do seu extensor foi realizada pela colocação de cobertura adesiva transparente, tendo sido utilizadas pelo enfermeiro duas unidades desta cobertura.

Conforme a aferição dos critérios anteriormente mencionados na avaliação, foi constatado pela pesquisadora que o participante não apresentava quaisquer evidências referentes ao diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”, ou sinais e sintomas que caracterizassem sua manifestação.

Durante a abordagem, o participante encontrava-se calmo e tranquilo em seu quarto, contava com presença de acompanhante em período integral e negou a manifestação de dor, incômodo ou desconforto referente à realização do procedimento de instalação do cateter IV, quando foi indagado a respeito.

Esta punção venosa foi documentada por fotografia e comprova a ausência de sinais de trauma vascular pelos critérios passíveis de ser apreendidos por registro visual (**Figura 27**).

Figura 27: Fotografia do acesso venoso periférico realizado no participante código: R01.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

Na avaliação realizada pela pesquisadora, foi possível identificar ausência de sinais de trauma vascular, pelo emprego de técnicas de inspeção e palpação do sítio de inserção do cateter IV. No dia seguinte a esta avaliação, o participante foi levado para o centro cirúrgico, onde passou por um procedimento, realizado por profissional médico, de instalação de acesso venoso central em veia subclávia esquerda.

O acesso venoso periférico, cuja avaliação foi documentada anteriormente, foi retirado em virtude da instalação do acesso venoso central. Estas informações foram obtidas com a equipe de enfermagem do setor e o participante não foi encontrado no leito para avaliação do sítio puncionado previamente.

Segundo registros profissionais, verificados no dia em que o participante teve o segundo acesso venoso puncionado, o acesso central, o usuário apresentou sangramento moderado associado ao quadro de plaquetopenia (Pla_q: 84.000) e à realização do procedimento invasivo.

Em virtude de o participante ter apresentado quadro febril (não havendo registro da temperatura corporal no impresso “evolução”), houve a adoção de conduta terapêutica profilática de infecções, tendo sido iniciada a infusão de antibioticoterapia no usuário. Seu acesso venoso central

passou, portanto, a ser utilizado com maior frequência. Foi realizado exame de hemocultura, com resultado negativo.

Os registros continham a descrição das intervenções de enfermagem realizadas, no intuito de conter o sangramento, como compressão local e acionamento do médico plantonista para a comunicação do caso. O quadro de sangramento foi contido e foram realizadas novas transfusões de concentrado de plaquetas, diariamente, no participante no decorrer dos dias seguintes. Devido ao seu quadro de neutropenia, foi contraindicado pela equipe de enfermagem que a pesquisadora se aproximasse do participante para realizar novas avaliações do sítio de punção venosa periférica.

O acesso venoso central foi mantido durante 11 dias, tendo sido monitorado pela equipe de enfermagem da instituição a cada turno de trabalho. Foram verificados pela pesquisadora os registros diários de inspeções e avaliações realizadas pelos profissionais de enfermagem. Este acesso foi notificado pela equipe de enfermagem como “perdido” durante o banho matinal do participante. Houve o registro de perda sanguínea pelo sítio de inserção do cateter central e a realização de curativo oclusivo e compressivo no local até a cessação do sangramento.

Para assegurar a continuidade do tratamento hemoterápico, foi necessária nova punção, realizada por profissional médico em veia jugular interna direita. O registro realizado pela equipe de enfermagem sobre a avaliação do acesso puncionado mencionou a ocorrência de sangramento após a punção, o qual foi referido, no dia seguinte, como cessado. Este acesso em veia jugular interna direita foi mantido por dez dias. Os registros de avaliação do acesso venoso pela equipe de enfermagem referentes ao período de permanência deste cateter não mencionaram intercorrências.

Por ocasião de obstrução do acesso em veia jugular interna, foi necessária a realização de novo acesso venoso no participante para a continuidade do tratamento, foi realizada a punção em veia subclávia direita, por profissional médico, cuja permanência foi evidenciada por dois dias.

Devido à “perda” do acesso central, foi realizado um novo acesso venoso central na veia subclávia direita do participante, por profissional médico, tendo este acesso permanecido por 25 dias, até a alta hospitalar do participante. Este acesso viabilizou, além da conduta terapêutica empregada para a realização do transplante, incluindo antibioticoterapia e administração de agentes imunossupressores, a infusão de 1.250mL de Células Tronco Hematopoéticas (CTH), contidas em três bolsas, para finalidades de transplante alogênico.

O transplante foi realizado por profissional enfermeiro, tendo sido registrado como “sem intercorrências”, não havendo a manifestação de alterações pelo usuário no seu decorrer. Foram verificados os registros de avaliação deste acesso pela equipe de enfermagem, não sendo evidenciadas manifestações de alterações no período de utilização do acesso, bem como quadro de obstrução ou extravasamento.

Ao longo deste período de internação, o participante foi submetido a 28 procedimentos transfusionais, nos quais foram transfundidos 104 unidades de concentrados de plaquetas e 14 unidades de concentrados de hemácias. Houve também a infusão das três unidades de CTH, totalizando 1.250mL.

Verificou-se nos registros que o participante havia recebido transfusões anteriormente, em outros serviços de saúde, referentes a 27 concentrados de hemácias e 49 concentrados de plaquetas. Estes registros evidenciam a experiência prévia do usuário com transfusões sanguíneas. Durante a realização destes procedimentos transfusionais, foi mencionada a ocorrência de quadro febril e pico hipertensivo por duas vezes. As transfusões foram interrompidas, atendendo ao protocolo institucional de transfusões, que orienta a interrupção do procedimento, no caso de possíveis manifestações de reações transfusionais.

Em virtude de ter ocorrido a “pega” (enxertia) da medula após o transplante, o participante teve sua alta hospitalar após totalizados os 58 dias de internação. Houve seu referenciamento para acompanhamento ambulatorial posterior com o serviço de hematologia da instituição. Devido ao histórico apresentado pelo participante, é possível verificar que o processo de punção venosa periférico foi requerido para transfusão de hemocomponentes, logo na admissão do mesmo, e realizado com êxito pela equipe de enfermagem, que prestou o seu acompanhamento posterior.

Seguindo o protocolo de atendimento a este perfil de usuário, foi detectado pela equipe assistencial que o participante necessitaria posteriormente de drogas vesicantes (imunodepressoras e antibióticas) para continuidade de seu tratamento. Para maior permanência do acesso e minimização de exposição a intervenções invasivas, optou-se por um acesso venoso central, que foi realizado com sucesso pela equipe médica.

A “perda” do acesso venoso central do participante reflete uma situação passível de ser prevenida, no entanto, a equipe assistencial tomou as providências previstas e cabíveis, assegurando a realização de novo acesso venoso central para continuidade da terapia transfusional e medicamentosa e evidenciou todo o ocorrido por meio de registros documentais.

5.1.3 Estudo de Caso do participante código R02

MS, 45 anos, sexo feminino, esteve internada na instituição hospitalar por 55 dias, no setor de enfermaria clínica feminina, devido ao quadro de hipoplasia e displasia de medula espinal (conforme CID em seu prontuário). Este quadro de aplasia medular, em associação à recorrência de metrorragia, levou à recomendação de internação hospitalar para realização de histerectomia, como conduta terapêutica. Exames realizados na ocasião da admissão hospitalar evidenciaram plaquetopenia (Plaq: 1.000), o que reforçava a necessidade de controle do quadro de metrorragia.

Durante o período de sua internação na instituição hospitalar, foram realizados seis procedimentos de punção venosa, cujas localizações constam da **Figura 28**.

Figura 28: Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular:

PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS EM PESSOA COM IMUNODEPRESSÃO, ANEMIA E PLAQUETOPENIA

Punção Periférica MSE	Punção Periférica MSD	Punção Periférica MSE	Punção Periférica MSE	Punção Periférica MSD	Punção Jugular Externa Direita
Punção realizada por profissional da enfermagem	Punção realizada por profissional da enfermagem	Punção realizada por profissional da enfermagem	Punção realizada por profissional da enfermagem	Punção realizada por profissional da enfermagem	Punção realizada por profissional da enfermagem
Duração: 15 dias	Duração: 9 dias	Duração: 8 dias	Duração: 3 dias	Duração: 1 dia	Duração: 3 dias
Atendimento conduta transfusional	Manutenção tratamento terapêutico	Manutenção tratamento terapêutico	Manutenção tratamento terapêutico	Manutenção tratamento terapêutico	Manutenção tratamento terapêutico
Manifestações TVP presentes	Sem evidências de manifestações TVP	Sem evidências de manifestações TVP	Evidências de manifestações TVP	Sem evidências de manifestações TVP	Inviável avaliação TVP

Fonte: As autoras.

MS teve a primeira punção realizada para fins hemoterápicos 21 dias após sua internação, não havendo relatos de punções periféricas realizadas anteriormente em seu prontuário. Na ocasião, a participante recebeu cerca de 12 unidades de concentrados de plaquetas, em virtude de compensação de quadro plaquetopênico e condicionamento para realização do procedimento cirúrgico de histerectomia, a fim de minimizar os impactos de possíveis perdas sanguíneas ocorridas em consequência da cirurgia.

Além de viabilizar a transfusão de hemocomponentes, o acesso venoso estava sendo utilizado para administração de medicamento anticoagulante (ácido tranexâmico) e hidratação venosa, com infusão diária de 1.000mL de SF 0,9%, conforme prescrição médica. Não foram evidenciados os registros da equipe de enfermagem, referentes à realização do processo de punção venosa na data de sua ocorrência. Não foram localizadas as informações referentes a: data, horário de sua realização, tipo do cateter, calibre e sítio de sua inserção, nome, categoria, carimbo e assinatura do profissional.

As informações sobre a data provável de realização da punção venosa foram obtidas com a

própria participante, que, na ocasião da coleta de dados, encontrava-se lúcida e orientada, auto e alopsiquicamente, na avaliação da pesquisadora.

Foi localizado registro realizado por enfermeiro referente à presença deste acesso venoso, quatro dias após sua provável realização. No entanto, no registro constava apenas a localização e avaliação do sítio de acesso venoso periférico, indicando ausência de sinais flogísticos, data, hora, nome, categoria e assinatura do profissional. A avaliação do sítio de punção venosa periférica evidenciou: punção de antebraço do MSE, face anterior, terço proximal; foi utilizado como cateter IV, um jelco, calibre nº 20G, estando conectado a um dispositivo de dupla via. No momento da avaliação, o extensor estava sendo mantido salinizado, com SF 0,9%, tendo em vista a paciente não estar utilizando medicações intravenosas naquele instante.

Na ausência de registros referentes às características do vaso puncionado, foi possível identificar que se tratava de uma veia do tipo não flexível, com calibre médio, palpável e não visível na ocasião da avaliação, trajeto retilíneo e situada em região fora de articulação óssea, segundo os critérios de mensuração adotados. O acesso periférico da participante encontrava-se sob cobertura transparente adesiva, de acordo com padronização institucional, sem registros profissionais em suas laterais.

A cobertura adotada para fixação do cateter intravascular permitiu a visualização do sítio de inserção do mesmo e das áreas adjacentes. O extensor foi fixado pela própria cobertura adesiva transparente, com reforço de duas tiras de esparadrapo, junto à pele da usuária, abrangendo cerca de metade de sua extensão. O sítio puncionado não apresentava sinais flogísticos no local de sua inserção, no entanto, apresentava edema discreto (com cacifo +1/+4) no trajeto venoso, perceptível pela palpação local das áreas adjacentes. O cateter encontrava-se inserido a menos de 24 horas na participante, e não foi detectada qualquer sujidade ou umidade próxima ao seu sítio de inserção.

O extensor, apesar de que estava sendo mantido salinizado com SF 0,9% na ocasião, evidenciava a presença de sangue em seu interior. Ao ser examinada, a usuária referiu não apresentar manifestação de dor relacionada ao sítio de acesso, no entanto referiu *escore* três à dor, em uma escala de zero a dez pontos. Possuía *escore* seis na escada visual analógica, segundo a aferição de sua expressão fisionômica, não tendo se queixado espontaneamente sobre dor durante a abordagem.

Com base na paleta cromática, foi determinada a coloração da pele da participante, tendo sido evidenciada a coloração de número 14, sem indícios de alterações de cor em sua inserção ou adjacências. Ainda no que tange à pele da usuária, ela se mostrava normal e, com relação à sua espessura, aproximada da normalidade.

Ao aferir a capacidade funcional da participante, não foram evidenciadas alterações significativas, sendo-lhe atribuído o índice quatro, segundo a escala de Avaliação de Força Muscular,

de Rossi e Mistrorigo, 1993. A participante não apresentava restrição de movimentos e realizava atividades como deambulação e higiene corporal sem auxílio, conforme referido na ocasião da avaliação.

A avaliação da integridade da pele da participante evidenciou alterações referentes à ocorrência de edema discreto (1+/4+) e endurecimento (cinco cm de extensão média), ao longo do trajeto do acesso venoso. No entanto, não foi detectada a presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção, tanto no sítio de inserção do cateter quanto em suas adjacências. A temperatura da pele próxima ao sítio puncionado não possuía alterações perceptíveis ao toque e palpação manual realizada pela pesquisadora. Não havia presença de pelos no local puncionado.

A fixação do cateter IV e parte do seu extensor foi realizada pela colocação de cobertura adesiva transparente e esparadrapo, tendo sido utilizadas duas unidades destas coberturas pelos profissionais de enfermagem. Conforme a aferição dos critérios anteriormente mencionados na avaliação, foi constatado pela pesquisadora que a participante apresentava evidências referentes ao diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”, através da manifestação de edema e endurecimento discreto no trajeto do acesso venoso periférico.

Durante a abordagem, a participante encontrava-se ansiosa em seu leito, porém receptiva à abordagem da pesquisadora. Estava acompanhada por parentes em período integral e negou a manifestação de demais sintomas, além da dor referida como associada ao trajeto do acesso venoso periférico, ao ter sido questionada.

Esta punção venosa periférica foi mantida por dois dias, documentada por fotografia, e comprova a ocorrência de edema e endurecimento discretos no trajeto do acesso venoso, pelos critérios passíveis de ser apreendidos por registro visual (**Figura 29**).

Figura 29: Fotografia nº 1 do acesso venoso periférico realizada na participante código: R02.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

Na avaliação realizada pela pesquisadora, foi possível identificar a ocorrência do edema e endurecimento discreto, pelo emprego de técnicas de inspeção e palpação do sítio de inserção do cateter IV.

No dia seguinte a esta avaliação, a participante foi levada para o centro cirúrgico, onde passou pelo procedimento de histerectomia abdominal total. Em virtude da adoção de administração de medicação analgésica via oral, da ausência de hemorragia importante no decorrer do procedimento cirúrgico, não requerendo transfusões de hemocomponentes, o acesso venoso periférico documentado foi retirado. Estas informações foram obtidas com a própria participante e com a equipe de enfermagem, que referiu ter atendido à sua solicitação de retirar o acesso venoso, em decorrência da queixa de dor associada ao trajeto venoso.

A participante teve o sítio puncionado avaliado pela pesquisadora cerca de quatro horas após ter retornado do centro cirúrgico para a realização da histerectomia abdominal. Ela se encontrava tranquila em seu leito e referiu dor discreta na incisão cirúrgica em seu abdome, em virtude de ter passado o efeito da anestesia realizada para a cirurgia.

Com relação à avaliação do sítio puncionado após a retirada do cateter IV, a participante negou sinais de dor associados ao sítio ou adjacências, incluindo a região do trajeto venoso, anteriormente referida como dolorida. Foi constatada alteração na coloração da pele da participante, na área de inserção do cateter, sendo evidenciada a coloração de número 25 na paleta cromática (evolução de duas casas na paleta), demonstrando a manifestação de equimose.

A avaliação de capacidade funcional da participante foi mantida, não havendo restrição de movimentação do membro, ou comprometimento de sua força muscular. A pele da participante mantinha-se discretamente edemaciada (+1/+4) ao ser comprimida, tendo sido realizada a medida do membro e verificado o diâmetro de 29cm, bem como a presença de área de endurecimento estimada em cinco cm. Houve constatação de novo achado com relação à alteração de integridade da pele, manifestado por alteração de cor da pele, caracterizada por equimose discreto (estimado em cerca de dois cm), próximo ao local onde antes estava inserido o cateter IV.

Apesar de terem sido evidenciadas as manifestações de alterações anteriormente descritas, não foram constatadas outras alterações referentes a: ferimento, equimose, eritema, presença de secreção pelo sítio de punção, ou alteração de temperatura do local. Este também se encontrava limpo e seco, e o membro apresentava-se com instalação de manguito para aferição de pressão arterial não invasiva, via monitoramento contínuo, conforme recomendação da equipe cirúrgica, após a realização do procedimento cirúrgico.

Não foram localizados no prontuário da participante os registros realizados pela equipe de enfermagem, referentes à retirada do acesso venoso periférico. O local avaliado foi fotografado para

efetuação do registro das manifestações de alterações evidenciadas pela pesquisadora, e este registro encontra-se a seguir, na **Figura 30**.

Figura 30: Fotografia nº 2 do acesso venoso periférico realizada na participante código: R02.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

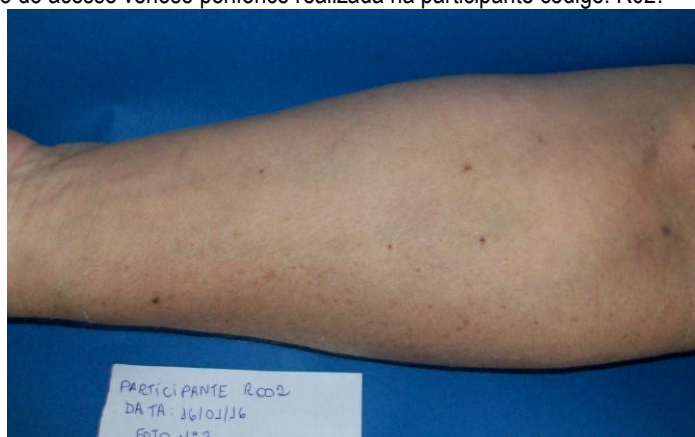
Para dar continuidade ao acompanhamento da participante, bem como a remissão dos sinais de manifestações de trauma vascular periférico, foi realizada mais uma avaliação deste sítio de punção venosa periférica. No segundo dia após a retirada do cateter IV, a participante negou a manifestação de dor ligada ao sítio puncionado previamente, ou ao seu trajeto, antes referido como local “dolorido”.

Com relação à coloração da pele da participante, foi verificada a remissão da equimose manifestada, retornando à coloração número 14 da paleta cromática.

A capacidade funcional do membro da participante foi constatada inalterada, sendo mantida a graduação número quatro, segundo a escala de força. Evidenciou-se a remissão do edema, com redução da medida do diâmetro do membro (inicialmente, com 29cm) passando a medir 28cm. A extensão da área de endurecimento sofreu redução, passando a medir cinco cm, durante aferição por palpação do local. Não foram evidenciadas outras manifestações de alterações como: ferimento, equimose, eritema, secreção e alteração da temperatura local.

Não foi encontrado o registro de outras condutas adotadas pela equipe de enfermagem, além da remoção do cateter, para a minimização das manifestações evidenciadas, no prontuário da participante. O local foi novamente fotografado, e o registro consta a seguir, na **Figura 31**.

Figura 31: Fotografia nº 3 do acesso venoso periférico realizada na participante código: R02.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

Devido à remissão das manifestações ocorridas e a não realização de procedimentos transfusionais durante os 17 dias seguintes, a participante teve encerrado o acompanhamento por registro fotográfico e avaliações diárias das punções venosas pela pesquisadora. Apesar disso, foi evidenciado posteriormente que a participante necessitou de novo processo de punção venosa periférica e transfusões de hemocomponentes, tendo sido esta etapa acompanhada pela pesquisadora por meio dos registros realizados em seu prontuário.

Decorridos 17 dias da remoção do cateter IV periférico do MSE da participante, houve um episódio de epistaxe após realização de esforço. Foi prescrito transfusão de concentrados de plaquetas, o que requereu a realização de novo processo de punção venosa periférica. Foi realizada a punção de acesso venoso periférico em dorso da mão do MSD, tendo sido adotado como cateter IV um jelco, calibre 20G. Além destas informações, no registro feito pelo enfermeiro, continha a data da realização do procedimento, nome, carimbo e registro do profissional. No entanto, não constavam demais informações acerca da realização do procedimento ou da avaliação da participante e suas reações no momento da punção.

No dia seguinte a este procedimento, foi constatado pela pesquisadora no prontuário da participante, um erro no registro realizado pelo enfermeiro plantonista diurno do setor. Neste registro equivocado, constava que a participante estava em uso de acesso salinizado em MSE.

No plantão seguinte, referente ao período noturno, foi novamente verificado o registro de avaliação de acesso venoso periférico em MSD, avaliado como “sem sinais flogísticos ou alterações”, realizado por profissional técnico de enfermagem, o que confirma a ocorrência de equívoco pelo profissional anterior.

Este acesso permaneceu por nove dias na participante, tendo havido a necessidade de sua troca, por motivo de obstrução, que impedia a infusão de medicamentos e transfusão. Por conseguinte,

para assegurar a continuidade do tratamento da participante, foi realizada nova punção de acesso venoso periférico, mas, desta vez, em seu MSE. Nos registros referentes ao procedimento, constavam apenas estas informações: membro puncionado, data do procedimento, nome, registro e carimbo de profissional enfermeiro que realizou avaliação do acesso. Não foi possível identificar o profissional que executou a punção, ou o dispositivo IV adotado para tal, com base nos registros de enfermagem.

Este acesso venoso foi mantido por oito dias, garantindo a terapia medicamentosa e hemoterápica da participante. No oitavo dia, ao ser realizada a infusão da segunda bolsa de concentrado de plaquetas, de um total de sete bolsas, foi verificada a obstrução do acesso venoso periférico. O procedimento transfusional foi interrompido imediatamente, conforme orientação institucional. Para que fosse concluída a transfusão, foi necessária a punção de novo acesso venoso periférico. E, desta vez, o MSE da participante foi novamente puncionado, porém em região proximal.

Esta punção venosa periférica de MSE teve o registro de sua realização por profissional técnico de enfermagem, apesar de o procedimento transfusional ter sido realizado e registrado como “sem intercorrências” por profissional enfermeiro. Com relação ao procedimento realizado pelo profissional técnico de enfermagem, constavam as seguintes informações: data da realização da punção, membro puncionado, nome, carimbo e registro do profissional.

Este acesso teve duração de três dias, tendo havido a necessidade de realização de nova punção venosa periférica, em decorrência de relato de flebite em MSE da participante. A flebite foi registrada pela equipe de enfermagem através da manifestação de sinais de eritema, calor e dor local no sítio de punção da participante, inviabilizando a infusão de fármacos ou hemocomponentes no acesso, mesmo este estando localizado em região proximal. O enfermeiro referiu que adotou medidas para a minimização dos sintomas decorrentes da flebite na participante, através da colocação de compressa fria no local.

A punção posterior foi realizada em MSD, por profissional técnico de enfermagem, havendo registros referentes a: data da realização da punção, membro puncionado, nome, carimbo e registro do profissional. Não foi constatado o calibre do cateter IV utilizado ou demais informações. Esta punção teve a duração de um dia.

Ao ser constatado que a participante permaneceria internada e que seria necessário um acesso duradouro para garantir a continuidade de seu tratamento, foi realizada nova punção em veia jugular externa direita. Este procedimento foi feito por enfermeiro, e sua realização foi registrada como “sem intercorrências”. O registro do profissional continha ainda: data do procedimento, local puncionado, nome, carimbo e registro do profissional responsável. Esta punção de VJED foi mantida por três dias, sem registros de complicações associadas.

Ao terceiro dia, o cateter IV foi retirado da participante, por motivo de sua alta hospitalar. A participante foi orientada a prosseguir com o acompanhamento ambulatorial pelo serviço de hematologia da instituição, tendo sido convocados os seus parentes próximos para realização de exames a fim de atestar a compatibilidade, viabilizando o tratamento por transplante de medula óssea alogênico, em ocasião posterior.

Ao longo deste período de internação, a participante foi submetida a 28 procedimentos transfusionais, nos quais foram infundidas 110 unidades de concentrados de plaquetas e cinco unidades de concentrados de hemácias, no total. Previamente, foi verificado, durante anamnese pela equipe multiprofissional, que a participante não havia recebido transfusões em outros serviços de saúde previamente. Tais informações constavam de seus registros e histórico clínico.

5.1.4 Estudo de Caso do participante código R03

RCO, 51 anos, sexo feminino, esteve internada na instituição hospitalar por oito dias, no setor de enfermagem clínica feminina, devido a quadro de insuficiência renal aguda (conforme CID presente em seu prontuário).

Tendo em vista a participante ser portadora do vírus HIV, sua internação ocorreu em leito destinado à hospitalização de usuários com Doenças Infecto Parasitárias (DIP). O quadro de insuficiência renal aguda, em associação à ocorrência de perda sanguínea em fezes, levou à recomendação de internação hospitalar para realização de tratamento e investigação de sua condição clínica.

Exames realizados na ocasião da admissão hospitalar evidenciaram anemia e leucograma alterado (Hemograma: 9,37 g/dL, e Leuco: 14.100/mm³), levando à necessidade de compensação sanguínea. Durante o período de sua internação na instituição hospitalar, foi realizado apenas um procedimento de punção venosa, cuja localização consta da **Figura 32**.

Figura 32: Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular:

PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS EM PESSOA COM IMUNODEPRESSÃO E ANEMIA



Fonte: As autoras.

A participante teve a punção venosa periférica realizada para fins hemoterápicos cinco dias após sua internação, não havendo relatos em seu prontuário de punções periféricas realizadas anteriormente. Na ocasião, a participante recebeu duas unidades de concentrados de hemácias, para fins de compensação de quadro anêmico. Além de viabilizar a transfusão de hemocomponentes, o acesso venoso estava sendo utilizado para administração de antibioticoterapia (cipro e metronidazol), antiemético (ondansetron), anti-inflamatórios em caso de dor e hidratação venosa, com infusão prevista de 1.000mL diários de SF 0,9%, segundo sua prescrição médica.

Com relação à realização do processo de punção venosa, foram evidenciados os registros da equipe de enfermagem, contendo: data de realização e membro puncionado, nome, registro, assinatura e carimbo do enfermeiro responsável por sua execução. Não foram localizadas as informações referentes a: horário de realização da punção venosa, tipo do cateter, calibre, sítio de sua inserção, ou questões verificadas sobre o estado da participante no momento da punção.

A avaliação do sítio de punção venosa periférica da participante evidenciou: punção de antebraço do MSD, face posterior lateral, terço proximal; foi utilizado como cateter IV um jelco, cujo calibre não pôde ser verificado, estando conectado a um dispositivo de dupla via. No momento da avaliação, o extensor estava sendo mantido salinizado, com SF 0,9%, porque a usuária não estava fazendo uso de medicações intravenosas naquele instante.

Com relação ao vaso puncionado, foi possível identificar que se tratava de uma veia do tipo flexível, com calibre médio, não palpável e não visível na ocasião da avaliação, trajeto retilíneo e situada em região de articulação óssea, segundo os critérios de mensuração adotados.

O acesso periférico da participante encontrava-se sob cobertura adesiva transparente padronizada institucionalmente, e o reforço da fixação foi realizado com três tiras de esparadrapo e

duas tiras de fita microporosa adesiva por cima, sem registros profissionais em suas laterais. Apesar de a cobertura adesiva possibilitar a visualização do sítio de inserção do cateter IV e de áreas adjacentes, o esparadrapo e fita microporosa adicional impediam a visualização do complexo. O extensor foi fixado pelo esparadrapo e fita microporosa adesiva, junto à pele da usuária, abrangendo cerca de metade de sua extensão.

Apesar de não ter sido possível a avaliação do sítio puncionado, suas áreas adjacentes não apresentavam sinais flogísticos perceptíveis pela avaliação. O cateter encontrava-se inserido a menos de 24 horas na participante, e não foi detectada sujidade ou umidade no complexo de fixação. O extensor encontrava-se salinizado com SF 0,9% e devidamente clampeado, na ocasião, sem evidências de sangue, ou medicamentos precipitados em seu interior. Também estava disposto de modo extenso, impedindo seu “acotovelamento”.

Ao ser examinada, a usuária referiu não apresentar manifestação de dor relacionada ao sítio de acesso ou às suas adjacências. Possuía escore 10 na escada visual analógica, segundo a aferição de sua expressão fisionômica, não tendo se queixado espontaneamente sobre dor durante a sua abordagem. Com base na paleta cromática, foi determinada a coloração da pele da participante, tendo sido evidenciada a coloração de número 41, sendo possível a verificação apenas das áreas adjacentes, e impedida a verificação da cor no sítio de inserção do cateter IV. A pele da participante se mostrou normal, com relação à sua espessura, na avaliação da pesquisadora.

A aferição da capacidade funcional da participante não evidenciou alterações significativas, sendo-lhe atribuído o índice cinco, segundo a escala de Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993. A participante não possuía restrição de movimentos, deambulava sem auxílio pela enfermaria e realizava seu autocuidado sem auxílio.

A integridade da pele da participante não apresentava alterações referentes à ocorrência de edema, endurecimento, ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção no sítio de inserção do cateter, ou em suas adjacências. A temperatura da pele da participante próxima ao sítio puncionado não possuía alterações perceptíveis ao toque e palpação realizada pela pesquisadora.

Não havia pelos no local puncionado ou em suas proximidades. Conforme a avaliação dos critérios anteriormente mencionados pela pesquisadora, foi constatado que a participante não apresentava evidências referentes ao diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”.

Durante a abordagem, a participante encontrava-se calma em seu leito e receptiva. Não teve acompanhantes em tempo integral e recebeu visitas diárias de parentes. A participante negou a manifestação de demais sintomas referentes à dor no sítio puncionado ou adjacências. Esta punção venosa periférica foi mantida por três dias, documentada por fotografia, e comprova que não foram

evidenciadas manifestações de trauma vascular periférico, pelos critérios passíveis de ser apreendidos por registro visual (**Figura 33**).

Figura 33: Fotografia do nº 1 do acesso venoso periférico realizado na participante código: R03.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

No dia seguinte, a participante teve o sítio de punção venosa periférica novamente avaliado pela pesquisadora para o acompanhamento de sua evolução. Ela permanecia calma em seu leito e receptiva e informou, na ocasião, que aguardava a realização de exames para verificação da estabilização da função renal e sanguínea. No entanto, não foram evidenciadas as condutas médicas realizadas.

O acesso venoso periférico da participante era mantido e foi novamente avaliado pela pesquisadora. Não foram constatadas alterações na coloração da pele da participante, nas áreas adjacentes, possíveis de ser visualizadas, sendo evidenciada a manutenção da coloração de número 41, segundo a paleta cromática.

A avaliação de capacidade funcional da participante foi mantida, não havendo restrição de movimentação do membro, ou comprometimento de sua força muscular. A pele da participante não apresentava edema, endurecimento, ferimento, equimose, eritema, presença de secreção pelo sítio de punção, ou alteração de temperatura do local. Este se encontrava limpo e seco na ocasião da abordagem da participante.

Apesar de não terem sido evidenciadas manifestações de trauma vascular periférico, ou “acotovelamento” do extensor conectado ao cateter IV, este apresentava seu interior completo com sangue, até a área de clampeamento, constituindo-se em conduta contraindicada, em vez de estar salinizado com SF 0,9%, como conduta preconizada.

A participante não referiu a manifestação de demais sintomas como dor, desconforto ou incômodo com o cateter IV e seu complexo de fixação. O local avaliado foi fotografado para o registro das condições evidenciadas pela pesquisadora, e este registro se encontra a seguir, na **Figura 34**.

Figura 34: Fotografia nº 2 do acesso venoso periférico realizado na participante código: R03.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

No dia seguinte, a participante não foi encontrada no leito para ser avaliada, por motivo de ter recebido alta hospitalar. Conforme constava nos registros em seu prontuário, houve a compensação do quadro anêmico após a realização da transfusão de hemácias e estabilização do quadro renal, o que levou a equipe assistencial a optar por dar alta à participante.

Constava ainda que a participante daria sequência a seu acompanhamento ambulatorial, com profissional infectologista de rotina, a respeito de seu quadro prévio como portadora do vírus HIV. Havia registro pela enfermagem sobre a retirada do cateter IV da participante, considerando que o procedimento foi realizado “normalmente”. Não havia, no entanto, registros sobre realização de compressão local ou de curativo. Dessa forma, o acompanhamento da participante foi encerrado, por ocasião de sua alta hospitalar.

No acompanhamento do período de internação da participante, foi evidenciada sua submissão a um procedimento transfusional, o qual foi registrado como tendo ocorrido “sem intercorrências” e foram infundidas duas unidades de concentrados de hemácias, no total. Foi verificado durante anamnese pela equipe multiprofissional que a participante havia recebido transfusões em outros serviços de saúde previamente. Tais informações constavam de seus registros e histórico clínico.

No acompanhamento do período de internação da participante, foi evidenciada sua submissão a um procedimento transfusional, o qual foi registrado como tendo ocorrido “sem intercorrências” e foram infundidas duas unidades de concentrados de hemácias, no total.

Foi verificado durante anamnese pela equipe multiprofissional, que a participante havia recebido transfusões em outros serviços de saúde previamente. Tais informações constavam de seus registros e histórico clínico.

5.1.5 Estudo de Caso do participante código R04

BDF, sexo masculino, 77 anos, permaneceu internado na instituição hospitalar por 15 dias, no setor de clínica médica masculina, em decorrência de quadro de anemia não especificada. Tendo em vista esse quadro ter persistido por um período estimado como superior a dois anos, o usuário recebeu a indicação de internação hospitalar para investigação das causas, até então desconhecidas, e realização de exames.

Durante o período de sua internação na instituição hospitalar, foram realizados seis procedimentos de punção venosa periférica neste participante, cujas localizações constam da **Figura 35**.

Figura 35: Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular:



Fonte: As autoras.

No caso do Sr. BDF, a primeira punção ocorreu dois dias após sua admissão, sendo a mesma realizada para fins de infusão de hidratação intravenosa, com volume diário prescrito de 3.000mL de SF a 0,9%, conforme atestado em sua prescrição médica.

O processo de punção venosa periférica foi realizado por profissional enfermeiro, teve seu registro documentado em prontuário com os seguintes componentes: data de sua realização, tipo do cateter e calibre, sítio de sua inserção, nome, categoria, carimbo e assinatura do profissional. Constava nos registros do participante que foi utilizado para este acesso venoso periférico um cateter IV do tipo jelco, calibre nº 22, sem demais registros do profissional referindo-se à realização do procedimento.

Este acesso venoso periférico teve permanência inferior a 24 horas, e a perda do acesso foi registrada no prontuário do participante por profissional técnico de enfermagem. Dada a necessidade de manutenção da hidratação intravenosa, foi providenciado novo acesso venoso periférico no participante, tendo sido realizado registro, contendo data e horário da realização, sítio puncionado, nome, registro e carimbo do profissional responsável pelo procedimento.

O segundo acesso periférico do participante possibilitou também a administração de medicação anestésica para a realização de exame de endoscopia digestiva, indicada como conduta investigativa do quadro do usuário. Foi realizado por punção de membro superior direito, cujo calibre do cateter não foi registrado pelo profissional que executou a punção. Este acesso venoso periférico teve duração de três dias, tendo sido avaliado por profissionais de enfermagem durante seus plantões, como “sem sinais flogísticos”, segundo registros realizados no prontuário do participante.

Este segundo acesso venoso periférico do participante foi dado como “perdido” pela equipe de enfermagem. O seu registro conteve a data de realização da punção venosa periférica, o membro puncionado, nome, registro, assinatura, carimbo e categoria do profissional técnico de enfermagem responsável pelo mesmo. No entanto, o registro não continha especificações sobre o calibre do cateter ou a forma como ocorreu o procedimento.

O momento específico da perda do acesso não estava registrado, no entanto, foi verificado o registro da realização do terceiro acesso venoso periférico do participante, que ocorreu para a manutenção de conduta de hidratação intravenosa. Este acesso, conforme registro, teve duração de dois dias. O registro desse procedimento foi feito por profissional técnico de enfermagem, constando data, membro puncionado, nome, assinatura, registro e carimbo do responsável. Não se verificou neste registro do calibre do cateter intravascular utilizado, ou de demais informações sobre o participante.

Este terceiro acesso venoso periférico do participante foi registrado como tendo sido realizado em membro direito (área de localização do acesso anterior), porém em região mais proximal, no braço do participante. Os registros referentes a este período da internação do participante continham dados de queixa de algia pelo mesmo, com relação ao membro superior esquerdo. Este membro havia sido puncionado na ocasião da primeira punção venosa do participante e estava há cerca de três dias sem cateter IV. Foi referido pela equipe de enfermagem que estava sendo realizado o acompanhamento do local, no entanto, não foram referidas outras condutas empregadas para o alívio de dor.

Houve, novamente, registro da equipe de enfermagem sobre a perda do acesso venoso periférico do participante, tendo sido necessária a realização de novo acesso vascular para manutenção de hidratação intravenosa. Até este momento, o participante não havia sido incluído na presente investigação, pelo motivo de não ter recebido indicação de transfusão de hemocomponentes,

tendo sido realizado apenas o acompanhamento documental dos acessos venosos periféricos ocorridos até então.

Após a realização do quarto acesso venoso periférico no participante, houve a indicação de transfusão de concentrados de hemácias, passando a atender, assim, ao critério para sua inclusão nesta pesquisa. Foram feitos registros fotográficos dos acessos vasculares. Este acesso foi realizado inicialmente para a manutenção da hidratação intravenosa do paciente, mas veio a ser utilizado também para a realização de transfusão de hemocomponentes, mencionada anteriormente. Exames laboratoriais realizados após seis dias de internação do participante evidenciaram alteração no nível de hemoglobina (5.65 g/dL) e no leucograma (5.084/mm³), o que pode ter levado à indicação da transfusão de hemácias.

Este acesso venoso periférico foi realizado no membro superior esquerdo do participante, por profissional técnico de enfermagem. Foi feito o registro contendo a data, membro puncionado, nome, data, assinatura, registro e carimbo do profissional responsável. Porém não apresentava descrição do calibre do cateter IV, ou demais informações sobre a realização do acesso ou sobre o participante no momento do procedimento.

O acompanhamento do caso possibilitou identificar que se tratava de uma veia do tipo flexível, possuía calibre pequeno, impalpável e não visível na ocasião da avaliação, trajeto retilíneo e situada em região fora de articulação óssea, segundo os critérios de mensuração já mencionados.

O acesso periférico do participante encontrava-se sob cobertura transparente adesiva de acordo com padronização institucional. No entanto, esta cobertura estava recoberta por camadas de esparadrapo e fita microporosa, o que impossibilitava a visualização do sítio de inserção do cateter IV, sem registros profissionais no complexo de fixação. O extensor do cateter IV estava fixado pelo complexo de fixação sob tiras de esparadrapo e fita microporosa, abrangendo cerca de dois terços de sua totalidade.

Devido ao estado do complexo de fixação, não foi possível avaliar o sítio de inserção do cateter IV. Apesar disso, foi detectada a ocorrência de edema (+3/+4) nas adjacências de sua inserção. Na ocasião da avaliação, o cateter IV encontrava-se inserido há cerca de três dias no participante e não foi detectada qualquer sujidade ou umidade próxima ao sítio de inserção do cateter IV ou em suas adjacências.

O cateter IV foi inserido lateralmente, em antebraço de membro superior esquerdo, face anterior, em região distal. O extensor encontrava-se conectado a circuito de infusão de hidratação intravenosa do participante, não sendo visualizada a presença de sangue ou precipitação de medicações em seu interior, e a segunda via, não utilizada no momento, encontrava-se devidamente clampeada. Apesar disso, a fixação do cateter estava ocasionando o “acotovelamento” do extensor.

Ao ser examinado, o participante não referiu manifestação de dor relacionada ao sítio de acesso vascular, ou às suas adjacências. Possuía escore seis na escala visual analógica, segundo a aferição de sua expressão fisionômica e não se queixou espontaneamente sobre dor no decorrer de sua avaliação.

A coloração da pele do participante, segundo a paleta cromática, evidenciou a coloração de número 44, sem indícios de alterações nas adjacências, possíveis de visualização. Ainda com relação aos aspectos referentes à pele do participante, ela se mostrou de espessura fina.

Na aferição de sua capacidade funcional, não foram evidenciadas alterações, sendo-lhe atribuído o índice cinco, segundo a escala de Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993. O participante não apresentava restrição de movimentos, mas estava realizando atividades como deambulação e higiene corporal com auxílio de acompanhantes, seus familiares, que permaneciam na instituição em período integral.

A avaliação da integridade da pele do participante evidenciou a manifestação de alteração em decorrência de edema, conforme anteriormente mencionado. No entanto, não foram evidenciadas manifestações de endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção, pela avaliação das adjacências da área de inserção do cateter IV. A temperatura da pele próxima ao sítio puncionado não possuía alterações perceptíveis ao toque e palpação realizada pela pesquisadora.

O sítio puncionado apresentava pelos no local próximo à inserção do cateter IV e áreas adjacentes. Foi empregada, no complexo de fixação do cateter IV, uma unidade de cobertura adesiva transparente, e não foi possível estimar a quantidade de tiras de esparadrapo ou de fitas microporosas utilizadas para tal.

Conforme a aferição dos critérios anteriormente mencionados na avaliação, foi constatado pela pesquisadora que o participante apresentava manifestação de edema na área adjacente à inserção do cateter IV, o que consiste em um fator de risco e evidencia o diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”.

Durante a abordagem, o participante encontrava-se calmo em seu leito na enfermagem, contava com presença de acompanhante em período integral e negou a manifestação de dor, incômodo ou desconforto referente à realização do procedimento de instalação do cateter IV, quando indagado sobre isso. Esta punção venosa foi documentada por fotografia, a qual se encontra na **Figura 36**.

Figura 36: Fotografia do 4º acesso venoso periférico realizado no participante código: R04.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

Na avaliação realizada pela pesquisadora, além da manifestação de edema, não foi possível identificar demais manifestações de trauma vascular periférico. Este acesso permaneceu por três dias no participante, tendo sido necessária sua troca para manutenção de condutas terapêuticas.

O quinto acesso venoso periférico do participante foi realizado algumas horas após a pesquisadora ter realizado sua avaliação e durou seis dias. Foi realizado por profissional técnico de enfermagem, e o registro desse procedimento informou: data, membro puncionado, nome, assinatura, registro e carimbo do profissional responsável, não havendo demais informações. Este acesso venoso foi realizado em membro superior esquerdo, em região proximal, em relação ao acesso anterior.

O acompanhamento do caso possibilitou identificar que se tratava de veia do tipo flexível, possuía calibre pequeno, impalpável e não visível pela avaliação realizada, trajeto retilíneo e situada em região fora de articulação óssea, segundo os critérios de mensuração já mencionados.

O acesso periférico do participante encontrava-se fixado sob cobertura transparente adesiva e ataduras, o que foi referido como empregado para garantir a fixação do cateter IV pelo participante e sua acompanhante, na ocasião da abordagem. Apesar de a cobertura adesiva ter sido utilizada, não era possível visualizar o sítio de inserção do cateter IV. Também não foram evidenciados registros profissionais no complexo de fixação. O extensor do cateter IV estava fixado pelo complexo de fixação sob atadura e tiras de fita microporosa, abrangendo cerca de dois terços de sua totalidade.

Devido ao estado do complexo de fixação, não foi possível avaliar o sítio de inserção do cateter IV. Apesar disso, foi detectada a ocorrência de edema (+2/+4) nas adjacências de sua inserção. Na ocasião da avaliação, o cateter IV encontrava-se inserido a menos de 24 horas no participante. Não foi detectada qualquer sujidade ou umidade próxima ao complexo de fixação do cateter IV e em áreas adjacentes.

O cateter IV foi inserido medialmente, em antebraço de membro superior esquerdo, face posterior, em região proximal. O extensor foi novamente conectado a circuito de infusão de hidratação

intravenosa do participante. No momento da avaliação, não foi evidenciada a presença de sangue ou precipitação de medicações no interior do circuito. A segunda via, não utilizada no momento, encontrava-se devidamente salinizada e clampeada.

O participante não referiu manifestação de dor relacionada ao sítio de acesso vascular, ou às suas adjacências, no momento da abordagem. Foi-lhe novamente atribuído escore seis na escala visual analógica, segundo a aferição de sua expressão fisionômica. Não houve queixa espontânea referente a dor ou outros sintomas no decorrer de sua avaliação.

A coloração da pele do participante, segundo a paleta cromática, foi a de número 44, sem indícios de alterações nas adjacências, possíveis de visualização. À aferição de sua capacidade funcional, não evidenciou alterações, sendo-lhe atribuído o índice cinco, segundo a escala de Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993. Embora o participante não apresentasse restrição de movimentos, referiu cansaço e continuava necessitando de ajuda dos acompanhantes e equipe de enfermagem para deambular e ir ao banheiro.

A avaliação da integridade da pele do participante evidenciou manifestação novamente de alteração em decorrência de edema. As demais manifestações de endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção não foram evidenciadas. A temperatura da pele próxima ao sítio puncionado não possuía alterações perceptíveis ao toque e palpação realizada pela pesquisadora.

O sítio puncionado apresentava pelos no local próximo à inserção do cateter IV e áreas adjacentes. Foi verificado pela pesquisadora que a atadura empregada no complexo de fixação do cateter IV estava causando discreta compressão no membro do participante, tendo sido comunicado este fato pela pesquisadora à equipe de enfermagem na ocasião.

Foi constatado pela pesquisadora que o participante apresentava manifestação de edema na área adjacente à inserção do cateter IV, o que consistiu novamente em fator de risco, evidenciando o diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”. Ele permanecia calmo em seu leito, mantinha a presença de acompanhante em período integral e negou a manifestação de dor, incômodo ou demais desconfortos pela realização do procedimento de instalação do cateter IV. Esta punção venosa foi documentada por fotografia, que se encontra na **Figura 37**.

Figura 37: Fotografia do 5º acesso venoso periférico realizado no participante código: R04.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

No dia seguinte, o participante teve o acesso venoso periférico novamente avaliado pela pesquisadora. Este se encontrava fixado sob cobertura transparente adesiva reforçada por tira de fita microporosa. A atadura vista no dia anterior havia sido retirada, e era possível visualizar o sítio de inserção do cateter IV. Não foram evidenciados registros profissionais nas bordas da cobertura adesiva transparente.

O extensor do cateter IV possuía apenas a extremidade da fita microporosa fixada nele, abrangendo menos de um terço de sua totalidade. O extensor não possuía reforço de sua fixação, no entanto esta fixação não ocasionou o seu “acotovelamento”.

O sítio de inserção do cateter IV encontrava-se discretamente hiperemiado e permanecia a manifestação de edema (+2/+4) próximo ao sítio, estendendo-se às adjacências. Não foi detectada qualquer sujidade ou umidade no sítio de inserção ou em áreas adjacentes. O extensor permanecia conectado ao circuito de infusão contínua de hidratação intravenosa do participante, e não foi evidenciada a presença de sangue ou precipitação de medicações no interior do circuito. A segunda via do extensor continuava não utilizada, salinizada e clampeada.

Apesar dos sinais evidenciados pela avaliação, o participante negou a manifestação de dor relacionada ao sítio de acesso vascular, ou às suas adjacências, no momento da abordagem. Foi-lhe atribuído escore seis na escada visual analógica, segundo a aferição de sua expressão fisionômica, pelo fato de apresentar-se aparentemente com humor deprimido. A acompanhante referiu na ocasião da avaliação que o participante estava triste pela internação e desejava ir para casa.

A coloração da pele do participante, segundo a paleta cromática, manteve-se na de número 44, no entanto, o sítio de inserção apresentava a coloração de número 52, pela ocorrência da hiperemia restrita a ele. As adjacências permaneciam com cor inalterada.

O participante não manifestou alteração de sua capacidade funcional, sendo-lhe atribuído

novamente o *escore* cinco, segundo a escala de Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993. Sua movimentação não apresentou restrições, apesar de referir a persistência do cansaço à realização de esforços.

A avaliação da integridade da pele do participante evidenciou a hiperemia do sítio de inserção do cateter IV e a manutenção da manifestação de edema. As demais manifestações de endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma ou secreção não foram evidenciadas novamente. A temperatura da pele próxima ao sítio puncionado não estava alterada significativamente.

Foi constatado pela pesquisadora que o participante apresentava manifestação de hiperemia no sítio de inserção e edema na área adjacente ao cateter IV, o que manteve os fatores de risco, evidenciando a permanência da manifestação do diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”.

Durante a avaliação deste acesso, foi verificado pela pesquisadora que a infusão de hidratação intravenosa estava aparentemente obstruída, pois gotejava lentamente, e o edema local poderia estar associado ao extravasamento da hidratação infundida no participante. A pesquisadora comunicou o fato à equipe de enfermagem, que disse que iria avaliar o participante. O acesso vascular foi novamente fotografado (**Figura 38**).

Figura 38: Fotografia nº 2 do 5º acesso venoso periférico realizado no participante código: R04.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

Ao retornar para dar sequência ao acompanhamento do caso do participante BDF, a pesquisadora verificou que o seu quinto acesso venoso periférico foi retirado e que havia sido realizada a sexta punção venosa periférica. Em conversa com o participante e sua acompanhante, foi informado que a equipe de enfermagem havia avaliado o sítio de punção e constatou de fato a “perda” do acesso venoso, pelo extravasamento da hidratação infundida, e que realizou a retirada do cateter. Por conseguinte, foi realizada a sexta punção venosa no participante, a fim de cumprir o atendimento da prescrição médica.

O sexto acesso venoso periférico do participante foi realizado mais uma vez em seu membro superior esquerdo, em região do braço, mais proximal em relação ao acesso venoso anterior, e permaneceu por dois dias. Não foram localizados os registros referentes à realização deste acesso no prontuário do participante.

O cateter IV foi conectado a um extensor dupla via, que se encontrava recoberto por esparadrapo utilizado no complexo de fixação do acesso venoso periférico. Devido ao complexo de fixação realizado, não foi possível visualizar o sítio de inserção deste cateter IV, ou o seu calibre, dado o comprometimento da visibilidade.

O extensor do cateter IV apresentava cerca de metade de sua extensão coberta e fixada pelo complexo de fixação realizado. Uma de suas vias encontrava-se inutilizada, devidamente salinizada e clampeada, no entanto o seu posicionamento estava ocasionando-lhe “acotovelamento” do circuito. A outra via, conectada ao participante, seguia possibilitando a infusão de hidratação intravenosa, não havendo resíduos de sangue ou medicação precipitada em seu interior. Não foi possível avaliar o sítio de inserção do cateter IV, que se encontrava completamente coberto pelo complexo de fixação. Não foi detectada qualquer sujidade ou umidade no complexo de fixação do cateter IV, ou em suas adjacências.

Quando indagado sobre o acesso venoso periférico, o participante negou a manifestação de dor em seu sítio inserção e adjacências. Sua expressão facial permanecia inalterada, tendo sido novamente atribuído escore seis na escala visual analógica.

A pesquisadora conseguiu conversar a sós com a acompanhante do participante (tratava-se de sua sobrinha), que referiu, na ocasião, que BDF estava questionando a respeito de sua alta hospitalar, e por isso, referia-se triste. A acompanhante informou ainda que a equipe médica suspeitava de um possível diagnóstico oncológico, tendo submetido o participante à realização de uma endoscopia digestiva.

Devido à idade avançada do participante, a família decidiu consensualmente não lhe comunicar a suspeita do diagnóstico oncológico. A acompanhante referiu que BDF permanecia questionador sobre seu quadro, apesar de a família não lhe responder adequadamente, insistindo que ele precisava se acalmar e aguardar a realização de mais exames, prolongando o período de sua internação.

Em consulta ao prontuário do participante, a pesquisadora evidenciou a realização da endoscopia três dias após a sua internação, na qual havia sido indagada uma possível neoplasia gástrica, que foi confirmada pelo laudo do médico responsável pelo exame.

Com relação ao sexto acesso venoso periférico do participante, a coloração de sua pele, segundo a paleta cromática, era evidenciada como de número 44. As adjacências do sítio puncionado permaneciam com cor inalterada. O participante não possuía alteração de capacidade funcional,

sendo-lhe atribuído o índice cinco, segundo a escala de Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993, mantendo a necessidade de auxílio para realizar esforços.

A integridade da pele do participante não evidenciou manifestações de hiperemia, edema, endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma ou secreção. A temperatura da pele próxima ao sítio puncionado não se mostrava alterada, na impressão da pesquisadora, e não havia pelos próximos à região do sítio de inserção do cateter IV. Também não foram constatadas manifestações dos fatores de risco que evidenciassem o diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”, com relação a este acesso venoso periférico.

O sítio puncionado anteriormente, na realização do quinto acesso venoso periférico do participante não apresentava sinais ou manifestações de trauma vascular periférico, havendo apenas o orifício de inserção do cateter IV em processo de cicatrização. Não foi constatado edema, hiperemia, ferimento, secreção ou solução de continuidade no local, o que indicava que a retirada do cateter IV impediu a evolução do quadro de trauma vascular periférico.

Pela proximidade dos locais puncionados no quinto e sexto acessos venosos periféricos do participante, foi possível realizar o registro fotográfico de ambos em uma mesma fotografia. A fotografia contém o orifício do quinto acesso venoso periférico do participante em estado de cicatrização, e o sexto acesso venoso realizado, devidamente fixado (**Figura 39**).

Figura 39: Fotografia do 6º acesso venoso periférico realizado no participante código: R04.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

No dia seguinte, a pesquisadora não encontrou o participante em seu leito. Ao perguntar sobre BDF para a equipe de enfermagem, esta informou que o participante havia recebido alta hospitalar, finalizando o acompanhamento de seu caso pela pesquisadora.

Ao longo deste período de internação, o participante foi submetido a quatro procedimentos transfusionais, nos quais foram transfundidas cinco unidades de concentrados de hemácias, sem registros de intercorrências ou reações adversas ao ato transfusional. Foi verificado em seus registros

que o participante negou ter recebido anteriormente transfusões sanguíneas em outros serviços de saúde.

O histórico apresentado do participante permite verificar que o processo de punção venosa periférico foi requerido inicialmente para hidratação intravenosa, sendo também necessário na administração de medicação anestésica para realização de exames e posterior transfusão de hemocomponentes, no decorrer de sua internação na instituição.

Foi atestada a realização dos procedimentos de punção venosa periférica pela equipe de enfermagem, e, na sua maioria, houve registro referentes a data, membro puncionado para o acesso vascular e profissional responsável pelo procedimento. Foram detectadas manifestações de trauma vascular pela equipe de enfermagem, tendo sido empregadas medidas como retirada do cateter IV e acompanhamento posterior do sítio puncionado, evidenciando o cuidado prestado.

Seguindo o protocolo de atendimento a este perfil de usuário e tendo sido apenas indicada a hidratação intravenosa a princípio, foi detectado pela equipe assistencial que o participante não necessitaria de um acesso vascular em nível central. Neste caso, optou-se pela realização de acessos venosos periféricos no participante, que, quando inviabilizados, levaram à nova punção, ainda em rede venosa periférica.

As “perdas” dos acessos venosos periféricos apresentadas neste participante refletem uma situação passível de ser prevenida. Apesar disso, a equipe assistencial mostrou que adotou as providências previstas e cabíveis, assegurando a realização de novo acesso venoso periférico para continuidade da terapia de hidratação e, posteriormente, atendimento de conduta transfusional.

5.1.6 Estudo de Caso do participante código R05

MSF, sexo masculino, 66 anos, permaneceu internado na instituição hospitalar por oito dias, no setor de clínica médica masculina, em decorrência de quadro de cirrose hepática alcoólica. O participante manifestou hemorragia por ocorrência de melena e insuficiência renal aguda, o que levou à associação com o quadro cirrótico e recomendação de internação hospitalar para investigação do mesmo.

Durante o período de sua internação na instituição hospitalar, foram realizados dois procedimentos de punção venosa periférica neste participante, cujas localizações constam da **Figura 40**.

Figura 40: Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular:

PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS EM PESSOA COM ANEMIA E INSUFICIÊNCIA RENAL



Fonte: As autoras.

O participante, Sr. MSF, teve a primeira punção venosa periférica realizada um dia após sua admissão, sendo a mesma efetivada para fins de transfusão de unidades de concentrados de hemácias, para tratamento de condição de anemia em virtude de perdas sanguíneas não estimadas em fezes, sendo que não havia terapia intravenosa medicamentosa prescrita na ocasião. Não foram localizados resultados de exames laboratoriais do participante que informassem suas taxas de células sanguíneas.

O processo de punção venosa foi realizado em membro superior esquerdo, por profissional enfermeiro, teve um dia de duração, seu registro foi realizado no prontuário do participante com os seguintes componentes: data, membro puncionado para sua inserção, nome, categoria, carimbo e assinatura do profissional. No conteúdo desse registro não foi constatado o calibre do cateter utilizado, ou demais informações acerca da realização do procedimento ou sobre o participante.

Apesar da inexistência de mais detalhes no registro do profissional, foi possível, durante o acompanhamento do caso, identificar que se tratava de punção venosa periférica realizada em antebraço de membro superior esquerdo, em sua face anterior, região proximal, feita lateralmente. Tratava-se de uma veia do tipo flexível, com calibre médio, impalpável e visível na ocasião da avaliação, trajeto retilíneo e situada em região fora de articulação óssea, segundo os critérios empregados.

O acesso periférico do participante encontrava-se fixado sob cobertura realizada com tiras de esparadrapo e fita adesiva microporosa, o que não seguiu a padronização institucional do uso da cobertura adesiva transparente. Contava com registro profissional em suas laterais, contendo o nome do profissional responsável e o calibre do cateter IV utilizado, descrito como de nº 20G.

A cobertura de fixação do cateter IV impediu a visualização do sítio de inserção do mesmo e das áreas adjacentes. O extensor foi fixado pela própria cobertura adesiva transparente, abrangendo cerca de dois terços de sua totalidade. A extremidade distal do extensor encontrava-se fixada junto a pele do participante com reforço de outra tira de esparadrapo, de modo a impedir o seu “acotovelamento”.

O acesso venoso não apresentava sinais flogísticos em suas áreas adjacentes, possíveis de visualização, e encontrava-se inserido a menos de 24 horas no participante, no momento da avaliação. Não foi detectada qualquer sujidade ou umidade próxima ao sítio de inserção do cateter IV, ou adjacências. Embora o extensor estivesse salinizado com SF 0,9% na ocasião e devidamente fechado e clampeado, percebia-se a presença de sangue em seu interior.

Ao ser examinado, o participante referiu não apresentar manifestação de dor relacionada ao sítio de acesso, ou às suas adjacências. Apesar disso, recebeu escore três na escala visual analógica, segundo a aferição de sua expressão fisionômica. E a coloração de sua pele foi determinada com base na paleta cromática, tendo sido evidenciada a coloração de número 31, sem indícios de alterações de cor em suas adjacências. Com relação à espessura da pele do participante, ela se mostrou do tipo fina.

A aferição da capacidade funcional do participante não evidenciou alterações, e lhe foi atribuído o índice cinco na Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993. O participante não apresentou restrição de movimentos ou queixa, no entanto estava realizando atividades como deambulação e seu autocuidado com auxílio de acompanhantes, que permaneciam em período integral, conforme referido na ocasião da avaliação.

A integridade da pele do participante evidenciou ocorrência de edema, com formação de cacifo (+3/+4) nas adjacências do sítio de acesso vascular. No entanto, não foram evidenciados sinais de endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção em suas adjacências. A temperatura da pele próxima ao sítio puncionado não apresentava alterações significativas percebidas pela pesquisadora, e não havia presença de pelos no local puncionado.

A fixação do cateter IV e de parte do seu extensor foi realizada pela colocação de três tiras de esparadrapo e duas tiras de fita microporosa para reforço. No esparadrapo, havia escrito à caneta o nome do profissional executor da punção, a data da realização e o calibre do cateter IV empregado. Na fotografia referente a essa fixação do cateter IV, para impossibilitar a identificação do profissional, a pesquisadora cobriu com um quadrado azul a área contendo estes registros escritos.

Conforme os critérios de aferição da avaliação foi constatado pela pesquisadora que o participante apresentava edema nas adjacências do acesso vascular, como evidência referente ao diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”. Ele se mostrou receptivo à abordagem

realizada pela pesquisadora, contava com presença de acompanhante em período integral e negou manifestação de dor, incômodo ou desconforto com relação ao acesso venoso periférico realizado.

Durante a avaliação, foi constatado pela pesquisadora que o participante possuía também um cateter semi-implantado para realização de diálise em sua região cervical. O propósito deste cateter foi de permitir a terapia renal substitutiva, auxiliando no tratamento de sua insuficiência renal aguda.

A primeira punção venosa periférica do participante foi documentada por fotografia (**Figura 41**).

Figura 41: Fotografia do 1º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

Na avaliação realizada pela pesquisadora no dia seguinte, foi constatado que o participante teve o acesso retirado de seu membro superior esquerdo e que havia sido puncionado novo acesso, desta vez, em membro superior direito. Não foram realizados registros referentes a este segundo acesso por parte da equipe de enfermagem, conforme mostrava seu prontuário. O objetivo desse segundo acesso venoso periférico foi o de viabilizar as transfusões de concentrados de hemácias, que continuavam indicadas. Na ocasião, o participante não possuía outras medicações prescritas, conforme verificado em sua prescrição médica.

Este acesso venoso periférico foi mantido durante três dias, tendo sido avaliado pela equipe de enfermagem da instituição durante os turnos de trabalho seguintes. Foram verificados pela pesquisadora os registros diários de inspeções e avaliações realizadas pelos profissionais de enfermagem. Apesar da inexistência de registros de enfermagem sobre a punção, foi possível identificar que se tratava de punção venosa periférica realizada em antebraço de membro superior direito, em face anterior, região distal, realizada lateralmente. Tratava-se de uma veia do tipo flexível, com calibre médio, impalpável e não visível na ocasião da avaliação, trajeto retilíneo e situada próxima a região de articulação óssea.

Este acesso venoso periférico encontrava-se com o cateter IV fixado sob cobertura adesiva transparente, segundo a padronização institucional. Não havia registros profissionais em suas laterais, no entanto, foi possível constatar que se tratava de um cateter IV do tipo jelco, com calibre nº 22G.

O cateter IV foi conectado a um extensor de dupla via, que foi mantido salinizado com SF 0,9%. Apesar de o extensor encontrar-se devidamente fechado e com ambas as vias clampeadas, foi verificada a presença de sangue em seu interior. O extensor teve cerca de dois terços de sua extensão fixados sob tiras de fita microporosa junto à pele do participante.

A cobertura adesiva adotada na fixação do cateter IV não impediu a visualização do sítio de inserção do mesmo e das áreas adjacentes. Não foi verificada a presença de sinais flogísticos no sítio de inserção do cateter IV, ou em suas áreas adjacentes, e encontrava-se inserido a menos de 24 horas no participante. Não foram detectadas sujidade ou umidade no sítio de inserção do cateter IV, ou adjacências.

À avaliação, o participante negou apresentar manifestação de dor relacionada ao sítio de acesso, ou às suas adjacências, no entanto, mantinha expressão de escore nível três na escala fisionômica. A coloração de sua pele no sítio puncionado mantinha-se como de número 31 de acordo com a paleta cromática, sem sinais de alterações de cor em suas adjacências, exceto discromia, condição frequente em pessoas idosas. A espessura da pele deste segundo sítio puncionado mostrou-se fina segundo a avaliação da pesquisadora.

O participante não apresentou alterações referentes à sua capacidade funcional, tendo sido atribuído o índice cinco, na Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993. Também não foi evidenciada restrição de movimentos, apesar de requerer auxílio de acompanhantes para se mover no leito.

A integridade da pele do participante não evidenciou ocorrência de edema, sinais de endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção no sítio de inserção do cateter IV, ou em suas adjacências. A temperatura da pele do sítio puncionado apresentava-se inalterada, e não havia presença de pelos no local puncionado.

Conforme os critérios avaliados, foi constatado pela pesquisadora que o participante não apresentava evidências referentes ao diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”. Ele se manteve receptivo às avaliações realizadas pela pesquisadora e negou manifestação de dor, incômodo ou desconforto com relação ao acesso venoso periférico. Esta punção venosa foi documentada por registro fotográfico (**Figura 42**).

Figura 42: Fotografia nº 1 do 2º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

A avaliação do participante teve continuidade no dia seguinte, tendo sido verificado que permanecia o acesso em membro superior direito. Não foram constatados no prontuário do participante os registros da equipe de enfermagem sobre a avaliação do acesso venoso.

O acesso venoso periférico permanecia com o cateter IV fixado sob cobertura adesiva transparente e sem registros profissionais em suas laterais e este continuava com o extensor de dupla via mantido salinizado com SF 0,9%, e ainda continha a presença de sangue em seu interior. Estava com as vias fechadas e clampeadas. O extensor permanecia com a mesma fixação sob tiras de fita microporosa, semelhantemente ao dia anterior. Não havia sinais flogísticos no sítio de inserção do cateter IV, ou em suas áreas adjacentes. O complexo de fixação não apresentava sujidade ou umidade no sítio de inserção do cateter IV, ou em áreas adjacentes.

O participante negou novamente estar apresentando dor relacionada ao sítio de acesso, ou às proximidades do acesso vascular, e manteve a mesma expressão de escore três na escala fisionômica. A coloração de sua pele no sítio puncionado permanecia inalterada, com a coloração de número 31 da paleta cromática, sem alterações de cor em suas adjacências.

A capacidade funcional do membro do participante permanecia inalterada, e foi-lhe atribuído novamente o escore cinco, na Avaliação de Força Muscular, de Rossi e Mistrorigo, 1993. Não se mostrava com movimentação restrita, mas permanecia requerendo auxílio de acompanhante e da enfermagem para deambular ou ir ao banheiro.

Não foi evidenciada a ocorrência de edema, sinais de endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção no sítio de inserção do cateter IV, ou em suas adjacências nesta avaliação, bem como alteração de temperatura local. Assim, com base nos critérios avaliados, foi constatado que o participante não apresentava evidências referentes ao diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”. Esta punção venosa foi documentada por registro fotográfico (**Figura 43**).

Figura 43: Fotografia nº 2 do 2º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

O participante continuou a ser acompanhado, e, na avaliação realizada no dia seguinte, foi constatado que o seu segundo acesso venoso periférico permanecia instalado, apesar de não estar mais sendo utilizado. Consulta realizada aos registros assistenciais do participante não evidenciou a realização de novos procedimentos transfusionais, ou alteração de sua prescrição médica, que tivesse recomendado a administração de medicações intravenosas. Apesar disso, o participante seguia puncionado.

Também não foram evidenciados registros referentes à avaliação da equipe de enfermagem, com relação ao estado do acesso venoso periférico do participante. Este acesso venoso periférico permanecia com o cateter IV fixado sob cobertura adesiva transparente e sem registros profissionais em suas laterais.

O extensor de dupla conectado ao cateter IV seguiu salinizado com SF 0,9% e havia presença de sangue em seu interior. Suas vias estavam fechadas e clampeadas e seguiam a mesma fixação com fita microporosa. Apresentava sujidade ou umidade o sítio de inserção do cateter IV, ou em áreas adjacentes.

Quando foi indagado, o participante negou estar sentindo dor relacionada ao sítio de acesso, ou às suas proximidades, no entanto houve melhora da sua expressão, para escore nível seis na escala fisionômica. A coloração de sua pele e a capacidade funcional do membro puncionado permaneciam inalteradas, mas o participante continuou dependendo de ajuda de acompanhantes ou da enfermagem para sair do leito e deambular.

Não foram detectados sinais de alteração de temperatura local, edema, endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção no sítio de inserção do cateter IV, ou em suas adjacências nesta avaliação. Foi constatado que, apesar de o participante estar com um acesso vascular que não estava sendo utilizado, o mesmo não apresentava evidências referentes ao

diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”. O acesso venoso periférico foi novamente fotografado (**Figura 44**).

Figura 44: Fotografia nº 3 do 2º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

Dando seguimento ao acompanhamento do participante, seu acesso venoso periférico foi avaliado pelo terceiro dia consecutivo. A verificação dos registros do participante evidenciou que o seu acesso venoso periférico continuava inutilizado, e não foram encontradas anotações da equipe de enfermagem de informações sobre esse acesso vascular do participante.

Foi mantida a fixação do cateter IV sob cobertura adesiva transparente e fita microporosa. Este se conectava a extensor de dupla via e estava salinizado com SF 0,9% que continha sangue em seu interior. Suas vias estavam fechadas e clampeadas fixadas com fita microporosa, e não apresentavam sinais de sujidade ou umidade. No entanto, o sítio de inserção do cateter IV apresentava resíduo de sangue, que pôde ser visto sob a cobertura adesiva transparente.

O participante negou estar sentindo dor no sítio de acesso, ou em suas proximidades, e foi mantida sua expressão com escore nível seis na escala fisionômica. A coloração da pele próxima ao sítio de inserção do participante e a capacidade funcional do membro puncionado foram consideradas inalteradas novamente. Quanto à temperatura local do acesso venoso periférico, verificou-se inalterada e não foram detectados os sinais referentes a edema, endurecimento, presença de ferimento, equimose, hematoma, eritema ou secreção no sítio de inserção do cateter IV e em suas adjacências.

Apesar de ter sido detectada a presença de sujidade por resíduo de sangue no local da inserção do cateter IV, não foram encontradas mais evidências referentes ao diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”. Este acesso venoso periférico foi novamente fotografado (**Figura 45**).

Figura 45: Fotografia nº 4 do 2º acesso venoso periférico realizado no participante código: R05.



Fonte: Registro fotográfico realizado pelas pesquisadoras.

No dia seguinte a esta avaliação, o participante foi procurado pela pesquisadora e esta foi informada pela equipe de enfermagem de que o Sr. MSF havia recebido alta hospitalar. Segundo os registros que constavam no prontuário do participante, o seu quadro hemorrágico cessou, e lhe foi indicado o acompanhamento ambulatorial pela nefrologia e continuação do tratamento dialítico.

Durante o período em que esteve internado, o participante passou por dois procedimentos transfusionais, nos quais foram infundidas duas unidades de concentrados de hemácias no total. Foi verificado nos registros de histórico do participante que ele não havia recebido transfusões em outros serviços de saúde previamente.

O histórico apresentado do participante permite a verificação de que o processo de punção venosa periférico foi requerido exclusivamente para transfusão de hemocomponentes, após sua admissão no serviço. Nesta ocasião, foi constatada a necessidade de transfusão de concentrados de hemácias, e a equipe de enfermagem decidiu pela realização de um acesso venoso periférico para a viabilização do procedimento.

A primeira punção realizada no participante chegou a evidenciar alteração de edema nas adjacências de inserção do cateter IV e foi removida, segundo o participante, por motivo de obstrução. A segunda punção venosa periférica realizada no participante teve inicialmente a finalidade de manter a terapia transfusional, no entanto a indicação de transfusão foi encerrada e o acesso permaneceu instalado, mesmo sem ser utilizado.

Outra situação evidenciada neste caso foi a ausência de registros de enfermagem referentes à avaliação do acesso vascular do participante em algumas ocasiões, o que reflete uma condição passível de ser solucionada, a partir da ação do enfermeiro, enquanto agente do cuidado.

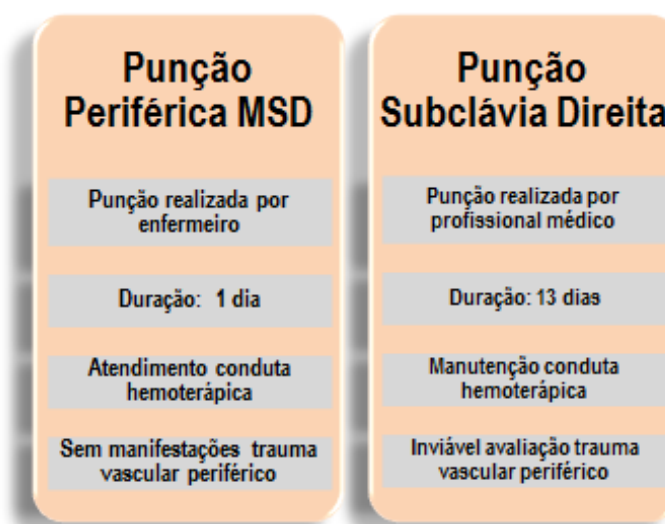
5.1.7 Estudo de Caso do participante código R06

O Sr. OFP, sexo masculino, 64 anos, permaneceu internado na instituição hospitalar por 14 dias, no setor de Transplante de Medula Óssea (TMO), em decorrência de quadro de mieloma múltiplo. Este quadro levou à recomendação de realização de transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas, durante período de remissão da doença, como conduta terapêutica.

Durante a sua permanência internado na instituição hospitalar, foram realizados dois procedimentos de punção venosa neste participante, cujas localizações constam da **Figura 46**.

Figura 46: Uso da rede vascular para transfusão segundo quem executou, tempo de permanência, razão do procedimento e ocorrência de trauma vascular:

PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS EM PESSOA COM IMUNODEPRESSÃO E PLAQUETOPENIA



Fonte: As autoras.

O participante teve a primeira punção venosa periférica realizada para cumprimento de prescrição médica de hidratação intravenosa recomendada na ocasião de sua admissão. Esta punção venosa foi realizada por profissional enfermeiro e teve o registro de ocorrência documentado em prontuário com os seguintes componentes: data de sua realização, tipo do cateter, calibre e membro punccionado, nome, categoria, carimbo e assinatura do responsável.

O conteúdo do registro referia-se à punção de mão do membro superior direito, na qual foi utilizado como cateter IV um jelco, calibre nº 20G, tendo este sido conectado ao circuito para infusão de hidratação intravenosa de SF 0,9%. Este acesso venoso periférico teve a duração de um dia. Os registros profissionais referiram que ele foi avaliado como “sem presença de sinais flogísticos” pela equipe de enfermagem. No entanto, não havia registros referentes ao complexo de fixação adotado, ou demais condutas relacionadas a este acesso venoso.

No dia seguinte, o participante teve sua veia subclávia direita puncionada para a realização de acesso venoso central por profissional médico. Constava nos registros que o acesso periférico foi retirado do membro superior direito do participante, e que, no local do acesso venoso central, foi realizado um curativo compressivo, para conter sangramento ocorrido após o procedimento.

Nessa ocasião, os exames laboratoriais indicavam alterações com índice de leucometria global de 4.670/mm³ e índice plaquetário de 187.000. Não foram evidenciados registros de manifestações de edema, hiperemia, endurecimento, ferimento, equimose, hematoma ou secreção no membro superior direito, puncionado para o acesso venoso periférico do participante.

O acesso venoso central realizado no participante viabilizou o atendimento das condutas hemoterápicas e terapêuticas preconizadas para este perfil de usuário do serviço de saúde. Por este acesso foram infundidos no participante, durante a sua internação hospitalar, fluidos para hidratação intravenosa, fármacos antibióticos, diuréticos e quimioterápicos, além de concentrados de plaquetas e células-tronco hematopoéticas na ocasião do transplante autólogo.

Um dia após a realização do acesso venoso central no participante, foi-lhe administrado fármaco quimioterápico como conduta para condicionamento pré-realização de transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas.

No dia seguinte à realização do condicionamento, foi feito o transplante de células-tronco hematopoéticas, via infusão de células coletadas do próprio participante em ocasião anterior. Conforme registros da equipe de enfermagem, o participante mostrou-se muito ansioso em relação ao sucesso do transplante, tendo sido prescrito medicamento ansiolítico para auxiliá-lo. Apesar de o participante ter referido sensação de queimação em face durante a realização do transplante, o procedimento foi considerado sem demais intercorrências ou queixas.

No terceiro dia após a inserção do acesso venoso central no participante, a equipe de enfermagem constatou a presença de sangue no local da inserção do cateter. Foi realizada troca do curativo e higienização do local com solução de clorexidina, conforme descrito nos registros. A visualização do sítio de inserção do cateter central do participante foi possibilitada pela adoção de cobertura adesiva transparente, preconizada institucionalmente para a fixação do cateter.

No quarto dia de utilização do acesso venoso central, foi constatada pela equipe de enfermagem a presença de sangramento referido como “pequeno” e foi feita a monitoração deste pela equipe de enfermagem. Apesar de a realização do transplante de células-tronco haver sido bem-sucedida, o participante apresentou-se ansioso.

Tal fato levou a equipe de enfermagem a solicitar o atendimento de profissional psicólogo para o participante. O sangramento persistiu ao longo do quinto dia após a instalação do acesso venoso central no participante, tendo sido registrada a realização de curativo compressivo no local por

profissional de enfermagem. O participante apresentou, nesta ocasião, três episódios de diarreia, apetite prejudicado e uma ocorrência de vômito. Ele se queixou também de incômodo ao deglutir.

No sexto dia após a colocação do cateter venoso central, foi registrado que ainda havia sangramento em sua inserção, tendo sido realizado novamente curativo compressivo no local pela equipe de enfermagem. E, passados sete dias da realização do acesso venoso central no participante, foi registrada melhora do sangramento no seu sítio de inserção, e foi avaliado pela equipe de enfermagem que o local não possuía sinais flogísticos.

No entanto, o participante mantinha o quadro diarreico, o que foi referido como causa de interrupção de seu padrão de sono. Foi relatado também sensação de desconforto e queimação na garganta do participante. Nesta ocasião, ele apresentou um pico febril, sem valor registrado no impresso verificado.

A avaliação do participante, realizada no oitavo dia pela equipe de enfermagem constatou a ausência de sinais flogísticos no local de inserção de seu cateter venoso central. Apesar disso, foi verificado sangramento em sua inserção. Foi também percebida a manifestação de petéquias em membros superiores e inferiores do participante e ocorrências de náuseas, para tanto, foi medicado.

O exame do participante, no nono dia após a colocação do cateter central, evidenciou a presença de petéquias também no seu abdome. O participante apresentou dois episódios de diarreia, um pico febril (37,6°C) e insônia (tendo sido adotada a administração de medicações para estas situações), além de manter o sangramento no local de inserção do cateter central.

Ao décimo dia de uso de cateter venoso central, o participante recebeu a indicação de transfusão de seis unidades de concentrados de plaquetas. A realização da transfusão foi registrada como “sem intercorrências”, no entanto, o participante apresentou posteriormente pico febril (37,9°C), inquietação, ansiedade e tremores. A equipe de enfermagem acionou o médico plantonista, que prescreveu medicação anti-inflamatória. O participante apresentou melhora do quadro, no entanto foi constatada pela enfermagem, a manifestação de hiperemia no sítio de inserção de seu cateter venoso central.

Os exames laboratoriais do participante evidenciaram alterações referentes à sua hemoglobinemia (9,58 g/dL), leucometria global (194 céls/mm³) e plaquetopenia (5.461). Após o procedimento transfusional, os exames evidenciaram hemoglobinemia de 8,67 g/dL, leucometria global de 282 céls/mm³ e índice plaquetário de 19.150.

No 11º dia de uso do cateter venoso central, o participante apresentou pico febril, sem registro do valor aferido, o que levou à coleta de amostra de sangue pela equipe de enfermagem para a realização de exame de hemocultura. Apesar da transfusão de concentrados de plaquetas no dia anterior, o sítio de inserção do cateter continuou apresentando sangramento, sem registros de demais

sinais flogísticos. O exame de hemocultura evidenciou resultado negativo para infecção. Apesar disso, o participante continuou em uso de medicação antibiótica.

No 12º dia após a colocação do cateter venoso central, o participante não apresentou sangramento na inserção do cateter ou ocorrência de sinais flogísticos. No entanto, havia petéquias em membros superiores, inferiores, na região do abdome e estava um pico febril (38,1°C). Foi realizada a monitoração do estado geral do participante e administrada medicação anti-inflamatória para contenção da febre.

Ao 13º dia posterior à instalação do cateter venoso central, foi verificada a presença de sangramento no seu sítio de inserção, porém sem manifestação de sinais flogísticos. O participante apresentou-se bem-disposto, aceitando melhor a dieta. Esta mudança de ânimo do participante foi atribuída ao recebimento da notícia de “pega” (enxertia) de sua medula, evidenciada por exames laboratoriais, o que ocasionou a sua alta da instituição hospitalar.

Nesta ocasião, foi constatada a melhora do quadro diarreico e ausência de náuseas. A mucosa oral do participante foi avaliada como “íntegra”. Foi realizada a retirada do cateter venoso central do participante por profissional de enfermagem. Ele recebeu o encaminhamento para continuação de seu atendimento em nível ambulatorial pelo serviço de hematologia da instituição.

Devido ao fato de a punção venosa periférica ter sido realizada antes de o participante ter sido incluído nos estudos de caso, e de posteriormente ter sido realizada punção venosa central, que não foi o foco desta investigação, não foram efetivados registros fotográficos dos sítios puncionados. Foi constatado que, ao longo de seu período de internação institucional, o participante passou por um procedimento transfusional, no qual recebeu seis unidades de concentrados de hemácias. Não foi evidenciada a experiência prévia do participante com transfusões realizadas em outros serviços de saúde, com base em seu histórico clínico.

O histórico apresentado do participante possibilita a verificação de que o processo de punção venosa periférico foi requerido inicialmente para hidratação intravenosa, durante sua admissão institucional, e foi realizado com êxito pela equipe de enfermagem, sem evidências de manifestações de trauma vascular periférico.

Conforme o protocolo de atendimento deste perfil de usuário, foi definido pela equipe assistencial que o participante necessitaria posteriormente de drogas vesicantes (imunodepressoras e antibióticas) para continuidade de seu tratamento. Devido à permanência do acesso não poder ser estimada na admissão do participante, e para minimizar sua exposição a intervenções invasivas, optou-se pela instalação de acesso venoso central, que foi realizado com êxito pela equipe médica.

A ocorrência e persistência do quadro de sangramento no sítio de inserção do acesso venoso central descrito no caso deste participante reflete uma situação inerente a pessoas que apresentam

quadro plaquetopênico. Verificou-se que a equipe assistencial adotou condutas previstas e cabíveis nesta situação, assegurando a realização e a monitoração do procedimento transfusional, do sítio de inserção e realização de curativo compressivo do acesso venoso central do participante, a fim de intervir adequadamente nestas circunstâncias.

5.1.8 Discussões sobre os estudos de caso

Os achados dos estudos de caso possibilitaram identificar a ocorrência de erros em alguns registros realizados pela equipe de enfermagem, com relação ao sítio puncionado e à omissão de algumas informações, a exemplo do calibre do cateter IV empregado no processo de punção venosa realizado.

A documentação de registros realizada de forma eficiente, clara e objetiva pela equipe de enfermagem possibilita a comunicação saudável entre a equipe multiprofissional, reduzindo a ocorrência de “ruídos”. Apesar disso, é verificada a existência de registros realizados de forma imprudente pela enfermagem, o que pode comprometer o cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde, funcionários das instituições, e até mesmo as próprias organizações, acarretando em danos físicos e passíveis de providências legais²⁰³.

A enfermagem aponta a existência de barreiras que interferem na devida realização dos registros profissionais, culminando em situações assistenciais desfavoráveis. Estas barreiras são referidas como a redução do tempo disponível ao profissional para os registros, imposição de restrições na carga de trabalho, adoção de atitudes equivocadas para a realização da documentação e a necessidade do incremento de políticas institucionais com relação aos registros²⁰³.

É importante que os registros que alimentam os sistemas de informação de assistência à saúde contenham conteúdos relevantes à prática assistencial, sejam redigidos com clareza e objetividade. Devem assegurar a qualidade da informação oferecida, consistindo em subsídios para avaliação da prática profissional, pesquisa científica e respaldo legal da atuação de enfermagem²⁰⁴.

A Resolução do Cofen nº 429/2012 determina como responsabilidade e dever do profissional de enfermagem efetuar registros referentes à assistência prestada, bem como sobre o gerenciamento do processo de trabalho. Tais informações devem ser registradas tanto no prontuário do usuário quanto nos documentos institucionais, existentes em meio físico ou virtual, de modo que assegure a continuidade da assistência do usuário²⁰⁵.

Está previsto que as informações sobre o processo de cuidar devem conter: uma síntese sobre o histórico do usuário ou coletividades assistidas nos serviços de saúde; diagnósticos de enfermagem diante das respostas humanas evidenciadas pela assistência destes profissionais; condutas de

enfermagem empregada diante da resposta humana evidenciada e os resultados alcançados pelo emprego das condutas realizadas²⁰⁵.

Com relação ao processo de trabalho do profissional de enfermagem, cabe a ele a realização de registros documentais próprios da profissão, referentes às condições ambientais enfrentadas, bem como sobre os recursos materiais e humanos de que dispõe, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada²⁰⁵.

As DCN dos cursos de graduação em enfermagem abordam a questão da elaboração dos registros, ao preverem que o profissional seja instrumentalizado com competências que assegurem a realização de uma comunicação qualificada. Para tal, é necessário que o enfermeiro possua escrita e leitura hábil, tenha domínio de uma língua estrangeira, ao menos, e tenha capacidade para operar tecnologias de informação⁶⁹.

Com relação às especificidades previstas na legislação hemoterápica brasileira referentes ao processo de punção venosa periférica, esta prevê a utilização de linha venosa exclusiva para a infusão de hemocomponentes, à exceção da infusão de SF 0,9%⁷. Devido à impossibilidade de administração concomitante de hemocomponentes e medicamentos, caso não seja possível interromper a infusão de medicações, caberá à equipe assistencial providenciar o acesso vascular do usuário para viabilizar o ato transfusional.

Neste sentido, ao abordar as peculiaridades do processo de punção venosa periférica com fins hemoterápicos, a perda de um acesso venoso pode trazer implicações para o usuário, ao lhe ocasionar dor, sofrimento e outras sensações de cunho negativo, pelo fato de requerer frequentemente a realização de uma nova punção. Em contextos nos quais os usuários são afligidos pela escassez de sua rede venosa, tais sensações negativas podem ser potencializadas em virtude da realização de processos de punção venosa recorrentes²⁰⁶.

Na concepção da enfermagem, o acesso vascular do usuário via cateter venoso central assegura a qualidade deste procedimento. Quando instalado e manuseado adequadamente, possibilita a terapia intravenosa, mesmo quando são infundidas soluções com valores extremos de pH e osmolaridade²⁰⁷.

Dessa forma, o cateter central não oferece riscos de danos ao endotélio do vaso sanguíneo ou necrose tissular ocasionada pelo extravasamento de soluções, a exemplo da possibilidade desta ocorrência em administração por via periférica²⁰⁷.

Com relação aos enfermeiros, a opção por um acesso venoso central é capaz de minimizar a ocorrência de estresse junto aos profissionais, uma vez que elimina a realização frequente de acessos venosos periféricos, para a garantia da terapia IV. Do ponto de vista do usuário em uso de cateter venoso central, podem ser minimizadas a dor e a ansiedade, em decorrência de não necessitar da

realização de punções frequentes. O cateter venoso central possibilita ao usuário a melhoria de suas atividades diárias e a segurança de seu acesso venoso²⁰⁷.

Deste modo, a adoção do cateter IV periférico ou central deverá se basear nas indicações terapêuticas de sua utilização, nas limitações que pode impor ao usuário, na idade da pessoa a ser puncionada e situações socioeconômicas. A recomendação do tipo de cateter empregado no acesso deve visar à minimização do risco de complicações decorrentes de seu uso²⁰⁷.

Diante das situações negativas acarretadas pela perda de um acesso vascular, a presença de um profissional *expert* em punção venosa é capaz de oferecer alívio para o usuário, amenizando sua experiência negativa com o processo de punção venosa²⁰⁶.

Culturalmente, o título de profissional perito em punção venosa é atribuído a aqueles profissionais que executam numerosas punções, em detrimento da qualidade que é oferecida na realização do procedimento. Para minimizar o problema ocasionado pela realização de múltiplas punções, é recomendado que os profissionais de enfermagem considerados *experts* sejam acionados prontamente para a execução de punções venosas em perfis de usuários com restrições em sua rede vascular²⁰⁶.

Conforme evidenciado com os participantes R01 e R06, optou-se pela realização de acessos venosos centrais com fins de assegurar a manutenção do tratamento terapêutico medicamentoso, uma vez que estavam sendo infundidas drogas consideradas como vesicantes, por um tempo inestimado, a princípio. Tais medicamentos são assim considerados, uma vez que são capazes de produzir danos nos tecidos, como os antibióticos e quimioterápicos¹¹⁹.

Existe a recomendação de que sejam observadas as características das substâncias a serem infundidas, a exemplo de seu potencial irritativo ou vesicante, em conjunção com a previsão de duração da terapia IV a ser efetivada, ao optar-se pela realização de um acesso venoso periférico¹¹⁹.

Há evidências de que a infusão de quimioterápicos via acesso venoso periférico ocasionou nos usuários eritema, edema e extravasamento local de medicação. Após a remoção do cateter IV periférico, foram constatadas tardiamente as manifestações de hematoma, eritema, flebite e verbalização do usuário de dor no local²⁰⁸.

Cabe mencionar que nos casos dos participantes R01 e R06, a equipe de enfermagem optou por acionar profissionais médicos para a realização do acesso venoso central. Há evidências de que o profissional de enfermagem que não se sentir apto a executar o processo de punção deve evitar realizá-lo, a fim de minimizar prejuízos para o usuário puncionado²⁰⁶.

Neste sentido, cabe o acionamento de um profissional *expert* para a realização da punção, em se tratando de necessidade de um acesso vascular central. A enfermagem se mostra apta à realização de punções de acesso central, como no caso do cateterismo umbilical²⁰⁹, a punção de veia jugular

externa²¹⁰ e a inserção de cateteres centrais por via periférica, desde que tenha realizado especialização para tal²¹¹.

No caso da participante R02, foi evidenciado que o período de sua permanência na instituição hospitalar requisitou a realização contínua de acessos venosos, a fim de assegurar a continuidade de sua terapia de hidratação IV. Cabe mencionar que a equipe de enfermagem deve colaborar para que as metas globais em prol da segurança, eficiência e adequação da terapia IV a ser efetivada no usuário sejam alcançadas¹¹⁹.

Foi possível evidenciar, no caso da participante R02, que a equipe de enfermagem optou pela realização de acessos venosos periféricos, com o intuito de assegurar sua terapia medicamentosa. A equipe de enfermagem evidenciou ainda, neste caso, que, quando foi necessário um acesso em nível central, este pôde ser realizado por profissional enfermeiro, constituindo-se na punção de veia jugular externa direita.

No caso da participante R03, dada sua curta permanência na instituição, foi possível constatar a realização de um único acesso venoso periférico para fins hemoterápicos, tendo sido suficiente para o atendimento da proposta terapêutica prevista, uma vez que não houve a necessidade de outros acessos vasculares.

Quanto ao caso do participante R04, foi necessária a realização de seis processos de punção venosa periférica ao longo de seu período de internação. Inicialmente, a punção foi necessária para viabilizar a hidratação IV do participante. Posteriormente, com a indicação de transfusão sanguínea, o acesso vascular passou a atender também a esta indicação. Foi constatado ainda, neste caso, que os acessos venosos periféricos tiveram duração inferior a seis dias de permanência. Tal fato pode ser atribuído à fragilidade da rede venosa do participante, em virtude de sua idade idosa (77 anos) e da posterior confirmação de quadro neoplásico, fato que poderia ter contribuído para a sua fragilidade venosa, em decorrência do processo patológico em curso⁹.

Com relação ao participante R05, apesar de este apresentar idade idosa (66 anos), seu período de permanência na instituição hospitalar foi relativamente curto, oito dias. Dada a constatação de inexistência de prescrição contínua e de seu acesso vascular não ter sido utilizado ininterruptamente, foram necessários apenas dois processos de punção venosa periférica. No entanto foi constatado que seu acesso venoso periférico foi mantido além do tempo necessário. Há a recomendação de que, tão logo não haja mais necessidade do acesso venoso periférico, este seja retirado¹¹⁹.

Foi constatada, nos casos dos participantes R02 e R04, a ocorrência de manifestações de trauma vascular periférico, tais como dor no sítio puncionado e edema. Nestes casos, as medidas adotadas compreenderam a realização de aplicação de compressa fria local no membro puncionado da

participante R02, a retirada do cateter IV e o monitoramento do sítio puncionado após a remoção do mesmo em ambos os casos.

Há evidências do emprego de compressas frias em sítios de ocorrência de flebites, pelo emprego de fitoterápicos enquanto ação de enfermagem, a exemplo da *Chamomilla recutita*. Seu potencial anti-inflamatório e ausência de toxicidade local foram mencionados como pontos favoráveis à sua utilização¹²⁸.

Cabe mencionar que há recomendações para a inspeção e avaliação do sítio de acesso vascular a cada turno de trabalho da equipe de enfermagem, ao menos, no intuito de detectar a ocorrência de manifestações de complicações passíveis de prevenção, tais como traumas vasculares e flebites¹¹⁹.

Está previsto na regulamentação da enfermagem que compete ao enfermeiro privativamente o planejamento, a organização, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. Cabe-lhe também a prescrição dos cuidados de enfermagem a serem adotados, no que se refere à assistência de circunstâncias envolvendo grau de complexidade³².

Neste sentido, o enfermeiro deve exercer a avaliação dos acessos venosos, periféricos ou centrais, a fim de detectar quaisquer manifestações de alterações e implementar os cuidados cabíveis a cada circunstância.

Devido ao fato de o enfermeiro lidar com as diversas tecnologias empregadas na assistência de saúde, é de sua responsabilidade buscar os conhecimentos técnicos referentes à manipulação e manutenção dos cateteres centrais, prevenindo a ocorrência de complicações, que impactarão a qualidade da assistência de enfermagem, a redução do período de internação e custos hospitalares²¹².

Deve, ainda, orientar a equipe de enfermagem com relação às medidas a serem adotadas em caso de ocorrência de manifestações de trauma vascular periférico, recomendando, inclusive, os cuidados a serem adotados, tais como remoção do cateter IV, a possibilidade de aplicação de compressa fria no local alterado e o acompanhamento subsequente do local que foi puncionado.

Foi possível inferir com os casos apresentados que a equipe assistencial de enfermagem esteve ciente da maior parte das manifestações de alterações relacionadas aos sítios de punção venosa periférica, tendo adotado medidas cabíveis para as circunstâncias evidenciadas.

No entanto, foi detectado ausência de alguns registros cabíveis aos profissionais de enfermagem, tanto com relação às punções executadas quanto referentes às condutas empregadas. Tal fato reforça a importância de se trabalhar com a equipe a questão da realização dos registros profissionais.

Apesar de não estar prevista na legislação hemoterápica a indicação de acesso venoso central ou periférico para a realização de transfusões de hemocomponentes/derivados, há a recomendação de

linha venosa exclusiva para tal fim⁷. Com relação a este fato, os casos apresentados evidenciaram que, nos participantes R01, R02, R04 e R06, o acesso venoso foi também destinado à infusão de medicamentos e soluções para hidratação IV. Esta situação pode ser explicada pela indisponibilidade de acessos venosos, dadas as condições clínicas dos participantes, que envolveram além da necessidade de transfusão de hemocomponentes, a imunossupressão⁹.

Quanto à realização de transfusões, há a recomendação de que sejam estabelecidas em nível nacional as competências para os profissionais responsáveis pela prestação da terapia IV¹¹⁹. Neste sentido, a legislação de enfermagem restringe ao profissional de nível superior a execução de procedimentos transfusionais⁷⁵, o que engloba a realização do processo de punção venosa periférica nestas situações.

No caso dos cateteres IV a serem empregados na realização de punções venosas periféricas para viabilizarem transfusões, é recomendado que seja utilizado cateter IV com calibres entre 20G a 24G, desde que o calibre do vaso periférico seja suficiente para acomodá-lo e que esteja conforme as preferências do usuário, de modo a não lhe causar danos. Quando houver a necessidade de realizar rapidamente a transfusão, pode-se utilizar cateteres com calibres maiores, excetuando-se a utilização de cateteres instalados para fins de terapia renal substitutiva¹¹⁹.

Com relação aos calibres dos cateteres IV empregados nas punções venosas periféricas documentadas dos participantes, o maior calibre evidenciado correspondeu ao 20G, enquanto que o menor correspondeu a 22G. Tais achados corroboram com as recomendações da *Infusion Nursing Society* com relação a este quesito. Os cateteres centrais devem ser preconizados para a realização de transfusões, quando for constatado que o procedimento poderá ocorrer de maneira lenta, porque o lúmen do cateter periférico instalado é de baixo calibre¹¹⁹.

Diante do exposto, ficou evidenciada a possibilidade de uso dos acessos venosos periféricos para fins hemoterápicos, a exemplo da transfusão sanguínea. No entanto, sua realização deve estar baseada na adoção de medidas que estejam em consonância com os padrões de garantia da segurança do usuário puncionado.

Para articular uma prática eficiente do processo de punção venosa periférica com as recomendações de segurança ao usuário, está previsto no processo de formação do enfermeiro a construção de competências. Tais competências abrangem a atenção à saúde pelas ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde e a tomada de decisões presente na realização de procedimentos e práticas⁶⁹.

A literatura evidencia como caracterização dos passos a serem empregados na execução do processo de punção venosa periférica: 1) o esclarecimento do usuário a ser puncionado sobre o procedimento que será realizado, de modo a confortá-lo; 2) a higienização das mãos do profissional; 3)

a seleção dos recursos materiais a serem utilizados; 4) a seleção do vaso do usuário a ser puncionado; 5) a realização de antissepsia do sítio de punção; 6) a aplicação de torniquete; 7) a observação da angulação da agulha, de modo a alcançar o vaso; 8) a observação do posicionamento do bisel da agulha; 9) a inserção do cateter IV propriamente dita; 10) a detecção da presença de retorno sanguíneo no cateter IV; 11) a retirada do torniquete; 12) a retirada de forma asséptica do cateter IV; 13) a realização de hemostasia local, após a retirada do cateter IV; 14) o descarte devido de material perfurocortante; 15) a observação do usuário e detecção de suas respostas humanas desencadeadas pelo procedimento e 16) o registro do procedimento realizado²¹³.

Apesar de a temática do processo de punção venosa periférica ser contemplada entre os procedimentos técnicos aprendidos pelos enfermeiros, sua realização pode implicar a geração de comportamentos de ansiedade e insegurança nos graduandos²¹⁴, ou pessoas com pouca experiência profissional⁸⁷.

Após a apresentação de resultados e discussão dos estudos de caso, serão apresentados os dados obtidos a partir da apreensão das RS de profissionais e doadores de sangue, nas suas abordagens processuais. Aos doadores de sangue será acrescentada a apresentação dos dados provenientes da abordagem estrutural das RSs, para triangulação de métodos e técnicas.

5.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL PROCESSUAL E ESTRUTURAL

Os resultados obtidos a partir da triangulação de métodos e participantes prevista para captação dos elementos simbólicos representacionais e sua origem entre profissionais da área de saúde e usuários doadores de sangue estão apresentados a seguir.

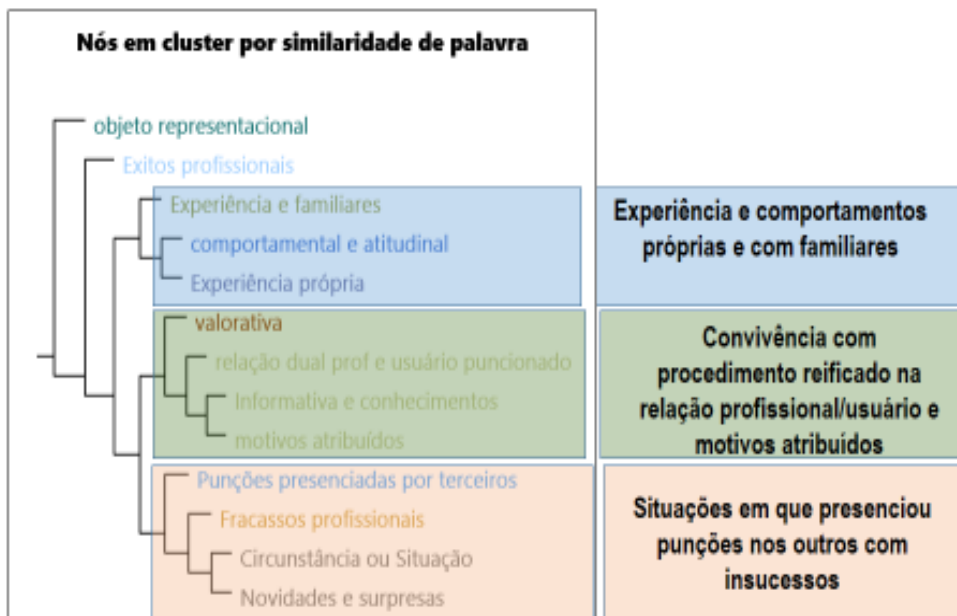
Foram 62 participantes da equipe de saúde que integraram a abordagem processual realizada com os profissionais da instituição de ensino e do hemocentro, sendo 47 enfermeiros, dez técnicos de enfermagem, três técnicos em análises clínicas e laboratoriais e dois auxiliares de enfermagem e laboratório.

Eles ficaram assim caracterizados: 88% eram do sexo feminino, 72% se autodeclararam brancos, 50% possuem filhos (média de 0,67) e 48% eram solteiros. A metade dos profissionais possui no mínimo ensino superior, tendo concluído ou estava cursando suas especializações; 67% dos profissionais declararam realizar menos de cinco punções venosas periféricas/semanais. Entre as razões atribuídas para a baixa execução dos procedimentos constaram: exercício de cargos cujo perfil está afastado da assistência direto ao usuário (a exemplo dos triagistas do hemocentro, coordenador de setor no hospital), ou a delegação do procedimento aos profissionais de nível técnico e auxiliar.

Na análise dos conteúdos simbólicos emergentes na abordagem processual realizada com profissionais que puncionam veia para fins hemoterápicos nas duas instituições cenários da

investigação, foi possível identificar três categorias temáticas, explicitadas a partir do dendograma elaborado no Programa Nvivo Pro versão 11 (**Figura 47**).

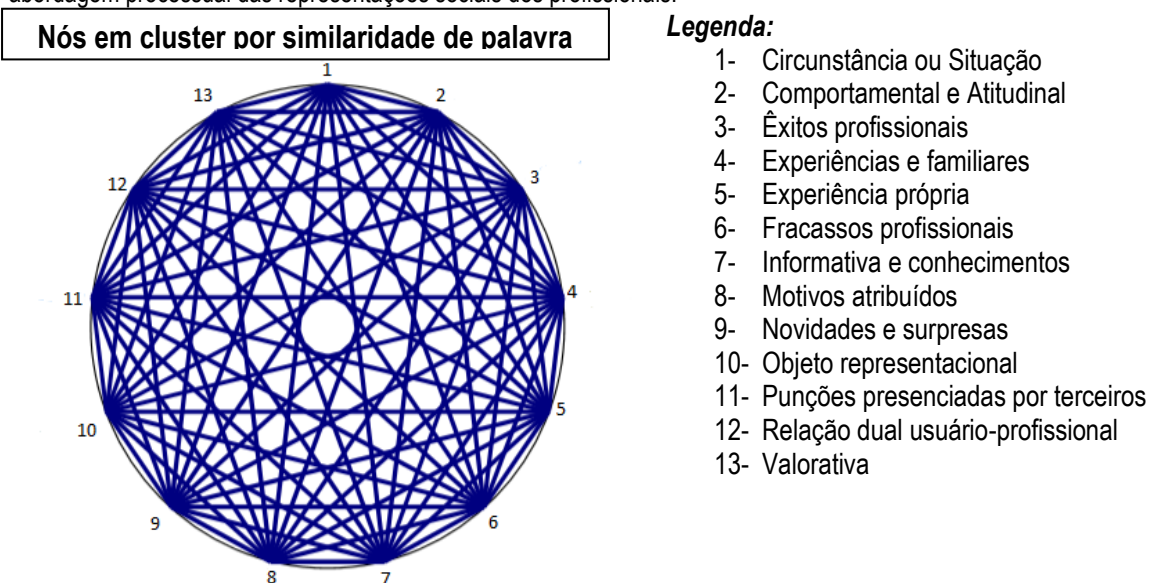
Figura 47: Representação gráfica por dendograma das três categorias que explicitam a origem das representações sociais para o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos segundo profissionais que punçionam veias.



Fonte: Dendograma gerado pelo programa Nvivo. Análise feita pelas autoras.

A seguir, consta a representação gráfica obtida pela saturação dos dados nas categorias das representações sociais de profissionais sobre o processo de punção, e os valores que atestam a significância da análise categorial.

Figura 48: Representação por gráfico de círculo demonstrando a saturação dos dados contidos nos eixos temáticos da abordagem processual das representações sociais dos profissionais.



Fonte: Relatório geral no Programa Nvivo.

Nota das autoras: O gráfico de Círculo foi gerado a partir da similaridade de palavras segundo clusters.

Na categoria “Experiência e comportamento próprios e com familiares”, foram identificados três eixos temáticos, a saber: 1) Comportamental e Atitudinal; 2) Experiências próprias e 3) advindas do convívio familiar.

O eixo “comportamental e atitudinal” referiu-se aos comportamentos adotados pelo binômio usuário-profissional, na perspectiva dos profissionais, diante das experiências com a execução ou vivência do processo de punção venosa. Os profissionais rememoraram experiências vivenciadas pelos participantes, nas quais eles adotaram comportamentos diante do (in)sucesso do processo de punção na ocasião em que suas veias estavam sendo puncionadas para fins hemoterápicos.

Em seus relatos, o foco está no desfecho do procedimento e nos seus sentimentos que passaram a constituir memórias revisitadas quando a temática foi abordada e quando eles se depararam com fatos semelhantes na prática clínica em ocasiões posteriores, conforme apontam os fragmentos de discurso dos participantes a seguir.

“Então, quando foi na quarta tentativa, eu já falei com ela: Olha! Eu não vou tentar de novo, eu não estou conseguindo. Ali, eu já fiquei um pouco nervosa, mas, aí, na quinta, na sexta (tentativa), eu falei ‘não! Não tem como eu tentar mais!’ Aí eu fui, tentei mais uma vez, mas consegui um pouco só de sangue. Aí pedi a ela para ela voltar no outro dia, para ver se a gente conseguiria.” U01.

“Ele estava bem desidratado, aí o funcionário (colega de trabalho) falou assim até comigo: ‘Nossa! Mas você vai puncionar esse raminho aí?... esse filezinho?’ Eu falei: ‘Deus vai me ajudar! E eu vou conseguir!’ E eu, com aquele escalpe menorzinho possível; eu consegui!” U08.

“Deu certo, certíssimo! Tanto que ele ficou: ‘ai, está vendo o que eu te falei? Foi bom, né?’ Ele ficou todo satisfeito, entendeu?” U33.

“Assim, foi bom para mim justamente por isso! Algo que eu nunca tinha feito e que eu consegui fazer! E consegui ter êxito no que eu fiz, porque consegui manter o paciente tranquilo! E foi um procedimento muito tranquilo!” U38.

“Mas assim, puncionando a veia... eu não conseguia. Eu tremia demais, tremia muito! E aí, lá em casa, todo mundo virou minha cobaia. Namorado, meu marido, minha irmã, meu pai, todo mundo tinha que puncionar veia! Chegou um ponto que eu estava puncionando veia de mim mesma, para ver se eu conseguia perder aquele medo. Só que aí eu perdi o medo em casa, e não perdi dentro do hospital.” H55.

O hospital, enquanto espaço simbólico do cuidado do corpo, foi mencionado pelo participante U55 como sendo gerador de apreensão para si e lócus de expressão de sua incapacidade de

superação da imagem desse local construída ao longo da vida. Do ponto de vista profissional, foi possível identificar que indiretamente as imagens simbólicas construídas sobre esse espaço se expressaram, dificultando a superação dessa limitação quando em atuação profissional, pois mencionarem que ainda não foi vencido este obstáculo: “não perdi (o medo) dentro do hospital”.

As características das veias dos usuários, aliadas às próprias experiências profissionais e ao (in)sucesso na realização do procedimento técnico, justificaram a ocorrência de comportamentos/attitudes emergentes entre os participantes diante do processo de punção de vasos. Outros fatores intervenientes referem-se à capacidade de lidar com frustração e o tipo de personalidade do profissional, fazendo emergir sentimentos/sensações diante do desfecho e a tomada de decisão de insistir em/desistir de repuncioná-lo²⁰⁶.

O êxito na realização da punção de vasos, em situações que envolvem dificuldade na execução do procedimento, gerou entre os participantes uma sensação autoconfiança para se inserirem na realização do procedimento em situações posteriores, conforme mencionado pelo participante U08.

O insucesso do profissional na execução da punção para fins hemoterápicos pode ser originado em atividades de punções para fins terapêuticos, podendo estas experiências se tornarem marcantes a ponto de serem lembradas quando ocorre a punção para a infusão de hemocomponentes.

“Por extravasamento de solução, de medicamento, a criança teve que ser acompanhada pelo serviço de plástica, do serviço da cirurgia plástica porque infiltrou, feriu o local. Ai teve que ficar um tempo maior internado! Foi ruim pra mãe, foi ruim pra criança! Foi ruim para o profissional que no dia estava com a criança, que apareceu a bolha.” U15.

“Ele avaliou e falou que tinha como puncionar. Ele tentou puncionar e não conseguiu! Me chamou; eu tentei reposicionar e não consegui! O local não ficou com hematoma. Não ficou com nenhum sinal de que realmente extravasou o vaso e a gente não conseguiu encher a bolsa. Isso foi frustrante para mim, porque geralmente a minha conduta sempre é: eu olho o vaso. Eu olho o acesso e eu quero ter sucesso na hora que eu vou puncionar!” H39.

O comprometimento com os usuários e o êxito nas ações laborais pode se tornar tão marcante para o profissional que punciona veias, que pode ser interpretado como um insucesso pessoal e um desafio capaz de gerar frustração. O fragmento do discurso do participante U39 exemplifica isso.

O conhecimento científico do profissional de enfermagem sobre a terapia intravenosa contribui para a efetividade do cuidado prestado, favorecendo a tomada de decisão do enfermeiro diante da

ocorrência de complicações em sua execução²⁰⁷, sendo capaz de influenciar o comportamento do executor da punção. Tal comportamento, segundo a concepção de Watson, pode ser analisado na perspectiva da exigência imposta pelo profissional à sua ação laboral como capaz de gerar um desequilíbrio energético e, por conseguinte, causar impactos nos usuários¹⁴³.

Na tentativa de buscar uma solução para acessar o conteúdo sanguíneo ou mantê-lo pérvio, ações como reposicionamento do cateter podem ser empregadas, a fim de impedir o colapamento da ponta da agulha na parede do vaso e reajustar o posicionamento da agulha ao fluxo sanguíneo local.

Tal fato foi identificado na prática clínica do hemocentro e da instituição de ensino com documentação advinda do diário de campo e da coorte, conforme exemplificado na imagem da **Figura 49**. Este fato pode ser explicado segundo a concepção de Benner, na qual o profissional expert é capaz de desenvolver uma ação intuitiva, visualizando tanto o resultado almejado quanto os meios para alcançá-lo⁸⁷.

Figura 49: Estratégia adotada pelo profissional durante a coleta de sangue.



Fonte: Acervo documental das autoras.

A colocação de suporte sob a agulha teve o intuito de posicioná-la de modo a favorecer a captação do conteúdo sanguíneo, uma vez que foi detectado que a coleta estava ocorrendo com baixo fluxo. Esta situação poderia alongar o tempo de coleta, e, caso não fosse obtido o volume mínimo desejado para o enchimento da bolsa, o doador teria sido puncionado em vão, e o seu sangue não teria sido aproveitado.

O surgimento de sentimentos de incapacidade/desconforto por parte dos profissionais ao puncionarem veias faz com que eles busquem estratégias ao seu alcance para superarem suas limitações, demonstrando o esforço do profissional e seu empenho em se qualificar para a prestação de cuidados, conforme mencionado pelo participante U55.

O comportamento demonstrado pelo usuário por vezes é apreendido pelo profissional durante a realização da punção para fins hemoterápicos. Segundo o participante U02, foi possível identificar

manifestações de medo e insegurança cujas respostas humanas são capazes de impactar o profissional. Tais reações foram associadas ao desconhecimento do usuário sobre a punção.

“Ele virou o rosto porque ele não queria ver, porque estava com medo. Depois ficou fazendo piada, assim e tal. Foi mais mesmo assim... engraçado porque ele estava com medo, né?” U02 (24,75%).

A percepção dos profissionais que puncionam veias para as respostas humanas diante do procedimento, quando não monitoradas terapeuticamente, se transformam em vivências negativas e traumáticas que podem desencadear no usuário dificuldades no enfrentamento do procedimento, bem como sofrimento existencial, conforme consta da fala do participante U02.

“Ele comentou assim, que uma vez ele fez cirurgia, e que custaram pra poder achar um acesso nele. E que aí espetaram ele até não querer mais. Eu acho que ele meio que ficou traumatizado, entendeu?” U02.

No entanto, mesmo diante de dificuldades apresentadas pelos usuários e que são percebidas pelos profissionais, aqueles tendem a se submeterem à realização da punção por reconhecerem sua importância dentro da proposta terapêutica²⁰⁸. Os participantes U002 e U009 exemplificaram esses sentimentos entre as pessoas que puncionaram veias.

[...] “Hoje de manhã veio um paciente, tava assim, com medo.” U002.

“Chegam, (usuários) porque todo mundo tem medo de agulha, né? Aí deixa o paciente mais nervoso ainda, né?” P009.

Os participantes posicionaram-se desconfortáveis com a necessidade de repetição da realização de punções, diante de eventos malsucedidos. O sofrimento do usuário a partir destas punções seguidas foi percebido pelo profissional como um fator estressor.

“Eu não gosto de, de puncionar mais de uma vez a pessoa. Toda vez que acontece alguma coisa que a gente não consegue de primeira, eu fico incomodada com essas coisas. E, além de ser mais risco pra ele ficar puncionando, e você fica picando a pessoa toda hora, ela já tá ali, né, sofrendo, né! Mais de uma vez, isso me incomoda bastante!” U11.

“E, às vezes, a pessoa vai também e tenta muitas vezes [...] acho que o ideal também, às vezes, é tentar ver alguma pessoa com mais experiência, né? Se você vir que não conseguiu e não ficar insistindo tantas vezes, acho que é o ideal.

Também é isso de, às vezes, ver uma pessoa que tem mais experiência para estar evitando aí, este trauma na pessoa...” H51.

Enquanto responsável direta pela realização do processo de punção venosa, a enfermagem tem buscado a produção de conhecimentos na temática da terapia IV. O conhecimento gerado na área tem sinalizado a minimização das complicações advindas do uso de cateteres IV, pela busca de dispositivos compatíveis, melhor desempenho na realização do procedimento, preservação da autoimagem do usuário, bem como a assertividade durante as tentativas de realização de punção e identificação de situações de vulnerabilidade e risco para ocorrência de trauma vascular na perspectiva de um diagnóstico de enfermagem^{30; 211}.

No eixo temático “experiências e familiares”, os profissionais relataram situações nas quais o processo de punção venosa periférica foi realizado em pessoas com quem possuíam vínculos familiares a exemplo de filhos, pais e outros. Eles retrataram suas facilidades e dificuldades para lidar com o procedimento técnico nessas pessoas e descreveram a influência do contexto familiar e dos vínculos afetivos para a realização do procedimento em alguém com quem tinham relações afetivas.

“Então, eu não punciono o meu filho porque eu fico com medo dele ficar com raiva de mim, porque ele já sabe diferenciar as coisas. Mas, se eu ver que uma pessoa não está conseguindo puncionar, eu punciono! [...] ah, fiquei com pena do meu filho, né? Porque uma coisa é “furar” filho dos outros, outra coisa é “furar” o meu filho, né? [...] ah, porque é o meu filho, sangue do meu sangue! Não é que quando eu vou puncionar uma criança eu não fique com pena, eu fico com pena.” H26.

“Não só para mim, quando eu estou de acompanhante, com o meu esposo, acompanhando os meus filhos. Procuo saber quem vai fazer, porque que está fazendo isso?” U049.

“Eu fico observando o que a pessoa está fazendo. E tentando ficar do lado da pessoa. Igual no caso, foi o meu filho, que precisou assim, que eu estava perto. E meu pai fez cirurgia para retirada de lipoma da testa. E, nossa, sangrou muito a anestesia dele! Eu fiquei olhando, falei: ‘gente!’ Falei com o meu pai assim. Falei com o doutor: ‘Nossa, está sangrando muito!’ E eu fiquei olhando e deu uma dó do meu pai! De ver isso, com aquele lipoma na testa, e sangrando! Foi retirar. E ele falou: ‘Nossa, mas não é possível! Você não está conseguindo aguentar? Você foi forte esse tempo todo e agora você vai chorar?’ [...] Não assim, chorar! Mas eu comecei a rir para não passar isso para o meu pai. Falei: ‘Mas eu não estou chorando, estou rindo! Estou vendo como você trata o meu papai!’ Falei tipo assim brincando! Mas assim, eu tento ajudar a pessoa, e não interferir no trabalho que a pessoa está fazendo.” H063.

O participante mostrou posicionamento coerente com sua ação profissional, reforçando a importância de estabelecimento de diálogo e vínculo no momento da punção, com a pessoa com quem

possui proximidade. Ficou evidente que a compreensão do procedimento de punção venosa pela pessoa que será puncionada tem repercussão sobre seu comportamento, favorecendo sua aceitação e a realização da punção.

“Eu, em casa, expliquei para ela tudo direitinho. Eu falei: ‘Olha, filha! Vai apertar aqui, vai passar um algodãozinho com álcool bem geladinho. Depois vai vir uma agulhinha, e vai doer só um pouquinho! Não vou falar para você que não vai doer não. Vai doer um pouquinho, mas você vai ver que bonitinho o seu sanguinho vindo aqui!’ E fui explicando para ela: ‘depois vai tirar. Vai parar de apertar aqui [...]’ e expliquei. Preparei direitinho em casa. Você imagina: você estar virado para o outro lado e eles fincam uma agulha em você! Não, ela vai ver! Ela vai olhar porque ela vai ver que, em momento algum, eu menti para ela. Ela tem que ter confiança! E ela tem que ter confiança em mim (profissional se colocando na posição de mãe) e em vocês (profissionais)! Tanto é que eu relatei o que eu fiz com a minha filha, né? E que isso foi bastante interessante! Ela colaborou muito!” U29

No relato anteriormente mencionado, foi possível identificar que as experiências pessoais da profissional com sua filha serviram de alicerce para sua atuação profissional, havendo a preocupação de sua parte em minimizar desconfortos e favorecer o comportamento de compreensão sobre o procedimento de punção.

No exemplo dado pelo participante U29, houve a preocupação do profissional em explicar ao usuário o que seria feito, caracterizando uma ação contextualizada na dimensão informativa/cognitiva, sendo essa preocupação advinda das experiências prévias que obteve no contexto familiar.

A busca por ações terapêuticas de origem não farmacológica, pelo uso do acolhimento em situações de estresse e de solidarização com a dor/desconforto do outro constitui em tecnologias do cuidado, viabilizadas pelo convívio terapêutico interpessoal capaz de minimizar experiências dolorosas para o usuário^{141; 215}.

“A mãe dela pegou um terço pra começar a orar, porque segundo ela, num outro dia, uma outra profissional foi pra puncionar e não teve assim... não teve a felicidade de estar conseguindo a punção de primeira. Teve que pegar uma, uma jugular nela, e... quando eu fui puncioná-la, não deu nem tempo, a mãe dela falou comigo que não deu nem tempo dela pegar o terço pra começar a orar pra dar tudo certo, quando ela foi ver, eu já tinha puncionado! Já tinha fixado.” H014.

Nesta investigação, ficou destacado o vínculo estabelecido com a pessoa puncionada, bem como a importância de esclarecê-la quanto ao processo de punção, no intuito de favorecer seu comportamento no instante da realização do procedimento. Tais medidas podem ser consideradas estratégias a serem adotadas pelo enfermeiro diante da realização de punção venosa periférica com fins hemoterápicos.

Os participantes referiram empatia com o usuário a ser punccionado para fins hemoterápicos, a partir de uma vivência do procedimento em pessoas com quem têm proximidade. Apesar de o caráter da importância do procedimento ter sido reforçado, os participantes afirmaram que a execução da punção, independentemente de haver proximidade com a pessoa, constitui um momento delicado.

“Você ter que ver uma pessoa da sua família passando por isso não é bom! Como também não é bom você ver um paciente também passando por essa situação. Mas é necessário, mas não é bom de se ver.” U38

Há necessidade de se repensar o processo de punção venosa periférica, deixando de reduzi-lo a uma ação pontual mecânica, na qual o enfermeiro exerça um processo empático com o usuário punccionado, a partir do resgate da solidariedade durante sua ação laboral²⁰⁸.

Em hemoterapia, o resgate do aspecto solidário da ação laboral faz-se imprescindível, uma vez que os usuários atendidos neste contexto são dotados de peculiaridades, que podem agregar experiências negativas em sua rotina de submissão a procedimentos assistenciais, à semelhança do que ocorre em contextos como o pediátrico²¹².

Conforme já mencionado, a realização do processo de punção venosa periférica constitui-se num instante delicado, significativo para a pessoa que o experiencia. Alguns participantes chegaram a omitir que são atuantes na área da saúde, diante da realização da punção em uma pessoa com quem possuem vínculo, ilustrando a delicadeza do momento e a importância de não interferir negativamente.

“Eu falei, né? Que lá eu sou simplesmente a parente! Eu sou só aquela que está... eu procuro assim, separar muito bem as coisas porque eu acho que, quando a gente fica... eu particularmente não gosto de, quando eu estou fazendo um procedimento que tenha qualquer pessoa da área de saúde, que a pessoa fique dando palpite, interferindo. Eu acho que isso causa uma sensação ruim em quem está praticando, então eu procuro não influenciar.” U63.

Os familiares também foram mencionados como participantes do processo de punção venosa, no sentido de conferir apoio ao usuário durante a sua realização, independentemente de serem profissionais da área de saúde.

“Então, eu ficava acompanhando meu pai. Eu estava com ele porque ele assim, ele não estava sentindo mal não, mas precisava de ajuda [...] E eu estava lá também, meio que para zelar por ele. Para ver se as medicações estavam sendo feitas no momento correto, mas especialmente para fazer companhia. Porque eu confio! Como eu sou enfermeira, eu gosto que as pessoas confiem no meu trabalho. Eu também confio no trabalho dos outros, então eu estava lá mais para meu pai ter uma companhia no momento difícil.” U36.

A presença do familiar mostra-se capaz de influenciar tanto positivamente quanto negativamente o usuário punccionado, podendo auxiliá-lo a lidar com o momento, ou estressá-lo ainda mais. Tais estressores constituem-se em demandas de cuidado para o enfermeiro, havendo a necessidade de repensá-los no momento da punção²¹².

Tais achados corroboram com a presente investigação, na qual a interação estabelecida entre profissional e familiar da pessoa punccionada foi referida como positiva, no sentido de ter contribuído para a realização do procedimento, ou interferindo negativamente, no sentido de causar estresse no profissional que executou a punção. Aqui, ficou evidenciada a perspectiva do profissional executor da punção venosa com fins hemoterápicos.

O eixo temático “experiência própria” trouxe situações nas quais os profissionais desempenharam o processo de punção venosa com fins hemoterápicos ou foram submetidos a ele. Estas experiências trouxeram para os profissionais conhecimentos sobre o processo de punção, levando-os a repensar a perspectiva da pessoa punccionada.

Os participantes referiram o estabelecimento de um processo empático com o usuário, ao rememorarem a sua vivência com o processo, e constatarem a necessidade de ações no sentido de minimizar o desconforto causado pelo procedimento. Diante de uma vivência própria desfavorável com o processo de punção venosa, o profissional referiu dar-se conta desta dimensão negativa e da necessidade de não causar o mesmo em um usuário enfrentando tal situação.

“Meu braço já todo inchado, todo dolorido, não conseguia nem dobrar depois o braço de tão inchado que estava. Essa foi uma experiência muito ruim, de perder acesso! Isso serve para a gente não fazer isso com os nossos pacientes. Quando eles falam que perdeu, é para a gente avaliar, né? É só isso!” U27.

“Porque foi um caso que me marcou muito! Porque foi mais um aprendizado, né? que eu tive... E, isso assim, ficou gravado pra mim, entendeu?” U01

Além de requerer conhecimentos técnicos para a sua execução, o processo de punção venosa periférico empreende a habilidade do profissional executante. A articulação entre teoria e prática obtida a partir de vivências com o procedimento de punção mostra-se necessária para a adequada formação e atuação do profissional²¹⁴.

A segunda categoria nomeada “convivência com procedimento reificado na relação profissional/usuário e motivos atribuídos” conteve os seguintes eixos temáticos: 1) Valorativo, 2) Relação dual profissional e usuário punccionado, 3) Informativo e conhecimentos e 4) Motivos atribuídos.

Nessa categoria, foi identificado que o êxito no processo de punção venosa com fins hemoterápicos é associado à atribuição de valoração positiva, ao passo que os fracassos são associados a sentimentos negativos, que expressam a dificuldade em sua realização.

O eixo “valorativo” conteve as atribuições positivas/negativas que o profissional conferiu às situações de (in)sucessos, a complexidade de realização do processo de punção venosa com fins hemoterápicos em pessoas com condições específicas, como pós-quimioterapia.

“Aqui, acesso periférico mesmo... os periféricos que nós tivemos aqui, bons, apesar da quimio, porque só lida aqui com mais fortes, né? Então os que tiveram aqui para punccionar, todos com bom acesso!” U09

Os acessos venosos são frequentemente necessários para o atendimento de usuários em tratamento oncológico. A adoção de estratégias preventivas de iatrogenias relativas à rede venosa do usuário deve ser implementada, no sentido de atestar a segurança do atendimento prestado e trazer a devida valorização ao cuidado de enfermagem²¹⁶.

A valoração positiva foi atribuída às punções bem-sucedidas, capazes de proporcionarem sentimento de realização profissional ao participante.

“Foi um acesso periférico muito difícil! Eu me senti feliz, né, por ter conseguido! No final, a gente se sente feliz, né! Mas, naquele momento, né... foi, foi bom! Não foi difícil, foi de primeira! Difícil não foi, foi assim, no susto, tem que ser! Recentemente, o que mais me marcou foi esse.” U07.

A execução bem-sucedida do processo de punção venosa é capaz de atribuir confiança ao profissional de enfermagem²¹⁷. As escolhas profissionais norteadas pelo conhecimento dos fatores de sucessos da punção são imprescindíveis para a frequência da assertividade e segurança do procedimento²¹⁸.

O segundo eixo desta categoria “Relação dual profissional e usuário punccionado” trouxe relatos que ilustraram a interação dual estabelecida no momento da punção venosa periférica em hemoterapia pelo binômio usuário-profissional. Foi mencionada neste momento a importância do procedimento para quem o vivencia, sendo passível o desencadeamento de traumas no usuário em situações em que a punção não é bem-sucedida.

“Ele comentou comigo que geralmente o pessoal tinha dificuldade em achar veia nele, né? Mas assim, eu particularmente não achei ele de difícil acesso! Mas ele comentou assim, que uma vez ele fez cirurgia e que custaram pra poder achar um acesso nele. Eu acho que ele meio que ficou traumatizado, entendeu?” U02.

As demandas laborais de enfermagem consomem tempo do enfermeiro e limitam sua atuação, sendo a execução de procedimentos técnicos referida como o cuidado percebido²¹⁹. Faz-se necessária sua otimização para o estabelecimento de uma interação assertiva e terapêutica no ato do cuidado, dentro do modelo transpessoal de cuidado de enfermagem¹⁴³.

As atitudes do binômio usuário-profissional repercutiram sobre o participante, levando-o a repensar a realização do procedimento. Foi mencionada a necessidade de se estabelecer um contato com o usuário a ser punccionado, prestando-lhe esclarecimentos sobre o processo e existência de riscos e benefícios alcançados com o mesmo.

Os participantes relataram o desencadeamento de repercussões traumáticas nos usuários cuja interação com o profissional não ocorreu de maneira oportuna. Os profissionais mostraram-se incomodados com estas situações, referindo a adoção de comportamento diferenciado com estes usuários.

“Ao conversar com ela, a gente descobriu porque de tanto receio. Que numa internação prévia, ela foi muito destrutada pela equipe [...] em nenhum momento, eles conversaram com ela e explicaram a importância de estar fazendo esse acesso central. Simplesmente colocaram a possibilidade dela negar o tratamento e evadir do hospital [...] e com isso ela ficou muito triste, chorou, ficou ansiosa e a vontade dela foi de ir embora mesmo. E isso aconteceu nessa mesma instituição. Então ela adquiriu um trauma desse acesso central e por isso que ela não queria aceitar de jeito nenhum! Mas depois a gente se aproximou dela, a gente criou um vínculo, conversou, explicou a importância e ela foi aceitando melhor e foi mais fácil.” U20

A reflexão da prática assistencial de enfermagem pautada nas reais necessidades dos usuários deve extrapolar o pensamento biomédico exclusivo. A complexidade do usuário é composta por diversos aspectos além do físico, cabendo ao profissional o dever de embasar o cuidado prestado em ações coerentes, reais e empáticas, conforme enfatizado pelo modelo transpessoal de Jean Watson¹⁴³.

O eixo “Informativo e conhecimentos” conteve tanto o conhecimento teórico quanto o conhecimento prático do qual o participante se utiliza no momento da realização do processo de punção venosa periférica em hemoterapia. A vivência cotidiana foi citada como crucial para a excelência do profissional.

A *expertise* do profissional foi apontada como marcador afirmativo para a execução do processo de punção venosa, impedindo a ocorrência de situações passíveis de ser traumáticas na percepção dos usuários.

“A gente não tem muito tempo de experiência, mas com o tempo a gente vai pegando esses, não posso chamar de truques, mas assim, essas malícias da gente ver o que que a gente pode. O que que não pode. Quando é uma emergência, pra gente salvar a vida do paciente, acredito que vale, assim, desde que a gente não fira a ética, né? Mas, como não foi uma emergência, era um procedimento que tinha que acontecer, mas que não era de emergência, é uma necessidade que a gente tem assim, de por em prática aquilo que a gente sabe, o que a gente aprendeu, a teoria que a gente leu, que a gente passou dentro da faculdade, no emprego.” U16

A complexidade da atuação laboral de enfermagem exige do profissional o seu devido aprimoramento científico e técnico, compreendendo um processo de desenvolvimento constante, que empreende tempo e maturidade pessoal. O alcance de um nível de *expertise* técnica permite ao enfermeiro o desenvolvimento de compreensão intuitiva das ações, bem como o emprego de condutas apropriadas para as diversas situações confrontadas durante o cuidado⁸⁷.

Os participantes enfatizaram a necessidade de aprimoramento científico obtido tanto por esforço próprio quanto por apoio institucional. A banalização do procedimento diante da cotidianidade com a qual o processo de punção é realizado foi referida como possível de solução, a partir da reflexão do profissional e esforço no sentido de aperfeiçoamento técnico-científico.

“O que chamou minha atenção foi a necessidade de aprofundar mais cientificamente no quesito de o quê pode correr no periférico? Como é feita uma punção periférica? Assim, a gente acaba fazendo muito no dia a dia e a gente não aprofunda, a gente acaba discriminando aquele procedimento, e realmente é um procedimento importante! Eu acho assim que falta muito, falta da gente também, mas falta muito da instituição a questão da educação continuada! Tem profissional pra isso, tem até o enfermeiro responsável.” U06

Há a necessidade de realização de ações de educação continuada e permanente em serviços de saúde, uma vez que tais iniciativas são capazes de promover melhoras na atenção prestada aos usuários, bem como para o atendimento dos princípios do SUS⁹⁹.

No eixo “motivos atribuídos”, surgiram causas imputadas aos (in)sucessos com o processo de punção venosa em hemoterapia, no intuito de justificá-los. Tais causas foram referidas como condições pertinentes aos usuários, cujas peculiaridades fisiológicas comprometeram sua rede vascular, e referentes às condutas profissionais inadequadas.

“O paciente já estava puncionado, mas com um jelco de calibre menor, que não conseguiria infundir concentrado. E aí, por conta do risco de trombose, e por ser um paciente que já tinha sido, é... já tinha tido trombose, estava com trombose no outro membro, e a gente não pôde puncionar!” U16.

Cabe aos profissionais de enfermagem a compreensão da importância da busca contínua de conhecimentos referentes à prevenção de complicações com punções venosas, estando aptos a desempenhar devidamente o processo de punção e assegurar a sua segurança ao usuário²¹⁸.

“Até a veia jugular externa dela estava difícil, porque uma enfermeira com mais experiência em punção não conseguiu. Eu tirei a agulha, tirei o jelco, desprezei da maneira correta e expliquei para ela que eu não estava conseguindo fazer. Ai, depois de duas tentativas, a gente achou melhor não continuar. A fixação errada do acesso que às vezes faz perder ele. Um acesso pérvio que foi puncionado corretamente, que não foi fixado direito, e ele solta antes do tempo que deveria!” U20.

Apesar de a atuação de enfermagem referente ao processo de punção venosa periférica ser considerada satisfatória, há necessidade de enfoque sobre aspectos como a adoção de equipamentos devidos pelo profissional em sua execução e a seleção adequada do vaso a ser puncionado. Tais condutas profissionais são exemplos capazes de minimizar riscos da punção venosa²¹⁸.

A terceira categoria nomeada “situações em que presenciou punções nos outros com insucessos” conteve os seguintes eixos temáticos: 1) punções presenciadas por terceiros, 2) fracassos profissionais, 3) circunstâncias ou situações e 4) novidades e surpresas.

O primeiro eixo desta categoria, “punções presenciadas por terceiros”, trouxe relatos de profissionais sobre terem presenciado a execução de outras pessoas no processo de punção venosa em hemoterapia. O fato de haverem presenciado situações de punção, apesar de não terem realizado o processo de punção nos usuários, foi um fator relevante para os participantes.

“Antes você tinha me perguntado se eu tinha presenciado, mas, algumas vezes, eu fui só realmente para estar ali para um apoio moral ao paciente, porque ele se sentia mais tranquilo ao meu lado, né? Mas, muitas vezes, a punção não era periférica, era uma punção de um acesso central e você fica ali perto do paciente para ele [...] para tranquilizar! Para ele saber que a coisa vai andar direito. Então eram coisas que eu não era habilitada para fazer” U63.

A interdisciplinaridade pode ser vista como um fator pertinente à construção de conhecimentos sobre a temática da punção venosa. A reunião de informações de áreas distintas de atuação permite a complementação de saberes e sua convergência para a melhoria da assistência de saúde¹⁹.

As condutas adotadas por terceiros diante do processo de punção venosa constituíram registros para os participantes, levando-os a buscar comportamento semelhante diante de situações futuras. Os profissionais mais experientes foram mencionados como atores de destaque em situações bem-sucedidas com o processo de punção venosa em hemoterapia.

“As enfermeiras que trabalham ali dentro no hemocentro... assim, mais o hemocentro, especificamente. Porque eles tem muita... a primeira palavra que eu usei no questionário: destreza! Eles têm muita destreza, eu acho isso muito legal.” H43.

A busca por profissionais de referência na realização do processo de punção venosa pode ser justificada pelos níveis de expertise mencionados por Benner, uma vez que os ditos experts são considerados aptos a lidar com situações inusitadas capazes de gerar a insegurança no enfermeiro⁸⁷.

O eixo temático “fracassos profissionais” conteve relatos de situações desfavoráveis vivenciadas pelos profissionais com relação ao processo de punção venosa em hemoterapia. Foram referidas situações nas quais a realização do processo de punção venosa ocorreu de maneira inesperada, foram confrontadas manifestações indesejadas por parte dos usuários ou houve desencadeamento de sentimentos negativos no participante.

“Foi um caso que me chamou mais a atenção porque a gente palpou, visualizou, e não fomos conseguindo! Você via que aquele trombinho estava na veia, atrapalhando a função ali, aquela veia já não voltava quantidade de sangue suficiente, e não dava pra fazer medicação nenhuma. E até a técnica que estava comigo também de... ela deve ter também uns 30 anos de casa, ela também não conseguiu!” U11.

No que tange ao insucesso na realização da punção venosa periférica, são descritos na literatura: fatores fisiológicos do usuário e os antecedentes de complicações de punção venosa. A identificação prévia destes fatores no usuário pode favorecer a realização do procedimento pelo profissional de enfermagem, minimizando seus insucessos²²⁰.

Os profissionais referem a repercussão pessoal das situações vivenciadas de insucessos, mostrando o desenvolvimento de um pensamento reflexivo sobre a prática de punção venosa e a percepção do usuário diante do mesmo.

“Já é um procedimento doloroso, entendeu? Então, quando você erra, fica uma coisa muito mais dolorosa, muito mais difícil! Acho que, da mesma forma que a pessoa fica incomodada, você também fica. Eu me sinto incomodado, acho que ninguém... eles falam, né? Que errar é humano, na nossa área, errar é uma coisa complicada.” H60.

A ocorrência de desfechos de insucessos com relação ao processo de punção venosa periférica pode ser relacionada pelo usuário ao ambiente no qual o cuidado se efetiva, bem como a assistência de enfermagem²²¹.

O eixo temático “Circunstâncias ou Situações” conteve relatos de situações peculiares nas quais o processo de punção venosa necessita ser realizado, mostrando a urgência percebida pelo profissional nestas situações.

“É uma situação tensa que a gente não... tem que fazer rápido, a gente tem que ter o mínimo possível de erro, porque a criança agita, a criança chora. É o que eu estou te falando, é tenso por ser punção de criança, a gente fica, a gente fica apreensivo de acabar logo pra poder liberar a criança porque ela chora. Eu lembro que a gente, a gente se juntou, a gente fez em equipe, e todo mundo conseguiu!” U10.

As diversas finalidades do processo de punção venosa periférica justificam sua realização, com vistas a viabilizar a adoção de condutas terapêuticas¹⁷, incluindo as situações requeridas em hemoterapia.

O eixo temático “Novidades e surpresas” apresentou situações vivenciadas pelos participantes, consideradas como inesperadas ou inusitadas, independentemente de seu preparo e formação profissional contemplarem os aspectos generalistas da assistência de saúde ao usuário.

“Me surpreende, né? Porque, na nossa formação, acaba que a gente aprende essas coisas, né? E, com o dia a dia, a gente vai vendo...” U30.

“Ser humano é uma gracinha, né? Ser humano é uma caixinha de surpresas. E a área nossa de saúde é essa aí. Nossa área tem seus prós e contras...” H33.

Independentemente do tempo de atuação no serviço de saúde, os profissionais de enfermagem devem repensar a maneira corriqueira como o cuidado é realizado, buscar o ajuste de suas práticas às necessidades do usuário e garantir a continuidade e eficácia do atendimento prestado²²⁰.

Os participantes referiram a vivência destas situações inusitadas como importante, uma vez que são levados a repensar sua ação laboral referente ao processo de punção venosa periférica.

“Foi uma coisa assim, um divisor de águas. Que uma coisa é você puncionar uma pessoa que já está mais velha, que já entende. Outra coisa é você pegar um serzinho assim, de 40 centímetros e um bracinho assim, tão miudinho, e eu ter a firmeza e a segurança de fazer a punção. E sabe? Foi interessante para mim, foi uma experiência bem diferente. Eu acho que assim, na verdade, eu fiquei mais surpresa comigo mesma por ter passado por essa experiência de puncionar um bebezinho tão... e saber que é a minha neta, primeira neta da minha única filha e assim, eu estar segura, estar firme, entendeu? E puncionei, coletei e fiquei firme, depois acalentei ela, das lagrimzinhas dela chorando, e essas foram as primeiras lagrimzinhas dela. Essa foi a minha surpresa, né? Da minha própria postura.” U42.

O modelo de cuidado transpessoal propõe a ressignificação de cada procedimento empreendido na assistência de enfermagem, passando a ser considerado como único, uma vez que se estabelece uma interação energética entre o binômio usuário-profissional¹⁴³.

Antes de apresentar os dados obtidos com a triangulação de métodos, para obtenção das representações sociais de doadores de sangue sobre o processo de punção venosa desempenhado, nas abordagens estrutural e processual, foi apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes que compuseram este segmento populacional.

5.2.1 Os elementos simbólicos e sua origem entre doadores de sangue segundo abordagens processual e estrutural

Participaram 200 doadores, sendo 58,5% do sexo masculino, com média de idade de 34,23 anos (variabilidade de 18 a 66 anos e desvio padrão de 12,394); 52% referiram serem solteiros e 47,5% autodeclararam-se com pele de cor branca. Sua média de anos de escolaridade correspondeu a 12,27 (desvio padrão de 3,223), e a renda pessoal informada correspondeu à média de 3,78 salários mínimos.

A frequência de doações teve média de sete doações efetivadas anteriormente (variabilidade de zero a 18 doações e desvio padrão de 6,416), periodicidade média de doações foi de 3,32 meses (variabilidade de zero a cinco meses e desvio padrão de 1,964); a 81,5% tiveram experiência prévia com o ato de doação de sangue e 98,5% negaram terem recebido transfusão de sangue em algum momento de suas vidas.

A partir do quadro de quatro casas foi possível identificar quais os elementos simbólicos e seu sistema hierárquico para a doação de sangue entre os doadores para “doar sangue” e “punção da veia para doar sangue” (**Quadro 2**).

A apresentação conjunta deveu-se ao fato de o ato de doar sangue ter sido mencionado de forma conectada ao procedimento de punção de vasos. Daí, a seguir, eles serem apresentados de forma a favorecer uma análise comparativa para dar mais visibilidade às discussões realizadas sobre o produto dos cognemas evocados. Cabe acrescentar que, com essa forma de discussão dos dados, ficará mais evidente a aproximação entre os componentes simbólicos representacionais e a origem coletiva da construção social realizada pelos participantes sobre a temática identificada para cada uma das situações.

Quadro 2: Quadro de quatro casas gerado a partir das evocações com doadores de sangue a partir dos termos indutores “doar sangue” e “punção da veia para doar sangue”. Juiz de Fora, Set/2016.

		DOAR SANGUE					
		Rang<2,5			Rang>2,5		
		Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
Freq Média ≥35		Sensação-ruim-desconforto	38	1.97	Dá-prazer-felicidade	35	2.600
		Menor-dor	69	2.174	Alívio-tranquilo-	46	2.630
		Medo-ansiedade	73	2.192	Habilidade-competência	35	2.686
		Agulha-picada	55	2.200			
Freq Média 16 a <34		Acostumado-sem-medo	24	2.167	Salvar-vida	16	2.875
		Ótimo-fácil-importante	24	2.292	Sangue	20	2.950
		Ajuda-gesto-solidário	34	2.471	Atenção-profissionais-enfermagem	32	2.969
					Altruísmo-vontade-coragem	29	3.069
					Doação	19	3.158
					Dever-cidadania	17	3.235
					Sinto-bem-satisfação	21	3.286
					Amor	22	3.409

		PUNÇÃO DA VEIA PARA DOAR SANGUE					
		Rang<2,5			Rang>2,5		
		Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
Freq Média ≥35		Sensação-ruim-desconforto	38	1.974	Dá-prazer-felicidade	35	2.600
		Menor-dor	68	2.162	Alívio-tranquilo-suportável	46	2.630
		Medo-ansiedade	72	2.167	Habilidade-competência	35	2.657
		Agulha-picada	55	2.218			
Freq Média 16 a <34		Acostumado-sem-medo	24	2.208	Sangue	19	2.842
		Ótimo-fácil-importante	24	2.333	Salvar-vida	16	2.875
		Ajuda-gesto-solidário	34	2.441	Altruísmo-coragem-vontade	29	3.069
					Doação	19	3.158
					Dever-cidadania	17	3.235
					Sinto-bem-satisfação	21	3.286
					Amor	22	3.364

Fonte: Dados gerados pelo programa EVOC.

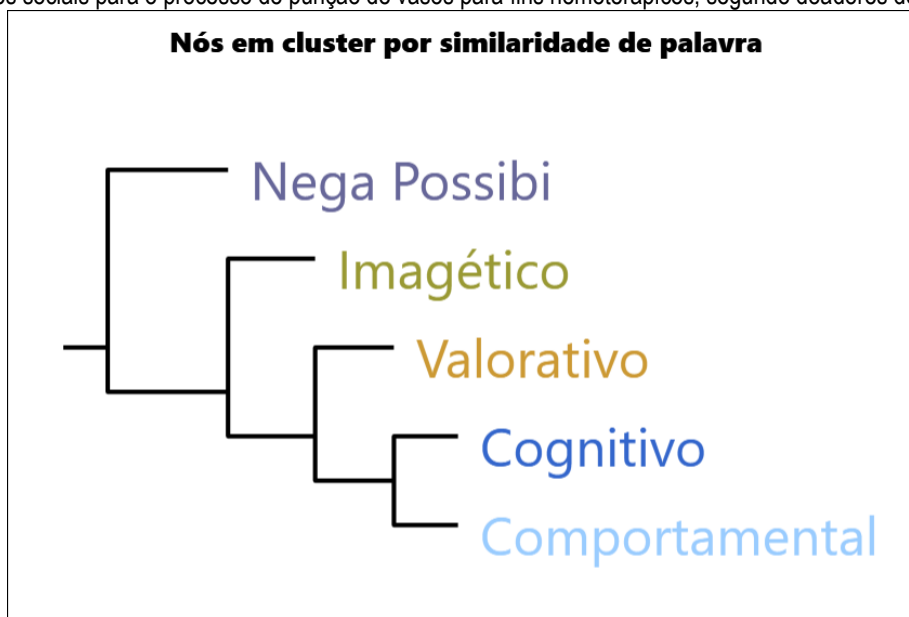
Nota das autoras: Rang: Média do valor de ordem média de evocação (OME); OME: ordem em que os cognemas foram evocados pelos participantes.

Ao analisar os conteúdos simbólicos emergentes na **abordagem processual realizada com doadores de sangue de um hemocentro**, foi possível identificar três categorias temáticas, explicitadas a partir dos dendogramas elaborados no Programa Nvivo Pro, versão 11 (**Figuras 50, 52 e 54**).

Foram identificadas as seguintes categorias: 1) “Evoca doar sangue”; 2) “Evoca receber sangue”; e 3) “Evoca punção da veia para doar sangue”.

A categoria “evoca doar sangue” conteve as opiniões, imagens, valores e informações que os doadores associaram à doação de sangue. Os eixos temáticos que apresentaram significância para a origem dessa representação foram, “nega possibilidade”, “imagético”, “valorativo” e “cognitivo” e “comportamental”.

Figura 50: Representação gráfica por dendograma da categoria “evoca doar sangue”, que explicitam a origem das representações sociais para o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos, segundo doadores de sangue.



Fonte: Dados gerados pelo programa Nvivo Pro.

Os valores que atestam a significância dos eixos temáticos dessa categoria estão apresentados a seguir, na **Figura 51**.

Figura 51: Coeficientes obtidos pela relação de Pearson, sobre a categoria “evoca doar sangue”:

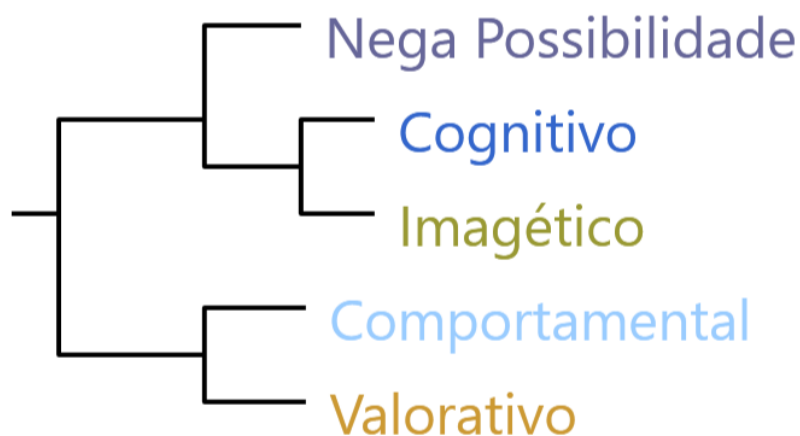
Nó A	Nó B	Coefficiente
Nós\\Evocacao DOAR\Comportamental	Nós\\Evocacao DOAR\Cognitivo	0,911176
Nós\\Evocacao DOAR\Valorativo	Nós\\Evocacao DOAR\Cognitivo	0,865488
Nós\\Evocacao DOAR\Imagético	Nós\\Evocacao DOAR\Comportamen	0,848087
Nós\\Evocacao DOAR\Valorativo	Nós\\Evocacao DOAR\Comportamen	0,845231
Nós\\Evocacao DOAR\Imagético	Nós\\Evocacao DOAR\Cognitivo	0,829504
Nós\\Evocacao DOAR\Nega Possibi	Nós\\Evocacao DOAR\Comportamen	0,821715
Nós\\Evocacao DOAR\Nega Possibi	Nós\\Evocacao DOAR\Cognitivo	0,809243
Nós\\Evocacao DOAR\Valorativo	Nós\\Evocacao DOAR\Imagético	0,807492
Nós\\Evocacao DOAR\Nega Possibi	Nós\\Evocacao DOAR\Imagético	0,719111

Fonte: Dados gerados pelo programa Nvivo.

A categoria “evoca receber sangue” reuniu o conjunto de conteúdos informativos, comportamentais e cognitivos que os participantes rememoraram ao serem indagados sobre o recebimento do sangue. Ela composta pelos seguintes eixos temáticos “nega possibilidade”, “cognitivo”, “imagético”, “comportamental” e “valorativo”.

Figura 52: Representação gráfica por dendograma da categoria “evoca receber sangue”, que explicitam a origem das representações sociais para o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos, segundo doadores de sangue.

Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Dados gerados pelo programa Nvivo.

A significância dos conteúdos que compuseram os eixos temáticos dessa categoria pode ser atestada pelos valores apresentados na **Figura 52**.

Figura 53: Coeficientes obtidos pela relação de Pearson, sobre a categoria “evoca receber sangue”:

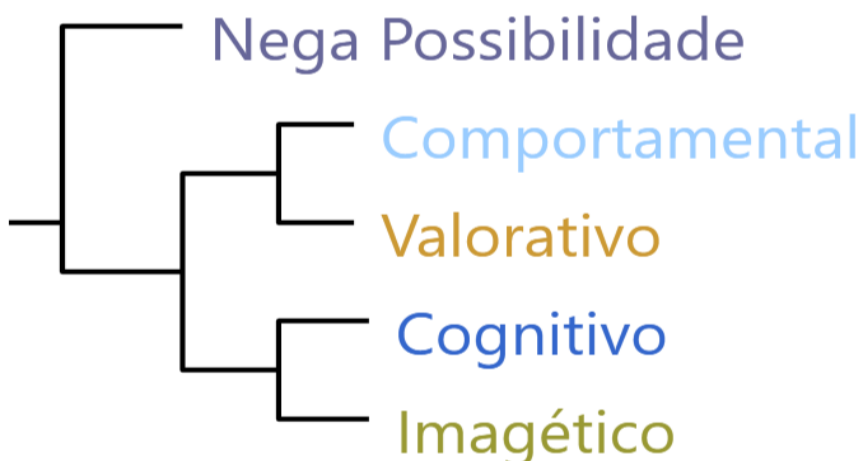
Nó A	Nó B	Coefficiente de correlação de Pearson
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Imagético	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Cognitivo	0,887205
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Imagético	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Comportamental	0,878096
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Nega Possibilidade	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Cognitivo	0,805017
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Valorativo	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Imagético	0,799412
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Nega Possibilidade	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Imagético	0,789226
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Valorativo	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Comportamental	0,768559
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Valorativo	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Cognitivo	0,766025
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Comportamental	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Cognitivo	0,731702
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Nega Possibilidade	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Comportamental	0,644873
Nós\Evocacao RECEBER (2)\Valorativo	Nós\Evocacao RECEBER (2)\Nega Possibilidade	0,580817

Fonte: Dados gerados pelo programa Nvivo.

A categoria “evoca punção da veia para doar sangue” foi composta pelas impressões, comportamentos, valores e informações que os participantes atribuíram ao processo de punção venosa, propriamente dito. Emergiram os eixos temáticos “nega possibilidade”, “comportamental”, “valorativo”, “cognitivo” e “imagético”.

Figura 54: Representação gráfica por dendograma da categoria “evoca punção da veia para doar sangue”, que explicitam a origem das representações sociais para o processo de punção de vasos para fins hemoterápicos segundo doadores de sangue.

Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Dados gerados pelo programa Nvivo.

Os coeficientes que atestam a significância desses eixos temáticos encontra-se apresentado na **Figura 55**.

Figura 55: Coeficientes obtidos pela relação de Pearson, sobre a categoria “evoca punção para doar sangue”:

Nó A	Nó B	Coefficiente de correlação de Pearson
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Valorativo	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Comportamental	0,918257
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Imagético	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Comportamental	0,916776
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Nega Possibilidade	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Comportamental	0,868859
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Imagético	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Cognitivo	0,862022
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Valorativo	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Imagético	0,848579
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Comportamental	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Cognitivo	0,84557
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Nega Possibilidade	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Imagético	0,843376
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Valorativo	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Cognitivo	0,840528
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Valorativo	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Nega Possibilidade	0,768559
Nós\\Evocacao PUNCAO\\Nega Possibilidade	Nós\\Evocacao PUNCAO\\Cognitivo	0,750452

Fonte: Dados gerados pelo programa Nvivo.

A discussão acerca da RS de doadores de sangue sobre o processo de punção venosa está apresentada a seguir, com base na triangulação de dados obtidos pelo emprego da evocação livre não hierarquizada na abordagem estrutural e pelos discursos provenientes das entrevistas semiestruturadas na abordagem processual.

Os elementos simbólicos que compõem o provável núcleo central da representação para o termo indutor “doar sangue” estão alocados no QSE do quadro de quatro casas. Foram identificados os seguintes cognemas: “sensação-ruim-desconforto” e “medo-ansiedade”, que são categorizados como a dimensão comportamental de caráter valorativo negativo; “menor-dor” referente à dimensão comportamental de caráter valorativo positivo e “agulha-picada” referente à dimensão do objeto representacional vinculado à dimensão comportamental de se ter o vaso puncionado.

Foi possível evidenciar que o cognema “sensação-ruim-desconforto” emergiu das falas dos doadores como estando associado à introdução da agulha na veia, independentemente de esse cognema estar vinculado ao ato de doação de sangue propriamente dito, ou ao processo de punção como um todo. Tal fato justifica o surgimento do objeto representacional, retratado pelo cognema “agulha-picada”, ou seja, o elemento desencadeador da sensação ruim e/ou do desconforto mencionado que foi empregado durante o ato de doação de sangue.

A impressão causada pela agulha também foi mencionada como algo capaz de impressionar o doador, quando o mesmo observa seu calibre. Essas constatações foram corroboradas pelos fragmentos de discurso dos próprios doadores, conforme exemplificado pelos participantes D053 e D055, a seguir:

“É uma sensação ruim! Incomoda um pouco, mas eu acho que é mais o psicológico. Só de pensar que vai levar agulhada [...] Então eu acho que não dói tanto, mas que é mais o psicológico mesmo da gente.” (D053).

“Me falaram assim que... a questão é a agulha, né? Então tudo é em torno da agulha! Que a agulha é muito grossa, e que isso poderia me causar um pouco de desconforto, um pouquinho de nervosismo, mas eu acho que tem que enfrentar. A gente tem que saber enfrentar os nossos medos e pensar nas outras pessoas que precisam. O que é uma picadinha para ajudar tanta gente? Nada!” (D055).

Há evidências de que o medo de agulhas e fatores sociais, tais como participação em organizações voluntárias e adoção de práticas religiosas, são capazes de influenciar a opção do indivíduo em aderir ou não ao comportamento de doar sangue²⁹. Outra pesquisa aponta como motivadores crenças pessoais, práticas, comportamentos e atitudes altruístas do indivíduo que doa sangue²²².

O ato de doação pode gerar significados para quem doa, fazendo com que a doação tenha uma relevância peculiar para o doador³⁷. Neste sentido, se o indivíduo possuir ou desenvolver o medo de agulha, esse fato poderá influenciá-lo em sua decisão, de forma a justificar seu afastamento da doação de sangue em situações subsequentes.

Uma investigação sobre estratégias de captação de doadores aponta que o tratamento recebido no momento da doação de sangue deve constituir estratégia intencional desenvolvida por iniciativa das instituições captadoras de sangue²²³. Desta forma, o tratamento instituído pelo profissional no momento do processo de punção venosa pode impactar a adesão do doador para doação. Cabe mencionar que essa estratégia é realizada no local onde os dados foram coletados, por meio de: convite/convocação de doadores, atendimento dispensado aos mesmos pela equipe de saúde e conteúdo do folheto distribuído imediatamente após o ato de doação ser consolidado.

O aspecto ruim do ato de doar sangue foi retratado enquanto uma condição inerente ao processo de punção venosa periférica, uma vez que o participante identifica a inexistência de outra estratégia capaz de captar o sangue, que não seja a punção do vaso.

“É ruim, mas tem que ser desse jeito.” (D178).

“Uma dor necessária, não tem muito jeito. Só isso!” (D130).

Uma investigação abordando a punção de veias periféricas, na perspectiva de um marcador de qualidade da assistência de enfermagem durante a realização desse procedimento numa instituição hospitalar, indicou que a ausência de eventos adversos foi considerado como um fator positivo pelos usuários²²⁴.

A preocupação com a forma como o procedimento de punção venosa periférica é vivenciado entre crianças hospitalizadas, motivou enfermeiros a buscar estratégias adicionais para minimizar tais

impressões desfavoráveis na percepção dos usuários. Foram inseridos brinquedos terapêuticos, como forma de deslocamento do foco do ato de puncionar a veia para o elemento terapêutico introduzido, durante a realização do procedimento²²⁵.

Foi possível identificar entre os participantes a concepção de cunho negativo a respeito do ato de doar sangue, originada do compartilhamento de opiniões entre grupos com os quais eles interagem. Essas informações são capazes de gerar impressões ruins e, por vezes, conflitantes na medida em que os participantes que não vivenciaram essa experiência passam a incorporar as informações que recebem, embora tenham a vontade de doar seu sangue.

“Eu imaginei que fosse ser muito ruim, porque todo mundo fala, todo mundo tem medo.” (D102)

Uma pesquisa que analisou conteúdos divulgados na mídia acerca da doação de sangue para pessoas leigas constatou que essas informações são repetitivas em seu conteúdo e não sustentam argumentos que possam enriquecer o conhecimento dos espectadores. Fato que foi considerado impeditivo para gerar comportamentos críticos e favorecer a superação de ideias preconcebidas²²⁶.

Apesar de um aspecto ruim do ato de doar sangue ser retratado nas falas dos participantes (dor ou desconforto decorrente da punção), os mesmos alegaram conseguir conviver com ele e superá-lo baseado em duas argumentações: primeira, eles se consideram capazes de suportar o desconforto da picada. E segundo, o ato de doar sangue e beneficiar outras pessoas é considerado uma oportunidade de ajuda que lhes causa satisfação.

“Um procedimento ruim, mas eu lido bem com isso.” (D175)

“Ah, que dói um pouquinho, mas que é um desconforto. Nem sei se dá para chamar de dor. Mas, fora isso, eu sempre saio bem daqui.” (D057)

“Sempre que eu vim, foi normal. Dói um pouco, um pouco de desconforto, mas nada demais! O ato em si é muito gratificante.” (D128)

“Eu acho tranquilo, não sinto essa dor que o pessoal fala. É uma dorzinha, mas não é um desconforto gigante.” (D020).

Há evidências de que a população doadora de sangue têm mais tendências a adotar comportamentos altruístas e de cunho solidário que as pessoas que não têm esse hábito²²².

O cognema “medo-ansiedade” surgiu no conteúdo de fragmentos dos discursos vinculado ao enfrentamento de uma situação desconhecida e de preconceitos que os participantes possam ter a

respeito da doação de sangue, em decorrência de haver compartilhamento de ideias com grupos de convivência que eles integram.

“A primeira vez que eu doei sangue não foi aqui, foi em outro estado. Então, por isso, que só pode vir três vezes, né? Eu tinha 16 anos, meu pai tinha liberado, foi um evento social, e eu estava nervoso, a primeira vez, assim! Sei lá, eu estava nervoso, fiquei espirrando muito, a respiração forte, contínua... Curiosidade também! Um pouco de medo, acho que é isso, muito sentimento misturado!” (D063).

“Medo! É a minha primeira vez e as pessoas falam muitas coisas.” (D008).

“Foi estranho, porque ela fica pulsando, parece que vai explodir, fica quente! Tipo assim, você sabe que está fazendo um negócio legal, uma coisa boa, mas você fica nervoso no momento, sabe? Com medo de dar qualquer coisa, mas a veia pulsa bastante. Você sente que, tipo assim, tem alguma coisa acontecendo. Ela pulsa bastante!” (D070).

Apesar de os participantes afirmarem ter receio no ato de doar sangue, eles são capazes de reconhecer que, a partir da superação de seus próprios medos, é possível fazer a doação. O enfrentamento dos próprios medos, nesse contexto, é visto como uma barreira a ser vencida para efetivar o ato de doação.

“Mas a minha vontade de doar é menor do que o meu medo.” (D021).

“É um medo que a gente tem que passar. Eu nunca encarei o procedimento como algo assim...” (D017).

“A primeira vez [...] como eu nunca tinha doado, eu achava que doía, tinha medo. Mas eu vim, e comecei a gostar. Me tornei uma doadora mesmo! Me surpreendeu, muita gente fala que dói, e você vê aquela bolsa grande, pensa como que vai encher isso tudo, mas é rapidinho!” (D122).

“A gente tem que saber enfrentar os nosso medos e pensar nas outras pessoas que precisam. O que é uma picadinha para ajudar tanta gente? Nada!” (D055).

“O fato de eu não ter medo [...] que a gente vê muita gente com medo de doar sangue.” (D090).

Quando o indivíduo interage com pessoas que apresentam fidelização para a doação de sangue em seu contexto social, é possível identificar sua influência afirmando o comportamento de modificação no enfrentamento e favorecendo a adesão ao ato de doar²⁹.

Em virtude de os comportamentos de medo e de ansiedade permearem o processo de doação de sangue, os participantes apontaram motivos para justificar a necessidade de enfrentá-los. Foram mencionadas a questão da conscientização sobre a doação de sangue, a possibilidade de o próprio participante vir a necessitar de transfusão de sangue em ocasião futura e a presença de vínculo afetivo com a pessoa que necessita do sangue.

“Conscientização, o que facilita e o que dificulta. Às vezes, as pessoas não doam por medo. Aham que vão chegar aqui e que serão obrigadas a doar e a fazer algum exame, e não é. É a conscientização que facilita e que dificulta.” (D164).

“Para mim, foi tranquilo! Não senti muita dor. Depois que entra (refere-se à agulha), você não sente mais nada. O problema maior é a ansiedade para acabar, eu fico ansioso, mas, depois que acaba, é tranquilo.” (D009).

“Se eu fecho o meu coração e digo que não vou doar por medo, ou porque eu não quero, possivelmente quando eu precisar, ninguém vai me ajudar. Isso é questão de semear.” (D030).

“E teve um motoboy que eu conheço, que estava internado com câncer, precisando de sangue, a esposa me avisou e eu sempre quis doar. Era meu sonho, mas eu tinha medo. Eu fiquei tão triste por ele que eu venci o meu medo, e vim. Esse foi o principal motivo.” (D030).

A aquisição de informações e conteúdos temáticos diversificados sobre a doação de sangue possibilita que o indivíduo seja levado à reflexão de seus hábitos. Esta reflexão é entendida como a conscientização crítica e efetiva quanto à temática²²⁶.

A ansiedade foi referida como um comportamento possível de desencadear manifestações fisiológicas durante a doação de sangue. Esteve também associada a processo de punção venosa periférica malsucedido realizado por profissional de saúde.

“Da outra vez, até que eu passei um pouco de mal por causa da ansiedade e tudo. Mas, dessa vez, foi tudo legal. Foi tranquilo!” (D035).

“A primeira vez foi difícil! A primeira vez que eu doe sangue, porque, assim que a moça introduziu a aparelhagem, não pegou a veia, e não saiu sangue e ela se assustou. E ela: nossa, não saiu o sangue! Eu já espetei e não saiu sangue! Ai veio uma outra para auxiliar, aí tirou e espetou no outro braço, aí que deu certo, aí pegou a veia. Aí ficou marcante isso em mim, porque já tem essa ansiedade da gente, né? Da picada, e, lá dentro, aconteceu isso, e eu fiquei um pouco ansiosa!” (D073).

A necessidade de realização de múltiplas punções venosas periféricas pode gerar ansiedade e receio no usuário puncionado, cabendo ao profissional buscar condutas que minimizem este tipo de comportamento²¹⁶. Em virtude de a ansiedade ser capaz de afetar o comportamento do participante, este evidenciou estratégias adotadas para auxiliá-lo a lidar com o momento. A realização do procedimento de forma bem-sucedida foi mencionada como um ponto favorecedor para o enfrentamento da ansiedade do participante.

A busca pela racionalização dos próprios comportamentos e sentimentos ajuda o potencial doador a se manter nesta condição, mesmo com dificuldades. Tal conduta pode ser constatada no relato do participante D031.

“Eu tentei pensar em outras coisas ali na hora, não nisso (referiu-se à punção). É pior a ansiedade antes da hora. A gente fantasia muito as coisas. Não é tanto assim.” (D031).

“Ela coloca o elástico para o sangue descer mais fácil. Colocou a seringa e já começou a coletar o sangue. Depois eu relaxei. Foi só a ansiedade no momento, depois passou.” (D031).

“Passar por isso tudo que eu passei, pela triagem, e depois tem o lanche. Passar por esse momento, de ansiedade, mas, no final, tudo acaba bem.” (D045).

Cabe ao profissional que executa a punção de vasos oferecer à pessoa puncionada uma experiência favorável durante todas as oportunidades que tem com os usuários. Para tal, é necessário que o profissional ressignifique a realização de procedimentos que pode vir a considerar como banais, que se coloque junto ao outro no sentido de compreender sua dificuldade e buscar estratégias a partir de sua vivência e conhecimento para auxiliá-lo no enfrentamento de suas dificuldades¹⁴³.

O cognema “menor-dor” foi mencionado no sentido da vivência de uma condição imposta pelo processo de punção venosa periférica, inerente ao seu acontecimento e decorrente da manifestação de dor e/ou desconforto. Dicotomicamente, apesar de a punção infligir dor ao doador de sangue, ela foi ressignificada pelo participante, como um evento suportável e passível de ser vivenciado, pela alegação dos benefícios que pode gerar aos receptores do sangue.

“Eu acho que é muito tranquilo! Dói um pouquinho, mas é só na hora. Mas rapidinho passa, e a felicidade de doar supera essa dor, que é pequena, mínima! [...] Normalmente, eu sinto um pouco de dor mesmo, eu sinto que dói. Mas hoje foi muito tranquilo. Uma vez só que eu passei mal, quando eu cheguei em casa. Mas, normalmente, é muito tranquilo! Hoje, em especial, eu achei que foi mais tranquilo, eu achei que doeu menos. A mão dela mais leve! Mas dói um pouquinho, eu sinto

que dói um pouquinho, assim... a punção, e, principalmente na hora em que vai tirar a agulha, dói um pouco. Mas depois passa. Rapidinho!” (D060).

“Não é cem por cento agradável, mas é tolerável. Vale a pena pelo objetivo maior. Não sinto dor, sinceramente. É dolorido, e é tolerável.” (D125).

“Eu saio daqui mais leve, como se eu tivesse cumprido o meu dever. Uma que eu não sinto dor, tonteira nem nada. Eu saio com o meu dever cumprido.” (D166).

“Para mim, foi normal! Desde a primeira vez até a última que eu vim. Para mim, não houve dor nenhuma. Tanto na hora em que colocou a agulha, quanto na hora de tirar foi normal! Nem passei mal após a doação. A veia para mim não teve alteração nenhuma.” (D085).

Uma vez que o participante conheça o processo de punção venosa periférica, o medo sobre sua realização pode ser superado, desde que sua vivência seja monitorada terapeuticamente e favoreça a conscientização sobre como ocorre todo o processo de doação e de como pode enfrentar cada etapa que considere difícil²⁰⁸. Quando isso acontece, ele fica fidelizado à doação e pode agir como multiplicador desse comportamento²⁶.

O participante referiu que a vivência de um processo de punção venosa periférica bem-sucedido é capaz de minimizar eventuais circunstâncias desfavoráveis, como a dor mencionada.

Outras situações do cotidiano com a punção de vasos, apesar de não envolverem a doação de sangue, puderam ser transpostas para o objeto representacional- agulha, fizeram com que o participante rememorasse uma vivência, transportando-a para a doação de sangue e a avaliasse, do ponto de vista valorativo, como sendo bem-sucedida.

“Eu não lembro da punção, lembro que eu fiquei um pouco tonto. A segunda vez foi agora, seis meses atrás, então lembro que foi muito tranquilo, a doação durou 10 minutos. Todo o processo foi bem tranquilo! Nem dor eu lembro de ter sentido!” (D066).

“Acabei de passar, foi tranquilo! Acabou! Sem dor! Eu queria doar de novo. Eu gostei da experiência, é diferente. Foi a primeira vez e eu gostei, vou voltar mais vezes.” (D014).

“Então, eu participei uma vez de uma doação... não foi doação, foi uma injeção que a enfermeira, ela... eu achei que foi incrível, não senti dor nenhuma. Quando eu fui me preparar para tomar a injeção, eu já tinha tomado. E eu sou medroso com picada! Então achei incrível, mas é dom! Deus dá o dom para cada um, e a profissão para todos que queiram tê-la. Então, tem pessoas que vão mesmo pela profissão, pelo momento que aquele momento foi para ele, aí ele foi. Mas tem pessoas que têm o dom mesmo. Foi excepcional!” (D065).

Há evidências que sugerem a necessidade de o profissional atuar preventivamente junto a pessoas punccionadas sobre possíveis intercorrências vinculadas ao uso da rede venosa. Tal estratégia pode ser expressa por meio de protocolos de segurança do usuário que contemplem cuidados a serem implantados diante de procedimentos tidos como simples, de baixo custo e impacto favorável sobre as boas práticas profissionais¹⁷ e a satisfação do usuário.

Independentemente da dor ocasionada pelo processo de punção venosa para doação de sangue, esta é capaz de ser vista como algo mínimo, uma vez que não acarrete eventos desfavoráveis para o doador.

“Ah, que dói um pouquinho, mas que é um desconforto. Nem sei se dá para chamar de dor. Mas, fora isso, eu sempre saio bem daqui.” (D057).

“Acho que você está dando um pouquinho, sentindo um pouquinho de dor na função de ajudar alguém.” (D068).

O cognema “agulha-picada” fez menção ao objeto representacional, cuja aplicação viabiliza a execução do processo de punção venosa periférica. Os participantes se referiram à agulha como um objeto capaz de desencadear sensações e comportamentos desfavoráveis, como o medo, independentemente de sua aproximação e conhecimento do processo de punção venosa periférica.

“Então, como eu disse, eu esperava doer, pelo menos um pouquinho! Mas não doeu nada não. Eu esperava uma coisa assim, uma reação. Mas como se diz? Tem medo de agulha, assim. Mas foi bem tranquilo!” (D098).

“Hoje, na hora de retirar (refere-se à agulha), eu senti um desconforto. Mas eu nunca senti nada, nem de medo ou de aflição. Mas foi bem natural, não precisei de colocar nada por enquanto.” (D022).

“Eu morro de medo de agulha, e todas as vezes que eu venho [...] já é a 16ª vez e eu acho que só depois da 10ª que eu tive coragem de olhar para a agulha.” (D021).

Os participantes referiram que buscam condições adequadas para que o procedimento de punção seja realizado, de modo a se atentarem para o estado dos materiais empregados. Referiram também que possuir proximidade com o objeto é capaz de favorecer sua exposição à punção venosa periférica.

“Eu observo se ela (refere-se à agulha) é esterilizada, se ela foi aberta na minha frente.” (D027).

“Eu já estou acostumado com as agulhadas, então facilita.” (D194).

“Tranquilo, eu não tenho medo de agulha. Então...” (D025).

Evidências na literatura indicaram que a experiência de participantes com o processo de punção venosa periférica contemplou seus comportamentos, atitudes e conhecimentos sobre o procedimento. Tal fato justifica os processos de ancoragem e objetivação das RSs das pessoas punccionadas sobre o processo de punção venosa periférica²⁰.

Os participantes mencionaram que, apesar da condição inerente de dor, o enfrentamento do objeto agulha pode ocorrer de forma variada, dependendo das vivências próprias das pessoas. Nesse sentido, ressaltaram que as circunstâncias nas quais ocorre a punção venosa periférica para a doação de sangue são encaradas como normais, e, mais uma vez, mencionaram os seus benefícios.

“Normal, tem gente que reclama do tamanho da agulha, mas isso é um procedimento normal. Também varia de pessoa para pessoa, mas eu vejo que é normal.” (D024).

“Ótimo, tudo OK todas as vezes. Sem problema! Eu não gosto de ser beliscado pela agulha, mas a gente passa por cima disso pelas outras causas.” (D032).

“As pessoas são muito cuidadosas, são muito gentis. Ficam agradecidos de você vir. É tão rápido que não me diz nada não! Olha como é que foi rápido, não me diz nada não. Não me causa nenhum estresse a agulha, não.” (D086).

A área de contraste do quadro de quatro casas, ou QIE, conteve os seguintes cognemas: “acostumado-sem-medo” e “ajuda-gesto-solidário” referentes à dimensão comportamental, e “ótimo-fácil-importante” referente à dimensão valorativa das representações sociais.

O cognema “acostumado-sem-medo” surgiu em virtude de o participante evidenciar sua proximidade com o ato de doar sangue e com a punção venosa periférica, gerando um comportamento de familiaridade, capaz de reduzir seu estranhamento com o processo. A ausência de eventos desfavoráveis para o doador de sangue foi mencionada como um fator adicional, capaz de naturalizar a punção venosa para o participante.

“Eu não sei, porque, da primeira vez que eu vim doar, eu queria ver o calibre da agulha e, na hora que a moça veio, eu olhei para a agulha e passei mal. A menina precisou de levantar a minha cadeira para a pressão voltar. Mas agora não tem nada mais não, já vim 22 vezes e estou acostumado, mesmo olhando a agulha.” (D189).

“Normal, porque eu já estou acostumado! Isso para mim é normal, faço há muito tempo. Nunca tive problema nenhum, do jeito que eu entro eu saio. Nunca teve complicação.” (D153).

“É bom, não tenho medo! Já estou acostumado, eu doo há muito tempo, então...” (D010).

“Eu estava passando e vi o hemocentro, aí eu já estou acostumado a doar sangue, e vim!” (D063).

“Vantagem no sentido de vantagem, não vejo muita coisa. Vantagem de você se sentir bem, que você fez uma coisa boa, assim. Mais vantagem no sentido de que a gente está acostumado.” (D091).

Evidências na literatura demonstraram que a satisfação de usuários portadores de doenças renais sobre a manipulação de suas fístulas arteriovenosas foi atribuída a fatores percebidos por eles, a exemplo da dor, sensação de bem-estar e preservação de sua autoimagem²²⁷. Tal fato é capaz de corroborar com os achados desta investigação.

A dimensão comportamental presente no cognema “ajuda-gesto-solidário” foi evidenciada pelo participante, no sentido de gerar benefício para terceiros pelo ato de doar sangue. O participante também mencionou que, ao se submeter ao processo de punção venosa, espera que o mesmo viabilize a doação, sendo bem-sucedido.

“Acho que mais de gratificação mesmo, por saber que você está ajudando o próximo.” (D099).

“Tranquilo, acho que é tudo! Envolve o motivo, então acaba sendo uma satisfação em ajudar os outros. Todo o processo é por um bem maior. Não tenho problemas, foi como eu estava esperando.” (D121).

“Só no geral, de estar ajudando quem está precisando. Acho que, se cada um pensasse dessa forma, de um modo geral, não só na questão de sangue, mas o nosso país seria bem melhor do que é. Muita gente pensa só em si mesma, não pensa que amanhã pode estar precisando. Eu penso muito no dia de amanhã. Aí estou sempre podendo fazer o que eu posso fazer para ajudar as pessoas, eu faço. Por exemplo, eu vou sair daqui hoje me sentindo bem. Porque eu sei que, se eu precisar lá na frente, eu vou poder estar ajudando alguém, independente do que for, se eu puder fazer [...] Já vi muitas pessoas assim irem embora por causa disso. Então faço e me sinto bem fazendo. Vejo que, se eu posso fazer para alguém, eu sou meio que bonzinho nesse ponto.” (D082).

“Olha, eu sempre... eu já doo sangue há muito tempo. Eu não lembro a data não, mas eu sei que há muitos anos que eu doo sangue. E eu sempre assim, eu gosto de estar ajudando. Então, eu acho que é uma maneira. Com dinheiro eu não posso, é uma coisa que não custa nada, entendeu? Então, eu venho.” (D096).

Para exemplificar que a preocupação do enfermeiro com o êxito do processo de punção venosa é um fato, uma pesquisa buscou adaptar e validar um instrumento internacional para avaliar taxas preditivas de insucesso em punções realizadas com crianças hospitalizadas²²⁸.

Em contrapartida, situações malsucedidas referentes ao processo de punção venosa periférica foram interpretadas pelo participante como condições que inviabilizam tanto a doação quanto a possibilidade de ajudar o próximo. Também foram mencionadas as expectativas geradas no doador com relação às situações fracassadas.

“Dolorido. Às vezes, você chega lá e a sua veia aparece menos, então... igual, teve uma vez que eu vim doar e eu não consegui, porque não acharam a minha veia. Então, às vezes é bem chato isso! Porque você vem e a sua expectativa é vir ajudar. É isso.” (D054).

“Dá uma sensação de alívio, sabendo que você pode ajudar alguém. Eu fiquei com medo de não dar certo.” (D038).

A temática punção venosa periférica constitui uma preocupação desde o processo de formação do enfermeiro, uma vez que seu aprendizado e compreensão são essenciais para minimizar a ocorrência de falhas associadas²¹⁴.

Segundo Benner, o aprendizado de procedimentos básicos de enfermagem compõe o campo de conhecimentos construídos pelo profissional em nível iniciante. As experiências e vivências com o procedimento técnico originadas da assistência de enfermagem desempenhada serão capazes de conferir aperfeiçoamento ao profissional no que se refere à sua atuação⁸⁷.

Os participantes mostraram-se conhecedores da existência de condições necessárias para efetuar a doação de sangue. No entanto, referiram que a doação depende da iniciativa pessoal para que a pessoa tenha a vivência do ato de doar e se torne uma doadora.

“Todas as experiências que eu tive mostraram que não há problema. E acredito que não tenha nenhum empecilho em ajudar. Qualquer um pode ser um potencial doador.” (D170).

Apesar de o ato de doação ser capaz de gerar benefícios para os receptores de sangue, os participantes referiram que também buscam meios para ajudá-los a enfrentar o processo de punção venosa periférica.

“Olha, a parte da punção é a parte que a gente tem que pular, porque nos deixa um pouco nervosas. Mas eu lembro de Deus, peço ajuda e penso no resultado, não muito ali na hora.” (D031).

A constatação da busca de estratégias pelo doador, para auxiliá-lo a lidar com o processo de punção, pode ser compreendida como seu esforço no sentido de estabilizar o seu campo energético¹⁴³.

A concepção do cuidar-curar transpessoal concebe que o binômio usuário-profissional é capaz de se unir no instante de sua interação, na qual experienciarão um momento único, que pode ser influenciado pela intencionalidade presente e da autenticidade de quem é cuidado. A união dos campos do binômio permite que um novo todo seja criado, passando a se tornar parte das pessoas¹⁴³.

Na 1ª periferia, ou QSE, foram evidenciados os cognemas “dá-prazer-felicidade” e “alívio-tranquilo”, referentes à dimensão comportamental das RSs, e o cognema “habilidade-competência”, que é um componente da dimensão valorativa.

O cognema “dá-prazer-felicidade” fez referência ao sentimento de bem-estar gerado pelo ato de doar sangue. O ato de doação foi associado ao comportamento altruísta do indivíduo, e, na ausência de outros tipos de compensação, o participante evidenciou a realização própria enquanto recompensa por ter dado o seu sangue para outras pessoas.

“A minha disponibilidade, e eu queria ajudar. O bem que me faz, e o pensar no próximo. É o prazer de estar aqui fazendo o bem.” (D016).

“Salvar vidas é a primeira imagem. É muito prazeroso saber que o seu sangue pode salvar até quatro vidas.” (D035).

Há evidências de que os doadores de sangue fidelizados, independentemente de suas questões pessoais, são capazes de manter a regularidade das doações pelo fato de terem o conhecimento e a vivência com o processo de doação²²⁹.

O participante também associou o sentimento de felicidade à pessoa em situação de recebimento do sangue doado. Novamente, a consequência do ato de doação foi mencionada. No entanto, desta vez, surgiu a perspectiva do usuário a quem o sangue será destinado, e, por esse motivo, o participante presumiu que a pessoa que recebe o sangue se sentirá igualmente feliz.

“A primeira coisa que passa é a felicidade da pessoa que vai receber o sangue que você doou. Uma pessoa no leito feliz quando essa bolsa chega.” (D116).

“Que assim como eu fiz por outras pessoas, tem alguém que foi lá e fez por mim, entendeu? Acho que a felicidade deve ser imensa. A mesma coisa é um doador de medula, quando encontra um compatível.” (D100).

O atendimento oferecido pela equipe multiprofissional do hemocentro também foi mencionado como uma das causas do sentimento de prazer desencadeado no participante em virtude do ato de doar de sangue. Foi possível detectar que o participante retrata em suas falas a repercussão gerada

pela forma como foi atendido. Ficou evidenciado que o atendimento profissional qualificado e humanizado é capaz de contribuir positivamente para a experiência do doador.

“A atenção das pessoas aqui, entendeu? Mais isso. É o prazer de vir mesmo.” (D075.)

“O local é muito próprio, o atendimento das pessoas, dos enfermeiros, dos médicos, das pessoas da cantina, da recepção. Você vê felicidade nas pessoas. É um ambiente bom, um ambiente onde eles fazem com felicidade. Para você estar fazendo a doação de sangue.” (D101)

As evidências da literatura sinalizam a importância de as instituições captadoras de sangue adotarem iniciativas institucionais, no intuito de implementar estratégias que assegurem ao doador de sangue a qualificação do atendimento prestado²²⁹.

Com relação ao cognema “alívio-tranquilo”, o comportamento de alívio foi referido como uma condição própria do doador de sangue, ao efetivar o ato de doação. O sucesso na realização do procedimento também foi mencionado, uma vez que o insucesso em alguma etapa deste processo pode inviabilizá-lo.

“Sempre foi esse sentimento de alívio, de poder colaborar. Me alivia saber que eu estou ajudando.” (D051).

“Dá uma sensação de alívio, sabendo que você pode ajudar alguém. Eu fiquei com medo de não dar certo.” (D038).

O participante também referiu o alívio na perspectiva da pessoa que aguarda por uma transfusão. Foi percebido um comportamento empático do doador, quando este foi levado a pensar nos benefícios e no alívio ocasionado pela efetividade do ato de doar sangue.

“É um alívio, e tomara a Deus que a coisa (doação) funcione para ele! [...] às vezes, demora a doação. Seja de sangue ou de outros órgãos. É um alívio, uma esperança!” (D004)

Evidências apontam que o conhecimento sobre as finalidades terapêuticas do sangue é capaz de gerar a sensibilização do doador, levando-o a visualizar e compreender a importância do ato para pessoas que estejam em situação de necessidade²²⁶.

Apesar de o participante ter mostrado que o desconforto ocasionado pelo processo de punção venosa periférica foi marcante para si, ele é capaz de se submeter ao mesmo, colocando as finalidades do ato acima das etapas percebidas como desfavoráveis. O atendimento foi evidenciado pelo

participante como tranquilo, pelo fato de não ter vivenciado nenhuma intercorrência no processo, favorecendo assim o seu retorno futuro.

“Eu acho que é muito tranquilo! Dói um pouquinho, mas é só na hora. Mas rapidinho passa, e a felicidade de doar supera essa dor, que é pequena, mínima!” (D060).

“Tranquilo! A pessoa geralmente chega e não tem dificuldade nenhuma. Na verdade, tem uma facilidade. Eu te falei, eu perguntei quanto tempo que demora geralmente para o sangue sair, e o doutor disse: ‘Geralmente 10, 12 minutos. Engraçado, que o meu saiu em 5 minutos. Então eu tenho facilidade mesmo, não vejo obstáculo. Pelo contrário, eu sinto um prazer em fazer isso, é bom, não é?! Você poder dividir um pouco da saúde com outra pessoa, é uma bênção! Não tem preço, não tem dinheiro. Para mim, a riqueza é essa. Tem gente que não tem o mínimo, e, se você puder doar, é gratificante! E eu creio que para Deus também.” (D172).

Conforme já mencionado, o atendimento bem-sucedido oferecido ao doador de sangue será percebido como condição favorável ao seu retorno ao hemocentro. Neste sentido, o cognema “habilidade-competência” foi associado diretamente à prática do processo de punção venosa periférica pelo profissional. A habilidade do profissional mostrou-se como uma condição esperada pelo doador.

“Não sei o que motiva, mas eles são estudados para isso, eles têm a prática do dia a dia também. Vai dando a eles [...] Se você perguntar para um enfermeiro: ‘Sabe tudo?’ Não sabe! É no dia a dia que ele vai pegando mais segurança, habilidade, conforto naquilo que eles está fazendo. Isso daí é o dia a dia que te dá mesmo, a segurança total de qualquer coisa que você faça. [...] hoje, no caso, o enfermeiro que é meu xará, no meu lado direito, ele não teve muita habilidade de tirar não. Mas aí eu expliquei para ele que eu tinha tubão, agora não tenho mais, entendeu? Aí ele visualizou o lado esquerdo, falou: ‘Tem problema para você?’ Falei: ‘Não, pode tentar os dois braços aí, à vontade!’ Aí foi legal, foi tranquilo, muito bom!” (D065).

Tendo em vista que o processo de punção venosa periférica consiste em atribuição do profissional de enfermagem, é necessário prepará-lo a fim de que exerça um atendimento qualificado a respeito deste procedimento²¹⁵. Os profissionais de enfermagem são capazes de estabelecer vínculos com o doador de sangue, uma vez que realizam interações ao longo de todo o processo de doação e pelo acolhimento que oferecem⁹¹.

O QIE, ou 2ª periferia do quadro de quatro casas, conteve os cognemas “salvar-vida”, “atenção-profissionais-enfermagem”, “altruísmo-vontade-coragem”, “sinto-bem-satisfação” e “doação” enquanto componentes da dimensão comportamental das RSs; o cognema “sangue”, enquanto dimensão do seu objeto representacional, e os cognemas “dever-cidadania” e “amor” enquanto suas dimensões valorativas.

O cognema “salvar-vida” surgiu em virtude de o participante ter presenciado ou vivenciado alguma situação na qual foi recomendada a realização de transfusão sanguínea, tendo constatado a importância da utilização do sangue para tratamentos terapêuticos. O fato de ter tido proximidade com a necessidade de sangue levou o participante a adotar o comportamento de doador.

“O primeiro é salvar a vida de alguém que está precisando. O segundo, é que eu trabalho viajando muito e vejo muitos acidentes. Vejo o quanto de sangue que as pessoas perdem.” (D018).

“Em 2012, eu sofri um acidente com a minha ex-namorada e ela precisou de três bolsas de sangue. A gente estava em um carro, ela teve hemorragia e necessitou. Ali, eu vi que a doação de sangue, realmente, pode salvar vidas. Vivenciei essa situação.” (D160).

Há evidências de que a sensibilização da pessoa sobre o ato de doar sangue pode ser intensificada, a partir do momento em que ela vivenciar ou presenciar a necessidade de uma transfusão de sangue²³⁰. Um participante referiu que, além do ato de doar sangue ser capaz de salvar vidas alheias, pode lhe ocasionar também o seu “salvamento”, uma vez que o comportamento altruísta é bem aceito socialmente, e que o faz com base nas suas convicções individuais. O participante referiu a possibilidade de vir a necessitar de “salvação” no futuro, e portanto, doou sangue, garantindo sua consciência tranquila caso vá precisar um dia.

“Gratificação, muita gente fica eternamente grata. Eles estão recebendo uma chance de salvar a vida. [...] a minha vantagem é saber que eu estou salvando a vida de alguém. Mas eu acho que, acima de tudo, é um preenchimento espiritual, você ser grata por salvar uma vida, fazer o bem.” (D036).

“Muito importante você saber que está recebendo sangue de outra pessoa para poder salvar a sua vida. Igual a você receber, é doar. Para alguém, é muito importante!” (D168).

Finalmente, com relação a “salvar-vidas”, foram evidenciados conteúdos de conscientização divulgados pelas mídias de informação, no intuito de atrair doadores para o abastecimento dos estoques de sangue. A mensagem de “salvação” mostrou-se marcante para o participante, a ponto de levá-lo a efetivar o ato de doação.

“Eu nunca tinha vindo, aí chego aqui do lado, tem a palestra e seu sangue pode salvar até quatro pessoas.” (D035).

“Eu acho que é conscientização. Com uma doação você pode salvar muitas vidas!” (D044).

“O que a gente mais ouve, ”salvar vidas!”” (D084).

“Eu vi pela televisão que pode salvar vida e eu pensei em vir para ajudar.” (D108).

“As vidas que eu vou salvar com o meu sangue.” (D142).

Apesar de as mensagens vinculadas nas campanhas de sangue não apresentarem conteúdo diversificado sobre a temática²²⁶, conforme mencionado anteriormente, ficou evidenciado que as relacionadas ao ato de salvação foram apreendidas pelos participantes.

O cognema “atenção-profissionais-enfermagem” surgiu em decorrência da forma como os participantes perceberam o atendimento prestado por ocasião da doação de sangue. Apesar de algumas falas dos participantes terem evidenciado o atendimento de profissionais em geral, foi possível perceber que a etapa do processo de punção venosa periférica funciona como um “termômetro” do atendimento recebido, favorecendo ou não a experiência de doação de sangue.

“O carinho com que as pessoas daqui nos recebem. A paciência e a atenção são pontos que contribuem também.” (D134).

“Ah, tranquilo! Os profissionais são competentes, muito atenciosos, foi muito bom!” (D083).

“A localização da instituição, a segurança nos profissionais e nas técnicas que eles vão realizar.” (D185).

“Não acho nada, para mim, é normal! É um procedimento normal, não tenho esse [...] só coisas boas inclusive. Não tenho nada de negativo. Muito bom! Todas as vezes que eu vim aqui fui muito bem atendido, não senti dor nenhuma, foi uma atenção muito boa, um tratamento [...] aqui e em outros lugares que eu já fui, um tratamento muito bom! Não tenho nada de pejorativo não, só tenho coisas boas!” (D079).

“A localização do hemocentro e também os profissionais que trabalham aqui, que recebem a gente sempre muito bem! [...] sempre acertaram de primeira comigo. Eu acho que os profissionais aqui fazem isso muito bem. Tem todo o cuidado necessário.” (D057).

“O atendimento da instituição é muito receptivo. Os médicos, os enfermeiros nos atendem bem, e isso te motiva a vir mais vezes.” (D133).

Apesar de os participantes que não serem profissionais da área de saúde e desconhecerem os aspectos técnicos do processo de punção venosa periférica, foi possível apreender em suas falas que estes são capazes de reconhecer atributos dos profissionais, qualificando tanto o profissional quanto a

prática que este exerce. Ficou evidente que o participante associa a tranquilidade do procedimento desempenhado ao profissional qualificado.

“Ah, eu não entendo muito assim de punção. Sempre é um pouquinho tenso, mas tranquilo! Geralmente são bons profissionais que fazem, você não sente muita dor. Bem tranquilo!” (D091).

“Foi um enfermeiro muito calmo, tranquilo, de primeira vez ele conseguiu.” (D004).

“Aí, a enfermeira já falou que seria da próxima vez, que eu teria que falar com o próximo enfermeiro e tomar [...] a última vez eu achei que foi bem legal! Acharam a minha veia bem rápido!” (D054).

“Tranquila! Acho que os enfermeiros daqui tem a mão leve, são muito carinhosos, muito bom! O pessoal é muito carinhoso!” (D069).

“O atendimento aqui é bom, a única coisa que não muda muito são os enfermeiros. Eles conversam com você, perguntam se está tudo bem, te deixam bem tranquilos.” (D019).

“Não tenho problema não! Minha veia é boa, e vai muito da enfermeira também. Dela ter mais experiência.” (D018).

“Você fala quando finca aqui, né? Dói um pouquinho. Depois que você fica um tempinho, que você tira, dói. Inclusive tem uma enfermeira que tirou [...] tem umas que não dói não. Tem umas que não sei o que é, que tem a mão diferente, mais leve do que a outra, dói mesmo. Mas não, tranquilo!” (D072).

O fato de os participantes serem capazes de diferenciar e qualificar os profissionais que os atendem pode ser atribuído ao fato de o profissional expert ser capaz de detectar precocemente as respostas humanas, implementando intervenções direcionadas, que qualificam a assistência prestada⁸⁷.

O participante referiu, ainda, a dimensão educativa da atuação profissional de enfermagem, com relação a ações de conscientização sobre a prática realizada referente a exames do doador de sangue e por meio de divulgação de conteúdos em mídias sociais.

“A vantagem é eu poder ajudar e também depois eu recebo [...] depois de 30 dias, a enfermeira falou comigo que tenho a análise do meu sangue, você vê as doenças. É isso!” (D101).

“Esse ano, eu não tinha doado sangue e eu tenho uma amiga enfermeira que postou um vídeo sobre doar. Eu tinha esquecido e resolvi vir.” (D165).

A atuação de enfermagem no momento da realização de triagem clínica do doador de sangue mostrou-se um fator capaz de fortalecer as ações de promoção de saúde, uma vez que permite detectar individualmente as necessidades de cada indivíduo¹⁵⁸.

O cognema “altruísmo-vontade-coragem” surgiu em decorrência de o participante se colocar de lado, independentemente do benefício final do ato de doar sangue, ser destinado ao próximo.

“Olha, para mim, não vejo nenhuma não. Porque eu sinto dor, mas só de pensar que eu vou ajudar o próximo, isso é bom. Mas eu não vejo vantagem não.” (D053)

“Poder passar para o próximo. Como eu já tinha falado, eu conheço várias pessoas que precisaram. E eu sei o quanto é importante para a família poder receber isso.” (D121)

“Eu acho que a gente tem que olhar mais para o próximo, ajudar quem precisa e eu acho que a gente deveria olhar mais o lado de quem precisa de receber o sangue.” (D012)

“Ah, porque é uma vontade minha de ajudar as pessoas. Seja não só meu sangue, como qualquer outra atividade que eu possa estar ajudando um ser humano também. E aí passei, resolvi ser voluntária de vir. Só não venho mais porque não posso. Mas é isso!” (D081).

Deseja-se que a população valorize o aspecto solidário da doação de sangue, enquanto um gesto de cunho altruísta, conforme preconizado em nosso país. Dessa forma, seria possível suprir a carência constante de insumos sanguíneos, independentemente de as pessoas estarem vivenciando a necessidade de sangue²²².

Apesar de os participantes terem mencionado o caráter altruísta da doação, foi percebido que algumas pessoas pensam também na possibilidade de vir a necessitar de uma transfusão, e pensam que, ao efetuarem a doação de sangue enquanto desfrutam de saúde, terão este direito assegurado no momento de fragilidade.

“Ajudar o próximo, porque não sabemos o dia de amanhã. E, se eu precisar, eu tenho certeza que alguém vai poder me ajudar.” (D015).

“Primeiro é a boa vontade e o amor ao próximo. Hoje eu estou doando, mas amanhã eu posso estar recebendo. A maioria só vem quando tem alguém precisando, e não é por aí. Ela tem que vir pelo menos três vezes no ano.” (D018).

Os participantes destacaram que o ato de doação depende de alguns comportamentos do doador. Entre estes, deram destaque à força de vontade própria, necessária para levar o candidato ao hemocentro e efetivar a doação de sangue.

“Como vou explicar para você? Eu gosto de vir. Não é interesse nenhum de pegar atestado, nada disso. Venho porque gosto de vir mesmo. Para ajudar o próximo como eu te falei naquela hora. Eu venho pela vontade mesmo, não é interesse de pegar atestado. Porque, inclusive, várias vezes eu já vim doar aqui e fui trabalhar. Tem gente que gosta de pegar para ficar em casa, eu não gosto não.” (D072).

“Na realidade, seria a minha espontânea vontade. Mas eu também lembrei da necessidade que a minha filha passou. Devido ao problema que ela teve e precisou de receber, e não ter o estoque suficiente para suprir. Tem outros pacientes que entram na mesma situação, no mesmo estado clínico.” (D169).

“Eu acho que é tempo, ter tempo. Ter tempo e vontade. Essas duas coisas, sem essas duas coisas fica um pouco difícil de vir. Muitas das vezes, eu queria vir até mais vezes doar. Acho que, no ano passado, eu não consegui vir doar, vim três vezes. Mas pelo fator tempo, né? A vida é muito corrida e, então, talvez, se eu tivesse mais tempo, eu viria com mais frequência.” (D076).

Além de o doador dispor de vontade própria para ir ao hemocentro doar sangue, foi referido que é a coragem que o permite se submeter ao processo de punção venosa periférica. O procedimento foi visto como algo gerador de medo, em decorrência da utilização do objeto representacional, a agulha, e que cabe ser superado para concretizar a doação de sangue. Para tal, cabe ao participante buscar o comportamento corajoso para passar pela punção.

“Eu morro de medo de agulha, e todas as vezes que eu venho [...] já é a 16ª vez e eu acho que só depois da 10ª que eu tive coragem de olhar para a agulha.” (D021).

“Eu acho que, hoje em dia, como as pessoas estão tão restritas com essa coisa de doença, coisas transmissíveis, essas coisas. Às vezes, a gente fica com receio, apesar de ser no hemocentro, que a gente vê que é tudo descartável, as pessoas às vezes têm um pouco de receio. Então, eu acho que o fato de você ir ali e permitir que entre um objeto no seu corpo para tirar uma coisa de você é um ato de coragem! De respeito com o outro. Você está se comprometendo indiretamente com outra pessoa. Porque, quando você vai fazer a listagem ali, você tem que dar as informações corretas. Se você falar uma mentira ali, você está correndo o risco de comprometer outras vidas. Então, eu acho que assim, é um ato de coragem e de responsabilidade também. Comprometimento!” (D100).

A banalização do procedimento de punção pelo profissional, pode ser vista como um fator capaz de desestabilizar o campo energético da interação promovida pelo binômio usuário-profissional, no momento de seu atendimento¹⁴³. Tal desestabilização mostrou-se geradora de medo e ansiedade no doador.

O cognema “sinto-bem-satisfação” surgiu com base na percepção do atendimento recebido pelo participante, na ocasião da doação de sangue, e foi mencionada também a sensação de autorrealização, com base nos benefícios finais da doação.

“Eu me sinto bem, sou sempre bem atendido.” (D119).

“Eu me sinto bem, eu me sinto realizada, como se eu estivesse ajudando alguém! Não tem custo nenhum para mim, então eu me sinto realizada.” (D060).

“Acho que ajudar o próximo. São todas para ajudar o próximo. Sempre! De forma alguma, a vantagem é [...] eu me sinto bem! A vantagem muito boa de eu me sentir bem por estar fazendo isso.” (D070).

Apesar de os doadores de sangue evidenciarem possibilidades de situações a serem melhoradas com relação ao atendimento recebido em uma instituição captadora de sangue, eles se mostraram satisfeitos com relação ao tratamento oferecido pela equipe de enfermagem²³¹.

A satisfação surgiu na fala dos participantes, em associação ao estado de sentir-se bem. Uma vez que é necessário que o doador se submeta ao processo de punção venosa periférica, este se apoia na satisfação pessoal, como um meio para justificar a sua realização.

“Satisfação pessoal mesmo. A gente não ganha nada, mas a satisfação em saber que um pouco de você está indo para outra pessoa por um processo simples [...] tranquilo, acho que é tudo! Envolve o motivo, então acaba sendo uma satisfação em ajudar os outros. Todo o processo é por um bem maior. Não tenho problemas, foi como eu estava esperando.” (D121).

“Todo ano eu faço a doação. Eu olho se alguém precisa, para eu ajudar de uma maneira simples, não custa nada. Satisfação mesmo! Eu até pensei em vir mais, quem sabe esse ano, não dá para eu vir.” (D015).

“É uma satisfação, me sinto feliz comigo mesmo, com saúde. Eu agradeço à minha saúde. É um dia, um ano que eu passo feliz por fazer essa doação.” (D016).

“É uma questão de satisfação interior.” (D093).

“Se a pessoa sente dor, nem se compara com a satisfação de alguém receber isso.” (D009).

“Tranquilo para mim, é uma satisfação muito grande. Só de encontrá-la (refere-se à veia para punção) já está bom, nada supera o ato do momento. Lido com tranquilidade, vencendo os obstáculos psicológicos que são piores do que os físicos. Eu focalizo o motivo que me trouxe aqui, eu não me importo comigo, eu penso nos outros.” (D030).

A satisfação constitui uma das repercussões alcançadas com o resgate do arquétipo feminino da enfermagem, dentro do pensamento pós-moderno de Watson. Sua transcendência ocasionada pelo resgate origina um modelo de cuidar-curar autêntico¹⁴³, percebido pelo doador.

O cognema “doação” foi mencionado pelo participante como algo dotado de preconceitos, os quais são passíveis de mudança, desde que o ato seja realizado de maneira a não se distanciar da normalidade esperada pelo participante. Se a doação ocorrer sem lhe trazer prejuízos, será passível de ser interpretada como algo natural pelo doador.

“Quando eu estava fazendo a doação, que eu vi que não era nada daquilo que eu imaginava, que era uma coisa muito simples. E é isso!” (D080).

“Como eu falei, isso para mim é indiferente! O processo mecânico, para mim, é indiferente. O processo de doação tem uma representatividade. O processo mecânico, isso e isso, dessa forma, isso para mim, não me causa nenhum constrangimento, nenhum medo, nenhuma [...] nada. É uma coisa normal, natural para mim!” (D090).

“Algumas pessoas ficam muito nervosas e algumas pessoas no “pós-doação” têm vários sentimentos. Então, acho que a doação de sangue, a questão da veia, acho que tem que ser com a pessoa no momento em que ela se sinte à vontade ou não, e saber que depois tem alguns cuidados que sabe que tem que ter.” (D088).

O ato de doação também foi referido como algo necessário à população, o qual o participante pode vir a requisitar. Nesse sentido, o participante vê a importância de doar sangue enquanto possui as condições para tal.

“Tem muita gente precisando de doação, doando e pedindo mais gente para doar.” (D027).

“Primeiramente, eu já tive familiares que necessitaram de doação. E eu penso que eu posso precisar também depois.” (D011).

“Então fico pensando se fosse comigo, nossa [...] Estou tentando fazer minha parte para amanhã chegar a minha vez. Mesmo que eu não consiga receber a doação, pelo menos eu fiz o suficiente para mim. Não vou conseguir a transfusão, mas pelo menos vou ter feito a minha parte.” (D082).

O enfermeiro, ao interagir com o candidato à doação de sangue no momento da triagem clínica, possui a oportunidade de detectar suas fragilidades de conhecimento. Ele é capaz de intervir em prol do melhoramento de tais condições, por meio de ações educativas com o indivíduo¹⁵⁸.

Apesar de os participantes terem referido que doam sangue no intuito de estarem em paz consigo próprios, caso necessitem futuramente, conforme anteriormente mencionado, foi explicitado que o aspecto de conscientização vai além desta preocupação consigo próprio. Ficou evidenciado que o carácter altruísta deve sobressair aos demais que motivam a doação de sangue.

“Eu espero que seja cíclico, doar e receber. Não pensar que quem faz a doação, que pode precisar receber também. Doar por doar.” (D048).

O cognema “sangue” faz menção ao objeto representacional que é o objetivo da doação, presente na RS dos doadores sobre o processo de punção venosa periférica realizado. Ao se referirem ao sangue, os participantes destacaram que a possibilidade de doá-lo consiste em uma contribuição social a ser considerada e que, ajudando, o doador se incorpora a um grupo social bem visto culturalmente.

“Tem muita gente precisando, e, se o meu sangue serve para ajudar alguém, por que não?” (D127)

“Saber que o seu sangue pode salvar vidas. Você vira parte de um grupo importante, que faz o bem.” (D012)

Os participantes referem seu conhecimento sobre os impactos que a falta de sangue nos estoques dos serviços de saúde pode ocasionar à população. Ao receberem informações sobre os déficits dos estoques de sangue, os participantes foram levados a refletir sobre suas possibilidades de contribuir para a resolução desta situação, assumindo um compromisso com o ato de doação.

“Se todo mundo fosse solidário e quisesse ajudar, eu acho que o nosso país não estaria na situação que está hoje. As pessoas não morreriam por falta de uma bolsa de sangue ou plaquetas.” (D021).

“Eu sei que a instituição está com falta de sangue, e é por isso que eu sempre venho.” (D027).

“Eu estava vendo como os casos de dengue estão aumentando. Principalmente nesta cidade, e que isso poderia estar causando uma baixa no estoque de sangue. Então, eu pensei em doar para ajudar.” (D102).

Há evidências que atestam que a mensagem de deficiências dos estoques de sangue são frequentemente vinculadas pela mídia²²⁶. Apesar de constituir numa mensagem “batida”, os participantes retrataram que esta mensagem foi um motivador para realizarem a doação de sangue.

O sangue foi associado pelo participante a um estado de saúde prévio esperado, que o permita efetivar o ato de doação. Doar sangue também foi referido como algo capaz de contribuir para a saúde do participante, uma vez que leva o organismo a produzi-lo para compensação da perda, renovando-o.

“Acredito que, como eu sou uma pessoa saudável, então nada me custa vir doar sangue. E agora, sabendo que não é um bicho de sete cabeças, que não é isso que

todo mundo às vezes comenta, me motivou mais ainda a continuar [...] fundamental! Porque a veia, acho que é essencial! Porque, no caso, o sangue, acho que é ele que nos mantém de pé, ele que passa todos os nossos nutrientes para os outros órgãos, para toda a funcionalidade. Então, foi ótimo!” (D055)

“Acho que o corpo necessita se manter saudável, como o resto do organismo. Senão, estando com algum problema no interior do seu organismo, você não poderá doar o sangue. É como a veia, o resto do corpo, você precisa estar saudável para doar.” (D085)

“Fora isso, como o sangue se recompõe, eu sei que é saudável para você ter esse processo estimulado.” (D113).

Alguns participantes demonstraram terem o conhecimento de que o tipo de sangue pode assumir um caráter “raro”, uma vez que mencionaram o tipo “doador universal”, em virtude de poder ser empregado em qualquer indivíduo. Ter o conhecimento desta informação favoreceu para atrair o participante ao hemocentro.

“Porque eu tenho sangue O negativo. Então, eu já tenho uma tradição de doar desde os 18 anos, eventualmente eu venho doar porque eu acho que é o sangue do doador universal, né? Então eu gosto de ajudar.” (D093).

“É que o meu sangue é um sangue que tem pouco, que é o O negativo, aí eu vim por causa disso!” (D099).

“Ah, eu tenho o sangue AB negativo. Já me falaram que é um sangue mais difícil de achar e eu recebi ontem uma mensagem com o nome de uma criança que está precisando. Então, devido ao meu sangue ser um sangue mais difícil de encontrar e aqui não estar tendo muito no hemocentro, eu achei melhor vir. Achei bacana eu vir e poder ter essa satisfação de estar ajudando alguém.” (D100).

“Um ato de bondade mesmo. O sangue não tem como ser feito em laboratório. Eu acho que todo mundo deveria doar, é isso.” (D130).

Pesquisas realizadas com estudantes de nível médio de ensino, constataram que os participantes possuem conhecimento escasso acerca do sistema sanguíneo ABO, restrito ao conhecimento do próprio tipo sanguíneo. Tais achados indicaram a necessidade de se trabalhar com essas populações o conhecimento da temática^{232; 233}. Uma vez que esses participantes constituem em adolescentes, e que o ato de doação é autorizado a pessoas com idade superior a 17 anos e concordância dos responsáveis, mostra-se a importância de atuar no esclarecimento desses doadores potenciais.

Ficou evidenciado que, para a efetivação do ato de doação, são necessários diversos fatores que favoreçam o participante a assumir tal comportamento. Alguns destes fatores foram mencionados anteriormente, e surgiram na fala do participante.

“Acho que são todos esses fatores, mais os fatores de ordem ética, mental, cultural. Todos eles me levam a doar sangue.” (D090).

O cognema “dever-cidadania” surgiu em virtude de os participantes reconhecerem a necessidade do ato de doação de sangue, associando-o a um gesto solidário. Viram-no, inclusive, como algo a ser pensado enquanto um dever da pessoa para com a sociedade.

“Eu sempre doe, acho que é uma atitude que todos deveriam ter.” (D119).

“Eu saio daqui mais leve, como se eu tivesse cumprido o meu dever. Uma que eu não sinto dor, tonteira nem nada. Eu saio com o meu dever cumprido.” (D166).

“Eu tenho uma imagem assim, de solidariedade. Grande imagem para mim. Eu acho que todo mundo deveria doar!” (D093).

“Não sei, infelizmente! É a primeira vez, inclusive, que eu vou doar, acho que já deveria ter doado.” (D001).

“Que outras pessoas deveriam fazer o mesmo.” (D128).

“Saber que você está fazendo o seu papel de cidadão e de solidariedade.” (D159).

“Nós temos que pensar que a necessidade do outro pode ser a nossa, e como cidadãos, devemos fazer isso.” (D146).

A investigação sobre o comportamento altruísta dos doadores evidenciou que essas pessoas são capazes de solidarizar-se mais frequentemente com questões de cunho cívico, quando comparadas às pessoas que não doam sangue²²².

O cognema “amor” surgiu nas falas dos participantes, sendo associado a uma imagem de empatia com o próximo, algo “inexplicável”. O amor foi explicado pelo participante como um valor capaz de fazer com que a pessoa assuma um comportamento de ajudar o próximo, em detrimento de ser exposto a um procedimento como a punção venosa periférica.

“Imagem? Foi o que eu te falei, amor ao próximo! Um amor que não tem como explicar. É ajuda, sabe?” (D067).

“Acho que é satisfatório você ajudar a pessoa a sobreviver, uma ato de amor!” (D006).

“É o jeito de você demonstrar amor ao próximo, compaixão, com um gesto simples que é a doação.” (D022).

“Eu não vejo nenhuma vantagem, eu faço por amor.” (D027).

“Eu acho que tem que ter uma saúde ótima, tem que ser uma pessoa que tenha amor ao próximo para fazer esse gesto, e uma pessoa que se sinta bem. Esses são os principais [...] é a responsabilidade, vida ao próximo. Até a sua mesmo! E é um gesto assim, de solidariedade, de amor ao próximo. De saber que, através de você, você pode estar salvando vidas longe [...] assim, eu nunca recebi, mas eu acho que é um carinho, um gesto de amor com o próximo. Com o ser humano e com o outro. Poder estar ajudando o próximo sem reconhecer, sem querer nada em troca. Acho que é isso!” (D088).

“Dói um pouco, é inegável! Mas é suportável, e o amor que se coloca ali deixa tudo mais fácil [...] é um gesto de amor incondicional. Tem essa corrente de dar de graça.” (D104).

Apesar de o amor ter sido retratado como uma condição subjetiva, ela foi capaz de ser compartilhada pelos participantes. A retratação do amor pelos doadores evidenciou a sua percepção sobre o cuidado autêntico prestado em seu atendimento, que Watson concebe enquanto um momento de cuidar-curar que transcende os procedimentos realizados¹⁴³.

Diante da análise realizada até agora, ficou a indagação: Tendo o quadro 2, qual a proximidade ou distanciamento que pode ser identificado entre as representações sociais para “doar sangue” e “punção da veia para doar sangue”? Para responder a essa indagação, faz-se necessário retomar ao conteúdo do QSE obtido a partir dos respectivos termos indutores e analisar seus conteúdos.

Isso equivale a dizer que, nesse lócus, estão agrupados os mesmos cognemas, divergindo apenas quanto aos valores de rang e da frequência de evocação. O cognema “sensação-ruim-desconforto” obteve rang de mesmo valor (1.974) para os dois termos indutores, por conseguinte, pode-se afirmar que consistiu em um cognema que foi prontamente evocado pelos participantes, ocupando as primeiras posições entre os cinco termos que foram pronunciados. Com relação à sua frequência, foi observado que esse cognema obteve o mesmo valor, tendo sido evocado 38 vezes.

O cognema a “menor-das-dores” obteve menor valor de rang (2.162), quando evocado a partir do indutor “punção da veia para doar sangue”, o que significa que a dor foi mais prontamente evocada a partir da punção, do que em relação ao ato de doar sangue. Quanto aos valores de frequência, ocorreu o contrário, cabendo mencionar que foi evocado mais vezes (69) quando solicitado o termo indutor “doar sangue”.

Em relação ao cognema “medo-ansiedade”, seu valor de *rang* foi menor, quando induzido o termo referente à punção (2.167), significando que o participante rememora o comportamento de medo mais prontamente nessa associação. O seu valor de frequência foi maior quando solicitado o indutor “doar sangue”, tendo sido evocado 73 vezes.

O cognema “agulha-picada” teve menor valor de *rang* (2.200), quando foi induzido a partir de “doar sangue”, implicando associação mais imediata nesse caso. Foi observado que esse cognema obteve a mesma frequência (55) com relação a ambos os indutores.

O fato de ambas as zonas de núcleos centrais obtidas para os indutores “doar sangue” e “punção da veia para doar sangue” possuírem os mesmos elementos (“sensação-ruim-desconforto” e “medo-ansiedade”, referentes à dimensão comportamental, com atribuição valorativa negativa, “menor-dor”, referente à dimensão valorativa e “agulha-picada”) possibilita afirmar que as RS sobre estes termos indutores são as mesmas¹⁸⁰. Isso equivale a dizer que há os mesmos valores, crenças, opiniões, atitudes e comportamentos atribuídos para o ato de doar sangue e para a punção de veia que o viabiliza.

Embora a análise do QSE seja suficiente para afirmar a semelhança das representações, foi realizada, a seguir, uma avaliação com vistas à identificação da possível aproximação dos demais quadrantes para apontar quais elementos podem ser considerados como sendo compartilhados pelo grupo e quais aqueles que decorrem de peculiaridades individuais.

A análise das zonas de contrastes, ou QIEs dos dois quadros de quatro casas, permitiu evidenciar ocorrência semelhante à constatada nos núcleos centrais. Os QIEs de ambos os quadros também evidenciaram os mesmos cognemas, no entanto, foram observadas diferenças em seus valores de *rang* e frequência de evocação.

Foram obtidos os cognemas “acostumado-sem-medo” e “ajuda-gesto-solidário”, referentes à dimensão comportamental, com atribuição valorativa positiva, e o cognema “ótimo-fácil-importante”, referente à dimensão valorativa das RSs. Já os cognemas “acostumado-sem-medo” e “ótimo-fácil-importante” obtiveram os menores valores de *rang*, quando solicitado o termo “doar sangue” (2.167 e 2.292 respectivamente). Quanto à sua frequência, foi verificado o mesmo valor (24) para ambos os indutores.

O cognema “ajuda-gesto-solidário” obteve o menor valor de *rang* quando foi solicitado o indutor referente à punção de veia (2.441). A frequência obtida foi a mesma (34) para os indutores. Neste caso, é possível afirmar que o comportamento de ajuda é associado mais prontamente à punção realizada, do que ao ato de doação, levando o doador a considerar que ser punccionado é um ato de ajuda ao próximo, conforme ilustrado pela fala do participante D073 a seguir.

“É um ato dolorido que, no final, traz as recompensas, um bem-estar para a gente que está fazendo. E acredito que para a outra pessoa que vá receber essa punção, esse sangue.” (D073).

Com relação à 1ª periferia dos quadros, ou QSD, foi possível verificar que abrigou os mesmos cognemas “dá-prazer-felicidade” e “alívio-tranquilo-suportável”, referentes à dimensão comportamental, com atribuição valorativa de cunho positivo; e “habilidade-competência”, referente à dimensão valorativa, também de cunho positivo. No caso dos dois primeiros cognemas mencionados, seus valores de *rang* mantiveram-se semelhantes (2.600 e 2.630 respectivamente). Os valores de frequência de cada cognema foram os mesmos para ambos os indutores (35, 46 e 35 respectivamente).

A única diferença observada nos QSDs dos dois quadros foi referente ao cognema “habilidade-competência”, que foi mais prontamente evocado quando mencionado o indutor relativo à punção venosa (*rang* 2.657). Tal fato pode ser explicado pela expectativa que o participante apresentou em relação à realização exitosa do processo de punção venosa, conforme ilustrado pela fala do participante D098.

“Então, como eu disse, eu esperava doer, pelo menos um pouquinho! Mas não doeu nada não. Eu esperava uma coisa assim, uma reação. Mas como se diz? Tem medo de agulha, assim. Mas foi bem tranquilo!” (D098.)

Apesar de a 2ª periferia, ou QID, abrigar os elementos menos relevantes da RS, foi possível verificar que a solicitação de ambos os indutores fez com que os participantes evocassem praticamente os mesmos cognemas. Foram mencionados em comum os cognemas “sangue”, referente à dimensão do objeto representacional; “salvar-vida”, “altruísmo-coragem-vontade” e “sinto-bem-satisfação”, relativos à dimensão comportamental, com valoração positiva; “doação”, pertinente à dimensão comportamental, porém sem atribuição valorativa; e “dever-cidadania” e “amor”, referentes à dimensão valorativa das RSs. O cognema “sangue” foi prontamente associado pelos participantes quando solicitado o termo referente à punção (*rang* 2.842), porém sua ocorrência foi maior quanto à doação (20).

Os cognemas “salvar-vida”, “altruísmo-coragem-vontade” e “sinto-bem-satisfação” demonstraram a mesma relevância para ambos os termos indutores, dados os mesmos valores de *rang* e frequência nas evocações dos participantes. Com relação ao cognema “Amor”, esse foi mais prontamente evocado quando mencionada a punção (*rang* 3.364), apesar de ter sido constatada a mesma frequência de evocação para ambos os termos indutores.

A única divergência constatada entre os quadros de quatro casas obtidos a partir dos indutores “doar sangue” e “punção da veia para doar sangue” foi com relação ao cognema “atenção-

profissionais-enfermagem”. Esse cognema foi evocado 32 vezes no caso da doação, no entanto, não houve sua ocorrência entre os termos evocados para o ato de punção.

Tal fato pode ser atribuído pela associação que o participante fez do profissional enfermeiro ao processo global da doação de sangue, enxergando-o para além do momento da realização da punção venosa, exclusivamente. Tal fato pode ser ilustrado pela fala do participante D101.

“O local é muito próprio, o atendimento das pessoas, dos enfermeiros, dos médicos, das pessoas da cantina, da recepção. Você vê felicidade nas pessoas. É um ambiente bom, um ambiente onde eles fazem com felicidade. Para você estar fazendo a doação de sangue.” (D101).

Tendo em vista o ato de doação de sangue ter sido referido pelos participantes como capaz de viabilizar benefícios à sociedade, uma vez que o sangue doado terá fins transfusionais em pessoas que enfrentam situações de instabilidade orgânica, foi considerado que captar a percepção dos participantes sobre o ato de receber permitiu explicitar mais um componente do processo hemoterápico. Nesse sentido, buscando integrar esses resultados à análise que está sendo realizada de forma processual, os resultados sobre “receber sangue” serão abordados a seguir.

A conexão entre doar e receber sangue pode ser ilustrada pelo fragmento de discurso do participante D115, no qual ele faz alusão à epidemia de dengue em curso no país e à necessidade que sentiu em integrar/colaborar com a disponibilização de seu tipo sanguíneo para atender aos apelos que estavam sendo veiculados pelos meios de comunicação local.

“Eu tenho o hábito de doar periodicamente, mas, desta vez, eu recebi um comunicado que o meu tipo sanguíneo estava em baixa. E eu acredito que, por causa destas doenças que estão em epidemia e precisam de transfusão ... como a dengue. O meu pensamento foi de ajudar nesse sentido [...] nesse período difícil que nós estamos passando.” (D115).

O quadro de quatro casas apresentado a seguir correspondeu à construção proveniente de elementos obtidos a partir da evocação induzida pelo termo “receber sangue” (**Quadro 3**).

Quadro 3: Quadro de quatro casas gerado a partir das evocações com doadores de sangue a partir do termo indutor “receber sangue”. Juiz de Fora, Set/2016.

		RECEBER SANGUE					
		Rang<2,5			Rang>2,5		
Freq Média ≥35	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME	
	Agradecer	67	1.896	Vida	51	2.569	
	Precisar-necessitar	73	1.986	Amor	83	2.590	
	Ajuda	49	2.245	Oportunidade	42	2.833	
	Situação-circunstância	38	2.289				
Freq Média 16 a <34	Salvar	27	2.185	Satisfação-felicidade	29	2.724	
	Bem	23	2.304	Saúde	29	2.931	
	Angústia	23	2.435				
	Alegria	17	2.471				

Fonte: Dados gerados pelo programa EVOC.

Nota das autoras: Rang: Média do valor de ordem média de evocação (OME); OME: ordem em que os cognemas foram evocados pelos participantes.

A análise do QSE permitiu evidenciar como elementos simbólicos que compõem o provável núcleo central da representação social dos doadores para o termo indutor “receber sangue” os seguintes cognemas: “agradecer”, “precisar-necessitar” e “ajuda”, que se referem à dimensão comportamental; e “situação-circunstância” concernente à dimensão da informação contida nas representações dos doadores sobre o ato de receber uma transfusão de sangue.

O cognema “agradecer” surgiu nas falas dos participantes, no contexto em que ocorre a transfusão de sangue, como um comportamento que se presume que pessoas que receberam transfusão assumam diante da efetivação do ato de doação de sangue.

“Pessoas felizes [...] agradecer [...] pessoas que precisavam de sangue e receberam. E podem agradecer.” (D049).

“Gratidão, por quem se disponibilizou para doar.” (D185).

A questão da gratidão sobre o recebimento de sangue é baseada no pensamento compartilhado socialmente de que o sangue doado consiste em um bem de usufruto comum aos cidadãos²³⁴. A concessão de uma transfusão trata de algo, que ao ser obtido, desencadeia o comportamento de gratidão por quem o recebe, na visão dos participantes.

Foi possível perceber que este comportamento de gratidão do receptor de sangue será capaz de ser interpretado como algo marcante, ao ponto de a pessoa conservar esta memória ao longo de sua vida, retratando-a posteriormente.

“Gratidão que não tem preço, para o resto da vida.” (D017).

“É uma gratidão que a pessoa vai ter para o resto da vida.” (D023).

“Porque, se eu estou recebendo, eu penso que alguma pessoa generosa teve o tempo para doar, e que esse sangue vai me ajudar a me sentir melhor e eu vou ser eternamente grata.” (D106).

Nesse sentido, os participantes referiram que, se eles se encontrassem em situação de necessidade de sangue, assumiriam o comportamento de agradecer, ao receberem a transfusão. Foi possível perceber uma relação de reciprocidade entre a solidariedade envolvida no ato de doação e de transfusão.

“Gratidão, como eu tive e espero que tenham comigo também.” (D192).

“Em agradecer a essa pessoa que doou. Eu faço o mesmo por outra pessoa, ela faz o mesmo por mim.” (D162).

“Gratidão pela pessoa que doou para mim, que disponibilizou o sangue para mim.” (D008).

“Agradecer e, se precisar, saber que o que eu fiz, um dia, alguém poderá fazer por mim.” (D045).

A solidariedade autêntica consiste em uma superação de vínculos com princípios que pregam a piedade pelo indivíduo que o coloca em uma posição inferiorizada em relação aquele que é compassivo. Nesse sentido, um comportamento genuinamente solidário confere a igualdade de condições entre as pessoas²³⁵.

Apesar de os participantes terem referido que seriam capazes de se sentirem gratos, no caso de conseguirem uma transfusão de sangue, eles manifestaram o desejo de não vivenciar esta situação, pela negação dessa possibilidade.

“No caso, eu nunca precisei, mas, se eu precisasse, eu agradeceria muito de ter alguém que também não me conhece, mas me ajudou. É um gesto de carinho, eu agradeceria muito se precisasse um dia.” (D026).

“Mas, se eu precisar, eu tenho que agradecer que alguém pôde deixar lá. Não sei se é imagem, mas eu não quero chegar no momento em que eu precise de receber. Deve ser muito ruim! Mas, se eu precisar, eu tenho que agradecer que alguém pôde deixar lá.” (D032).

Tal fato pode ser atribuído às mensagens veiculadas acerca da transfusão, que busca sensibilizar o doador, a partir da divulgação de informações sobre o estado de saúde debilitado daqueles que se encontram em situação de necessidade de receber sangue²²⁶.

Outro motivo para a evidência do cognema “agradecer” foi atribuído ao fato de o doador desfrutar de condição saudável, que lhe permite doar sangue. Assim, seu sangue é capaz de ser oferecido para que outra pessoa o receba.

“Eu acho que é a vontade de ajudar o próximo, mesmo. De ver alguém precisar, e você, graças a Deus, estar saudável e poder ajudar. É isso! De você estar vindo doar e saber que você está saudável. Então é um motivo de agradecer. Então vem doar, fazer essa compaixão, esse ato de amor ao próximo.” (D060).

Há evidências que discutem que o comportamento de gratidão do receptor de sangue pode ser desencadeado em virtude de o doador ter realizado a doação espontaneamente, uma vez que, em nosso país, não há nenhum tipo de remuneração material para quem o doa²³¹.

O cognema “precisar-necessitar” surgiu devido ao participante associar o recebimento de sangue às pessoas que estão em situação de necessidade.

“Eu acho que já falei, eu sei que vou salvar a vida de pessoas que vão precisar.” (D027)

Outras necessidades de recebimento de sangue evidenciadas pelo participante demonstram o seu conhecimento sobre os fatores condicionantes do ato de doação e a questão da escassez de tipos ditos “raros”.

“A questão do meu peso, do meu sangue ser O negativo e as pessoas precisarem dele, por eu ser jovem.” (D179).

O fato de o participante possuir vínculo afetivo com alguém que já necessitou receber sangue foi referido como algo marcante para ele, levando-o a refletir sobre a possibilidade de doar, sendo um fator modificador de seu comportamento.

“Que um dia eu posso precisar, alguém da minha família, como já precisou. Eu vim através do meu tio.” (D077).

“Salvamento de vida, igual o meu tio que faleceu de câncer, e a gente veio doar para ele. Se ele não tivesse recebido, provavelmente teria vivido bem menos. Ele fez operação e precisou, igual a gente que anda moto também está sujeito a cair e precisar de receber. É isso mesmo, salvamento de vidas.” (D105).

Há evidências que concluíram achados semelhantes aos da presente investigação, no sentido de demonstrarem que os doadores de sangue de um município gaúcho mostrou-se sensibilizada para doar a partir de vivenciarem a necessidade de pessoas próximas a eles²³⁶.

Foi evidenciado que, ao participante cogitar a possibilidade de vir a precisar de sangue em uma ocasião futura, ele se sentiu motivado a doar. Apesar de ser uma condição incerta, os doadores manifestaram que esta barganha pode ser capaz de lhes garantir a aquisição do sangue, caso necessário.

“Você, doando, alimenta a esperança de que, se você precisar, você vai ter.” (D160).

“Porque o meu tipo é raro, O negativo. Eu doo para qualquer pessoa, mas é difícil de achar. Ai eu penso, se precisarem, eu doo para qualquer um. Mas, se eu precisar e achar alguém que faça isso por mim, sem me conhecer, eu vou ficar muito feliz.” (D031).

“A felicidade do próximo, eu vou ajudar alguém que precise. E a gente não sabe o dia de amanhã, eu posso precisar e vir alguém que me ajude.” (D015).

“Eu nunca passei por isso. Mas, se caso algum dia eu precisar de sangue, eu espero que tenha para mim. O sangue vai me ajudar a sobreviver, vai me dar mais força.” (D027).

Ainda com relação à barganha, os participantes referiram que, ao se negarem a doar sangue enquanto possuem condições para tal, estarão agindo de forma desfavorável para receberem uma transfusão quando for necessário. Percebeu-se que a preocupação com a possibilidade de virem a precisar de uma transfusão os levou a adotar o comportamento de doação.

“A pessoa que está sempre disposta a ajudar, possivelmente quando precisar, outras pessoas a ajudarão. Se eu fecho o meu coração e digo que não vou doar por medo, ou porque eu não quero, possivelmente, quando eu precisar, ninguém vai me ajudar. Isso é questão de semear.” (D030).

“Tem pessoas que não gostam de doar, mas logo precisam pensar que podem precisar também.” (D167).

Se, por um lado, alguns participantes demonstraram que a preocupação com uma necessidade futura de receber sangue os levou a doarem sangue enquanto estão saudáveis, por outro lado, os doadores também evidenciaram que o comportamento de caráter solidário foi capaz de motivá-los.

“Ajudar o próximo sem pensar no retorno. E se, algum dia, você também precisar, aí, é com o destino.” (D014).

“Eu doo, porque penso que alguém vai precisar depois. Independente de quem seja. Só isso!” (D162).

“Eu já doo sangue, é a 25ª vez! Eu sou voluntário e ajuda muito para quem precisar.” (D019).

A solidariedade mostra-se como um valor de fundamentação equânime, no qual há o compartilhamento da preocupação de se ter condições de igualdade, que são capazes de promover a dignidade do ser humano. A vivência do sofrimento deve ser um motivador de atitudes de caráter solidário²³⁷.

O cognema “ajuda” foi referido pelos participantes ao terem rememorado a situação de necessidade vivenciada por algum familiar. O fato de terem vínculo com a pessoa intensificou a percepção da ajuda prestada.

“Já, a mãe de um colega meu estava precisando, mas, na época, eu não pude ir e juntaram uns colegas para ajudar. Eu acho que ela recebeu.” (D007).

“O cara está lá precisando, então vou lá para dar uma ajuda. Independente do tipo sanguíneo, vou lá para poder repor. Acontece muito assim, a mãe de um amigo meu faleceu por causa de doação. Eu vim doar para ela na época, mas foram poucas pessoas que vieram.” (D082).

“Minha mãe precisou de receber, lá no hospital em que ela ficou internada. Inclusive da outra vez que eu vim, era para uma pessoa específica. Nós viemos em um grupo de cinco pessoas e só duas puderam ajudar.” (D038).

“Meu pai ter recebido sangue após uma cirurgia e eu me sentir na obrigação de ajudar e retribuir um bem que alguém fez a ele. É uma questão de consciência mesmo, compromisso.” (D195).

“Teve uma prima de 3º grau que teve leucemia, e eu me senti melhor ainda por estar ajudando alguém que eu conhecia.” (D013).

Em contrapartida, outros fragmentos de falas dos participantes evidenciaram que não é necessário ter vínculo com quem está recebendo sangue. A ajuda potencial que o sangue pode oferecer a quem o recebe foi ilustrada pelas falas a seguir.

“Tem muita gente no hospital precisando receber sangue, e você participar acaba ajudando os outros.” (D151).

“Ajuda as pessoas que necessitam, não só por ser pai do meu amigo. Muitas pessoas precisam.” (D163).

“Eu doo com a perspectiva de que este sangue virá para ajudar alguém.” (D194).

Os participantes foram capazes de reconhecerem que, caso venham a necessitar de sangue, também estarão sendo ajudados. Nesse sentido, ficou perceptível a questão da reciprocidade presumida que o ato de doação lhes proporciona, assegurando sua transfusão, caso seja necessária.

“Eu penso que seria muito bom se eu precisasse e tivesse alguém que pudesse me ajudar da mesma forma.” (D157).

“E, se um dia eu precisar, eu acho que outra pessoa vai me ajudar.” (D009).

“Se eu fiz, agora estou recebendo [...] se um dia eu precisar, fico feliz! Porque eu compartilhei e espero ser ajudado.” (D034).

“De eu dizer obrigado! Se eu puder, se eu souber quem está doando e ajudando, de dizer um obrigado!” (D085).

A percepção que os doadores de sangue possuem sobre a reciprocidade dos benefícios do recebimento de uma transfusão foram evidenciados como capazes de levá-los a aderir à doação, caracterizando-o inclusive, como o alcance de uma dádiva²³⁴.

A ajuda prestada a quem recebe o sangue foi retratada pelos participantes como algo simples que não onera o doador e que deveria consistir em “obrigação”. No entanto, o participante reconhece que, para ajudar, é necessário algum esforço da parte do doador de sangue.

“Eu olho se alguém precisa, para eu ajudar de uma maneira simples, não custa nada.” (D015).

“Ajudar as pessoas em benefício da vida, eu acho que é uma obrigação.” (D112).

“Que alguém salvou a minha vida e está tirando um tempinho para me ajudar.” (D133).

A citação do aspecto obrigatório do ato retratou uma limitação no entendimento que o participante possui sobre o ato de doação de sangue, apesar da divulgação de informações que ressaltam o aspecto solidário desse ato.

Tal limitação pode ser compreendida pela forma como os comportamentos solidários são transmitidos, retratando dimensões unilaterais da solidariedade, distanciando-se de sua concepção real de horizontalização e igualdade entre as pessoas²³⁵.

Ao pensar na possibilidade de necessitar de ajuda, pelo recebimento de sangue, o participante demonstrou um sentimento de tristeza. A possibilidade de necessitar de sangue foi atribuída a algum processo patológico que possa debilitado, desencadeando o sentimento negativo.

“Tristeza, porque eu vou estar doente... ou com algum problema de saúde. É muito melhor ajudar do que você precisar de ajuda.” (D037).

O reflexo da tristeza na fala do participante D037 retratou a desestabilidade energética que é capaz de interferir no estado de saúde do usuário. Nesse sentido, o cuidar-curar possibilita o restabelecimento seu campo energético, a partir da assistência autêntica prestada pelo enfermeiro¹⁴³.

Evidências na literatura demonstraram o perfil de receptores de sangue de uma UTI, associando a ocorrência de desfechos desfavoráveis, tais como maior permanência no setor, tempo de ventilação mecânica prolongado e ocorrência de óbito nestes usuários à transfusão de sangue¹³¹.

Conforme apresentado na caracterização sociodemográfica dos participantes, mais de 98% deles negou ter recebido transfusão de sangue anteriormente. Este distanciamento dos participantes do recebimento de sangue foi reforçado por suas falas, nas quais negaram ter sequer conhecido alguém que tenha necessitado. No entanto, a ajuda foi novamente percebida e mencionada.

“Eu nunca precisei, mas deve vir satisfação saber que há alguém disposto a te ajudar.” (D121).

“Eu nunca precisei ou conheci alguém que precisou. Mas eu penso que a pessoa está sendo ajudada.” (D114).

O cognema “situação-circunstância” conteve os contextos percebidos pelos participantes, nos quais ocorre o recebimento do sangue. Ficou evidenciado o conhecimento do participante sobre as condições desfavoráveis que podem envolver o receptor, conforme ilustra a fala do participante D022.

“Normalmente quem recebe está em uma situação mais complicada.” (D022).

A ausência de contato prévio com a transfusão de sangue fez com que os participantes considerassem “difícil”, e até amedrontador, recordar fatos referentes à temática do recebimento. No entanto, foram mencionados o sentimento de esperança em conseguir sangue, da melhora alcançada do estado de saúde e da “sorte” pela possibilidade de realizar a transfusão.

“É difícil, porque a gente não se encontra nessa situação no momento. Mas eu espero que eu encontre uma pessoa como eu, para me doar. Com o mesmo pensamento que eu tenho de doar. Não pensar no benefício próprio.” (D074).

“Receber?! Falar sobre alguma coisa de que a gente nunca precisou é difícil! Eu penso em uma situação de necessidade, no caso. De estar recebendo uma doação de uma pessoa que a gente nem sempre conhece. Sempre no ato de melhoria, estar melhorando.” (D137).

“Penso em medo! Mas, muita sorte pela pessoa que fez esse ato. Porque deve ser terrível você estar em uma situação de saúde debilitada, e não ter sangue para te ajudar, por falta de bolsa de sangue.” (D135).

“Ainda não pensei, não me imaginei passando pela situação, graças a Deus! Até hoje, eu nunca precisei. Mas eu acho que seria um misto de desespero, por você estar doente e dependendo de alguém. Com esperança de aparecer alguém para poder doar o que você precisa.” (D127).

Uma vez que o cuidar-curar transpessoal possibilita a restauração do campo energético do usuário, o enfrentamento de situações desfavoráveis como os tratamentos de saúde, serão melhorados¹⁴³.

Foram relatadas situações de necessidade de pessoas próximas ao participante que, atendendo a uma solicitação, adotou o comportamento de doação, no intuito de auxiliá-las.

“Não, ligaram para mim. O colega está internado no hospital e não sei como está a situação dele. Mas eu vim por isso.” (D003).

O participante D100 foi capaz de mencionar ainda a ocorrência de situação positiva para o receptor de sangue e seus familiares, percebida pelo alívio aparente que a notícia da obtenção do sangue pode ocasionar em quem precisa. Sua fala evidenciou que, apesar de não possuir a vivência, presume que será bem-recebida.

“A imagem [...] eu vejo uma pessoa que está doente com felicidade, alegre de saber que teve alguém que foi lá, e fez alguma coisa por ela. Imagino [...] eu até tentei conseguir o telefone da mãe da criança que estava precisando do sangue e não consegui. Mais porque eu queria ligar para ela e falar: ‘Olha, eu sou AB negativo e vou lá doar para sua filha!’ Para que ela tivesse uma noite tranquila! Porque eu não sei qual que é a situação, entendeu? Imagino que, se a pessoa está precisando de sangue, a partir do momento que ela sabe que vai ter alguém que vai lá fazer aquilo, a pessoa vai ficar mais tranquila, né? É uma esperança, por isso que [...] é isso!” (D100).

A análise do QIE evidenciou os seguintes cognemas: “salvar” e “alegria”, referentes à dimensão comportamental, com atribuição valorativa positiva; “angústia”, também inerente à dimensão comportamental, mas com atribuição valorativa negativa; e “bem”, enquanto um elemento da dimensão valorativa, de cunho positivo.

No contexto do recebimento de sangue, o cognema “salvar” surgiu em decorrência de o participante compreender a transfusão sanguínea como algo capaz de oferecer “chance” de recuperação da saúde. Ao se colocar na situação de receptor, os participantes manifestaram suas expectativas sobre conseguir a transfusão, caso precisem, colocando-se na posição de pessoas “salvas”.

“Se eu tiver que receber, embora eu nunca tenha precisado [...] é justamente da pessoa estar dando um pouco de si para, se necessário, salvar a minha vida. No caso, sobre esse momento, é isso o que eu penso.” (D090).

“Que exista alguém como eu, que possa doar sangue para me salvar.” (D142).

O princípio da autonomia dos usuários dos serviços de saúde prevê que sejam capazes de decidirem sobre as condutas terapêuticas recomendadas para seu tratamento, incluindo a transfusão de sangue²³⁸. A partir do momento em que os usuários em situação de recebimento de sangue compreendam as suas aplicações terapêuticas, entenderão efetivamente as chances viabilizadas.

No caso de os participantes pensarem na perspectiva de outras pessoas em situação de recebimento de sangue, foi evidenciado que o ato de “salvar” é capaz de gerar comportamentos de valor positivo, tais como a gratidão e a felicidade, conforme ilustrado nas falas dos participantes D036 e D095.

“Gratificação, muita gente fica eternamente grata. Eles estão recebendo uma chance de salvar a vida.” (D036).

“Salvação. Acho que é uma coisa que espero poder salvar, espero poder ajudar. Espero poder ver uma pessoa feliz, de alguma maneira recebendo o sangue e resolvendo o problema dela. Acho que é isso! Acho que é essa imagem, assim.” (D095).

O fato de alguém próximo aos participantes ter necessitado de doação de sangue lhes possibilitou exemplificar como uma situação pontual o “salvamento” desta pessoa.

“Salvação de vida, igual o meu tio que faleceu de câncer, e a gente veio doar para ele. Se ele não tivesse recebido, provavelmente teria vivido bem menos. Ele fez

operação e precisou, igual a gente que anda moto também está sujeito a cair e precisar de receber. É isso mesmo, salvação de vidas.” (D105).

O cognema “alegria” foi expressado pelos participantes em duas circunstâncias, como algo decorrente do recebimento de sangue. Na primeira, eles se colocaram como alguém favorecido por receber o sangue, e, na segunda, como sentimento desencadeado por outra pessoa ter conseguido a transfusão.

“Não só de alegria, mas o pensamento de que você foi agraciado por alguém a entregar não somente o sangue, mas diversas outras coisas.” (D116).

“A alegria de saber que existem pessoas disposta a nos ajudar.” (D146).

“Alegria pela pessoa que recebeu.” (D117).

O comportamento de “angústia” foi atribuído pelos participantes a algo decorrente da dependência e limitação que a necessidade de receber sangue impõe às pessoas. Os participantes expressaram a angústia e o desespero inerentes a esta dependência, tratando-se de outra pessoa ou de si próprios.

“A obrigação de ajudar a pessoa [...] a necessidade cria um desespero, porque ela precisa muito mais desse favor nosso, do que a gente quando vai fazer a doação.” (D002).

“Mas eu acho que seria um misto de desespero, por você estar doente e dependendo de alguém. Com esperança de aparecer alguém para poder doar o que você precisa.” (D127).

Apesar de os participantes admitirem a possibilidade de receber sangue, eles expressaram o desejo de não vivenciarem esta situação, em virtude do desencadeamento do comportamento angustiante ocasionado por ela.

“Espero que eu não precise, deve ser uma coisa desesperadora, uma imagem de sofrimento mesmo.” (D033).

“Doença, sofrimento, dor... Mas eu não quero precisar de receber não.” (D042).

“Espero que eu não precise, deve ser uma coisa desesperadora, uma imagem de sofrimento mesmo. As propagandas na televisão são sempre muito apelativas mesmo.” (D033).

Os participantes expuseram que o comportamento de “angústia” pode ser estendido à família da pessoa que recebe o sangue, pelo vínculo existente entre eles, conforme mencionado anteriormente. Tal comportamento foi referido como capaz de motivar pessoas a doarem sangue.

“Geralmente eu penso na família da pessoa que está precisando, no desespero da pessoa.” (D029).

“Quando você sabe da necessidade que tem em receber sangue, a angústia deve ser muito grande antes de você receber. Eu penso na família.” (D019).

“Desespero! Não que elas estejam desesperadas, né? Mas para ajudar um familiar, ajudar alguém. Então vem doar.” (D063).

O cognema “bem” foi referido pelos participantes como a consequência ocasionada pelas possibilidades terapêuticas que a transfusão sanguínea oferece. Os participantes mencionaram situações nas quais pessoas que receberam o sangue foram recuperadas, mostrando assim a sua percepção.

“Mas teve uma paciente que precisou, ela precisou por muito tempo e teve uma hemorragia muito feia no intestino. Ela recebeu o sangue, ficou um tempo mais internada e reagiu bem.” (D005).

“O avô da minha namorada que precisou... e pode até dizer que não tem sangue dele mesmo, é tudo trocado! Ele conseguiu a transfusão e está bem. Mas o bom, é quando tem, que você sabe que tem mais um dia para sobreviver!” (D009).

Apesar de os participantes perceberem o ato de doação como algo gerador de benefícios para si, o bem oferecido para aquelas pessoas que receberão o sangue mostrou-se como algo que sobressai.

“Se você estiver pensando só em você mesmo, consegue exame de sangue e o controle da sua saúde. Mas o benefício maior é de quem recebe.” (D164).

“O benefício é para o próximo, mas é gratificante. É um gesto de carinho!” (D026).

“Saber que deu certo, que o sangue vai ser utilizado aonde precisa, para quem precisa, é bom demais!” (D038).

Em virtude de o participante considerar a incerteza, caso venha a vivenciar situação de recebimento de sangue, a concretização desse ato foi referida como um bem possibilitado pela atitude de doadores.

“A necessidade! E que bom que tem alguém que possa estar me ajudando.” (D012).

“Deus existe! E que bom que a gente pode receber e ter alguém para doar para a gente!” (D146).

“Eu penso na minha família e em como seria bom achar uma pessoa que tivesse o mesmo tipo de sangue que o meu e estivesse disposta, sem me conhecer, a me ajudar.” (D031).

“Muita gratidão, muito bom! Não sei de onde veio o sangue, mas está me ajudando muito!” (D141).

O fato de a maioria dos participantes não ter experienciado o recebimento de sangue evidenciou o seu distanciamento da transfusão. Apesar disso, a imagem percebida pelo recebimento do sangue foi presumida como algo bom.

“Deve ser bom, né? Sei lá... uma imagem de esperança, não vem muita coisa na cabeça não.” (D165).

“Muito bom também! Apesar de que eu nunca recebi sangue, mas deve ser uma sensação muito boa!” (D053).

A análise do QSD, ou 1ª perifeira, identificou os cognemas “vida” e “amor” como componentes da dimensão valorativa, com atribuição positiva, e “oportunidade” inerente à dimensão informativa das representações. O cognema “vida” surgiu nas falas dos participantes como um fim esperado do recebimento de sangue. Ficou evidenciado o conhecimento que os participantes possuem, em virtude de estarem em processo de formação na área da saúde, ou por terem adquirido informações, a exemplo da variação de tipos sanguíneos e da escassez dos mesmos.

“Na faculdade, ao ter que fazer o estágio, você vê muita gente precisando e o que representa para a família. A esperança de vida dos pacientes Eu sou doadora de medula também, trabalhei muito tempo com pacientes que precisavam de transplante, então é isso..” (D161).

“Saúde, vidas, o mundo crescer mais. Não morrer tanta gente quanto está morrendo. O Brasil está precisando de muito sangue.” (D039).

“As contingências da vida. Várias pessoas que tem vários tipos de sangue. Com certeza, é um fator crítico para que eu pense se teria o meu tipo disponível, caso eu precisasse.” (D190).

A “vida” foi mencionada pelos participantes como algo capaz de ser prolongado pelo ato de recebimento de sangue, ou pelas oportunidades terapêuticas que ocasiona ao receptor.

“O fato de que alguém impossibilitado terá uma oportunidade de viver mais.” (D191).

“Esperança de vida! É isso!” (D001).

“Esperança de vida para quem está precisando.” (D007).

“Continuar vivendo, continuar minha vida.” (D054).

A “vida” própria dos participantes foi referida como algo que envolve incerteza quanto às possibilidades de a pessoa vir a necessitar de receber sangue, as quais se mostraram capazes de influenciar o comportamento do participante, levando-o à doação.

“A gente não sabe da nossa vida amanhã, podemos precisar. Eu penso assim, eu gosto de doar porque eu estou ajudando alguém. Não fico me questionando muito a respeito.” (D028).

O cognema “vida” surgiu também contextualizado como algo beneficiado pela oferta do sangue a pessoas que estejam em situação de recebê-lo. Nesse sentido, faz referência à coletividade, que pode ser favorecida ao passo que as demandas dessas pessoas sejam atendidas.

“Ajudar as pessoas em benefício da vida, eu acho que é uma obrigação.” (D112).

A análise do QID, ou 2ª periferia, identificou os cognemas “satisfação-felicidade”, referente à dimensão comportamental, com atribuição valorativa positiva, e “saúde”, enquanto um elemento inerente à dimensão informativa das representações. O cognema “satisfação-felicidade”, no contexto do recebimento de sangue, fez menção aos benefícios alcançados, em virtude de representar um aspecto presumido pelo participante. Apesar de o participante ter manifestado o seu distanciamento do ato de receber o sangue, deixaram claro que a satisfação e a felicidade gerada por recebê-lo devem ser compreendidas como mútuas pela população, reforçando o caráter solidário da doação.

“Eu nunca precisei, mas deve vir satisfação saber que há alguém disposto a te ajudar.” (D121).

“Nunca pensei em receber, eu penso sempre em doar. Quem doa ganha mais do que quem está recebendo, esse é meu ponto de vista. Satisfação mútua.” (D030).

“Que, assim como eu fiz por outras pessoas, tem alguém que foi lá e fez por mim, entendeu? Acho que a felicidade deve ser imensa. A mesma coisa é um doador de medula, quando encontra um compatível. Olha a esperança que é para a pessoa! Você está no meio da escuridão e aparece uma luz para você, um fiapo de luz, mas

é uma luz! A imagem, eu vejo uma pessoa que está doente com felicidade, alegre de saber que teve alguém que foi lá e fez alguma coisa por ele. Imagino!” (D100).

“Eu acho que deve ser uma felicidade imensa, você estar precisando e aparecer um sangue de alguém que você nem conhece, mas pode te salvar.” (D023).

O participante mencionou o comportamento de felicidade em decorrência da memória imagética acessada pelo termo indutor “receber sangue”. Ele foi capaz de presumir a felicidade como uma consequência do recebimento de sangue.

“A primeira coisa que passa é a felicidade da pessoa que vai receber o sangue que você doou. Uma pessoa no leito feliz quando essa bolsa chega.” (D116).

O cognema “saúde” foi atribuído pelos participantes com referência aos conhecimentos de que dispõem sobre a temática do recebimento de sangue. Os participantes foram capazes de expressar informações sobre as possibilidades terapêuticas do emprego do sangue.

“Vida, saúde, acho que ajuda a mudar alguém. Conseguir passar do momento de doença, recuperar.” (D144).

“Uma pessoa que está recebendo o sangue e está melhor. Está disposta a ficar saudável de novo.” (D155).

O conteúdo imagético dos participantes sobre receber sangue também ficou expresso pela menção de “sorriso”, que ficou associado ao comportamento de felicidade atribuído à pessoa que recebe o sangue.

“Eu penso no sorriso, porque vai fazer bem para a pessoa. Ela vai ficar feliz e saudável!” (D025)

O participante foi capaz de evidenciar outra dimensão de conhecimentos sobre receber sangue, com base em memórias de experiências vivenciadas com familiares. No caso do participante D014, tratava-se de seu avô, que havia enfrentado uma situação de transfusão sanguínea anteriormente.

“Meu avô tinha um problema de saúde e ele teve um acidente onde sofreu um corte, perdeu muito sangue e precisou de repor imediatamente. O sangue dele era difícil de achar, ele penou um pouco. Mas deu tudo certo! Ele faleceu tem pouco tempo, mas, em relação à transfusão, foi tudo certo.” (D014)

Outro aspecto referente ao conhecimento dos participantes sobre a saúde no contexto do recebimento de sangue diz respeito ao seu distanciamento desse processo. Este foi uma limitação de suas informações, uma vez que a ausência de vivência com a transfusão não suscita no participante a possibilidade de vir a necessitar de sangue. Portanto, se o participante mencionou a possibilidade de vir a necessitar de sangue como um fator modificador de comportamento, caso não admita essa possibilidade e reflita sobre ela, seu comportamento pode permanecer inalterado.

“Na verdade, eu nunca pensei nisso, sobre receber sangue. Eu acho que não é uma coisa que a gente pensa muito, principalmente quando a gente é saudável e nunca teve problema nenhum de saúde. Então, acho que eu nunca parei para pensar. Talvez eu pense agora, deixa eu imaginar aqui.” (D076).

Tendo sido apresentados os resultados e discussões sobre as representações sociais de profissionais de saúde que punçionam vasos e doadores de sangue sobre o processo de punção venosa realizada em hemoterapia, deu-se sequência na apresentação dos resultados passando para a abordagem seguinte, a coorte.

5.3 COORTE COM DOADORES DE SANGUE EM UM HEMOCENTRO

O acompanhamento do processo de punção venosa periférica desempenhado com fins de coleta de sangue para doação e da evolução do sítio de inserção dos cateteres de pessoas doadoras obtido pela coorte prospectiva será descrito a seguir. A caracterização dos participantes da coorte consta da **Tabela 1**. A caracterização dos participantes da coorte constam da **Tabela 1**.

Tabela 1: Caracterização dos participantes segundo gênero, razão da doação, cor da pele declarada, idade e duração da coleta de sangue para doação. Juiz de Fora, set/2016.

Gênero	n	%	Razão da doação	n	%	
Feminino	73	48,7	Demanda espontânea	119	79,3	
Masculino	77	51,3	Demanda requisitada	29	19,3	
Total			Demanda conjugada	1	0,7	
Cor da pele declarada			Não respondeu	1	0,7	
Branca	85	56,7	Total	150	100,0	
Parda	45	30				
Negra	17	11,3				
Total	150	100				
Variável	Média	Md	Desvio Padrão	IC (95%)		Variância
				Min	Max	
Idade	30,65	29	10,727	18	76	4,846
Duração coleta de sangue (minutos)	7'46"	6'28"		4'07"	12'	7'53"
Duração coorte (dias)	2,06	2		2	3	1

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Participaram 150 doadores de sangue assim caracterizados do ponto de vista socioeconômico: 51,3% eram homens; com idade média de 37 anos (variabilidade de 18 a 76 anos); 56,7% declararam-se brancos; 52,7% referiram ser solteiros; 21,3% informaram como profissão ser estudantes; com média de escolaridade de 11,63 anos; 53,3% referiram ser católicos; a média de renda foi de 5,55 salários mínimos e 61,3% não tinham filhos.

Tabela 2: Relação de profissões informadas pelos doadores de sangue num hemocentro.

Profissão	n	%
Administrador	5	3,3
Advogado	4	2,6
Agente penitenciário	3	2
Ajudante	1	0,7
Analista	3	2,1
Aposentado	2	1,3
Arquiteto	1	0,7
Assistente social	1	0,7
Assessor pedagógico	1	0,7
Atendente	3	2
Autônomo	2	1,3
Auxiliar operacional	2	1,3
Bombeiro	2	1,3
Cabelereira	1	0,7
Caixa	2	1,3
Caminhoneiro	1	0,7
Cervejeiro	1	0,7
Cobrador	2	1,3
Comerciante	1	0,7
Corretor imobiliário	1	0,7
Cuidador	1	0,7
Dentista	1	0,7
Desempregado	1	0,7
Do lar	5	3,3
Eletricista	2	1,3
Empresário	3	2
Enfermeira	1	0,7
Estagiário	3	2
Esteticista	1	0,7
Estudante	30	18
Funcionário público	2	1,3
Fiscal	1	0,7
Fisioterapeuta	1	0,7
Gerente	2	1,3
Instrutor de trânsito	1	0,7
Jardineiro	1	0,7
Jornalista	1	0,7
Montador	1	0,7
Manipulador	1	0,7
Médico	1	0,7
Militar	6	4
Motorista	2	1,3
Não trabalha	1	0,7
Nutricionista	1	0,7
Operador	4	2,6
Pedreiro	4	2,7
Policial	1	0,7
Professor	3	2

Projetista	1	0,7
Psicólogo	1	0,7
Recepcionista	1	0,7
Representante	3	2
Saladeira	1	0,7
Secretário	1	0,7
Serviços gerais	1	0,7
Segurança	1	0,7
Técnico	8	5,6
Telemarketing	1	0,7
Vendedor	7	4,9
Vigilante	3	2
Total	150	100

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS®.

O perfil sociodemográfico desses participantes foi corroborado por evidências da literatura que apontaram como perfil prevalente de doadores de sangue, referente ao ano de 2011: 83,6% de homens, 60,9% na faixa etária acima de 29 anos e ensino médio como nível de escolaridade de 44,5% dos entrevistados²³⁹.

O perfil de saúde e os requisitos para doação de sangue estão descritos a seguir. Quanto às rotinas e hábitos relacionados à saúde, 52,7% referiram realizar exames periódicos de saúde; 96,7% não eram tabagistas; 60% bebiam socialmente e 81,3% não possuíam ou não realizaram tatuagens no período inferior a 12 meses.

Em virtude de ser exigido do doador de sangue o atendimento de critérios de saúde mínimos, que não impliquem o comprometimento de sua saúde ou a do receptor, foram constatados os valores médios de hemoglobina de 14,8 g/dL, e pressão arterial de 117x76 mmHg. A justificativa para a apresentação dos valores encontrados referentes à hemoglobina e à pressão arterial dos doadores foi de os mesmos não constarem das pesquisas consultadas sobre os perfis de doadores de sangue²³⁹; 240.

Quanto ao perfil de doação, 79,3% referiram doar sangue por iniciativa própria, e 19,3% referiram aderir a esse procedimento em decorrência de alguma solicitação a exemplo de convocação via hemocentro ou por solicitação de familiares.

Foram evidenciados achados discordantes na literatura, nos quais a razão de doação prevalente em 64,7% dos participantes, foi atribuída à doação para fins de reposição²³⁹.

Quanto ao perfil de doação, 79,3% referiram doar sangue por iniciativa própria, e 19,3% declararam aderir a esse procedimento em decorrência de alguma solicitação, a exemplo de convocação via hemocentro ou por pedido de familiares. Foram evidenciados achados discordantes na literatura, nos quais a razão de doação prevalente em 64,7% dos participantes foi atribuída à doação para fins de reposição²³⁸. Esta é legalmente concebida como um ato motivado por um doador de sangue a fim de atender à necessidade de alguém específico, informando isso à instituição no

momento do atendimento. Este ato pode ser decorrente de motivação institucional, familiar ou por amizade à pessoa que necessita da transfusão⁷.

Dos participantes, 38,7% referiram ter tipo sanguíneo do fator O e Rh positivo; 68,7% doaram 450 mL de sangue (volume máximo estipulado para uma doação), 56,7% afirmaram doar sangue com periodicidade e apenas 4% haviam utilizando o serviço de agendamento para a doação disponibilizado pela instituição.

Uma pesquisa realizada no ano de 2011 evidenciou a prevalência de 77% de doadores periódicos e 44,5% com tipo sanguíneo do fator O e Rh positivo²³⁹. Outra investigação realizada sobre o perfil epidemiológico, hematológico e imunossorológico de doadores de sangue também evidenciou o tipo sanguíneo O, fator Rh positivo como o prevalente em 44,54% das doações analisadas²⁴⁰.

Quanto ao processo de punção venosa periférico realizado para viabilizar a coleta do sangue, foi identificada a média de duração do processo em sete minutos e 46 segundos. Nesse sentido a duração média da coorte teve 2,06 dias de acompanhamento do doador de sangue pela pesquisadora. Na busca por identificar as peculiaridades do processo de punção de vasos para fins hemoterápicos, apresentam-se algumas variáveis de interesse na Tabela 3.

Tabela 3: Caracterização do local de punção venosa na rotina institucional. Juiz de Fora, set/2016.

Demérito	n	%	Face da punção	n	%	
	Direito	76	50,7	Anterior	150	100
	Esquerdo	74	49,4			
	Total	150	100	Total	150	100
Local da punção			Distância da punção			
	Antebraço	150	100	Proximal	149	99,3
	Total	150	100	Medial	1	0,7
				Total	150	100
Especificação da punção			Punção em articulação			
	Lateralmente	3	2,1	Fora da articulação	1	0,7
	Medialmente	147	97,9	Em articulação	149	99,3
	Total	150	100	Total	150	100

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS®.

Com relação à punção venosa periférica realizada para fins de coleta de sangue, foi possível identificar que houve um padrão de punção entre 68% dos participantes, ou seja, as punções foram realizadas no antebraço do MMSS, face anterior e terço proximal. Cabe exemplificar que esse padrão consta na Figura 56, fotografia referente ao participante D042.

Figura 56: Fotografia exemplificando localização de sítio puncionado para fins de coleta de sangue em um hemocentro.



Fonte: Acervo fotográfico das autoras.

O material utilizado para a fixação da agulha no sítio de punção durante a coleta de sangue foi a fita adesiva, e esta conduta está em concordância com as recomendações que constam do protocolo institucional (**Anexo II**).

Uma vez que a punção venosa periférica para a coleta de sangue consiste em uma ação pontual, com duração estimada de até 12 minutos, em que o membro puncionado permanece apoiado no suporte de braço da cadeira na qual o doador é atendido, o material mostrou-se adequado para o tipo de fixação temporária, já que garante a estabilização da agulha durante todo o ato da coleta de sangue.

A fixação da agulha evidenciou comprometimento da visualização do sítio puncionado para a coleta em 82% dos participantes, conforme demonstrado pela fotografia relativa ao participante D052 (Figura 57).

Figura 57: Fotografia exemplificando o material utilizado na fixação e a ocorrência de comprometimento da visualização do sítio de inserção do cateter intravascular.



Fonte: Acervo fotográfico das autoras.

Apesar de a fixação ter como finalidade manter a agulha posicionada por um período de tempo relativamente curto, outro critério que precisa ser atendido é a visualização do sítio de inserção do cateter intravascular.

Há evidências de que, na punção venosa periférica, o comprometimento da visualização do local de sua inserção do cateter intravascular pode dificultar a detecção precoce de eventos adversos (a exemplo do extravasamento de líquido vascular ou a ocorrência de hematoma)^{9; 17}. Além disso, pode gerar o adiamento de condutas terapêuticas de caráter preventivo ou comprometer o processo decisório do enfermeiro.

Para a identificação das especificidades do processo de punção venosa em hemoterapia, foram estimados os índices de risco relativo e qui-quadrado, em relação às variáveis observadas na coorte e sua possível associação ao desfecho de trauma.

Para a identificação das especificidades do processo de punção venosa em hemoterapia, foram estimados os índices de risco relativo e qui-quadrado, em relação às variáveis observadas na coorte e sua possível associação ao desfecho de trauma.

Tabela 4: Variáveis de exposição e desfecho, incidência, risco relativo e quiquadrado.

Variável exposição	de	n	%	RR	X ²	Variável exposição	de	n	%	RR	X ²
desfecho	x					desfecho	x				
Sexo						Tipo sanguíneo					
Masculino	77	51,3			235	A	39	26			0,501
Feminino	73	48,7				B	24	16			0,192
Idade (pto corte 46)						AB	6	4			0,550
18l---47					0,640	O	69	46			0,391
47i---76						A	39	26			0,501
Escolaridade						Rh					
5l---10					0,177	Positivo					
10l---18						negativo					
Localização da punção						Tipo de veia					
Dimídio D	76	50,7				palpável	133	89,4			
Dimídio E	74	49,4				não palpável	3	2,1			
Antebraço	150	100				endurecida	1	0,7			
Face anterior	150	100				flexível	135	90,8			
Face lateral	3	2,1				pequeno calibre	9	6,3			
Face medial	147	97,9				médio calibre	77	51,6			
Terço proximal	149	99,3				grande calibre	53	35,7			
Terço medial	1	0,3				visível	111	74,5			
Tipo fixação						não visível	21	14,3			
Fixação seca	150	100				Punção em articulação	149	99,3			
Fixação suja	4	2,7				Punção fora de articulação	1	0,7			
Fixação limpa	146	97,3				Tipo de pele					
Troca de fixação	1	0,7				fina	1	0,7			
Ausência troca de fixação	149	99,3				normal	124	82,7			
						espessa	25	16,7			

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS®.

Com relação ao estado do complexo de fixação da agulha, não foi necessária a sua troca durante a coleta de sangue para doação em 99,3% dos procedimentos acompanhados, tendo sido evidenciado seu bom estado por: limpeza em 97,3% dos complexos e ausência de umidade em 100% desses. Tal fato constitui-se em uma peculiaridade do processo de manutenção do cateter no interior do vaso em hemoterapia.

Evidências da literatura demonstraram que a ocorrência de trauma vascular esteve relacionada à presença de sujidade em 20,1%, e umidade em 23,4% dos sítios de inserção dos cateteres avaliados, considerando o tempo de permanência do cateter no interior do vaso. Isso torna desnecessária a troca de fixadores e que ela ocorra com apenas dois fragmentos de fita adesiva em oposição à média de quatro fragmentos de adesivos do tipo comum utilizados (segundo a pesquisa). Espera-se um número menor de ocorrência de trauma no perfil das punções realizadas para fins hemoterápicos¹⁷.

A conduta preconizada na normatização operativa institucional a respeito da realização do processo de punção venosa periférica não prevê que o profissional de enfermagem efetue registros profissionais sobre o complexo de fixação da agulha do circuito de coleta de sangue alocado no usuário. Por conseguinte, foi verificada a ausência de registros profissionais em todos os complexos de fixação avaliados, conforme mostra a fotografia referente ao participante D052, anteriormente apresentada na **Figura 57**.

Tal conduta institucional, apesar de se constituir numa rotina, atende às recomendações do Conselho Federal de Enfermagem, preconizadas na Resolução n. 358, no sentido de que toda atividade de enfermagem seja documentada pelo profissional que a realizou e essa documentação é registrada na ficha do doador de sangue¹⁹⁴. Seu conteúdo é composto por: informações referentes ao membro punccionado, volume de sangue obtido, horário de início e fim de coleta de sangue e a ocorrência de reações adversas à doação, conforme protocolo institucional.

A ausência de registros de enfermagem a respeito da fixação do cateter intravascular no sítio de inserção dos cateteres foi corroborada por dados de outra investigação realizada no âmbito hospitalar, em que também não foi registrada em 223 (91,4%) casos avaliados¹⁷, o que foi totalmente discordante dos registros em prontuário, uma vez que eles foram unânimes na ficha do atendimento ao doador.

Em 91,3% dos casos, esses registros continham: caligrafia legível do profissional, ausência de rasuras, nome do respectivo profissional responsável pelo atendimento do doador de sangue, data e horário do atendimento, ausência de calibre do dispositivo (uma vez que o calibre é padronizado institucionalmente, impedindo sua variabilidade), ocorrência ou não de intercorrências com o doador, carimbo e número de registro do profissional. Entre os 8,7% de irregularidades identificadas nos

registros, estão: rasura na ficha, ausência de horário do procedimento de coleta e do carimbo e registro do profissional, além de assinatura ilegível do profissional.

Com relação às manifestações de reações adversas à doação de sangue, apenas dois participantes acompanhados por ocasião da composição da coorte apresentaram-nas. Essas reações foram consideradas do tipo leve, nas quais ocorre manifestação do doador referente a ansiedade, calor, lipotimia, sudorese, palidez cutânea, tonteira, cefaleia, náusea, mal-estar, taquicardia, taquipneia, ausência de alterações de nível de consciência, pressão arterial reduzida e hematomas no sítio de punção^{241; 242}.

Ao analisar o processo de punção de vasos periféricos para fins de captação de sangue, foi possível observar que: as veias puncionadas são de pessoas saudáveis, não são utilizadas soluções irritantes ou vesicantes, não há doença prévia entre os receptores, nem lesões cutâneas próximas ao sítio de inserção do cateter, o tempo de permanência do cateter é curto, a busca pela doação é uma decisão voluntária e a participação do usuário no sentido de optar pelo local de punção é considerada no processo decisório profissional.

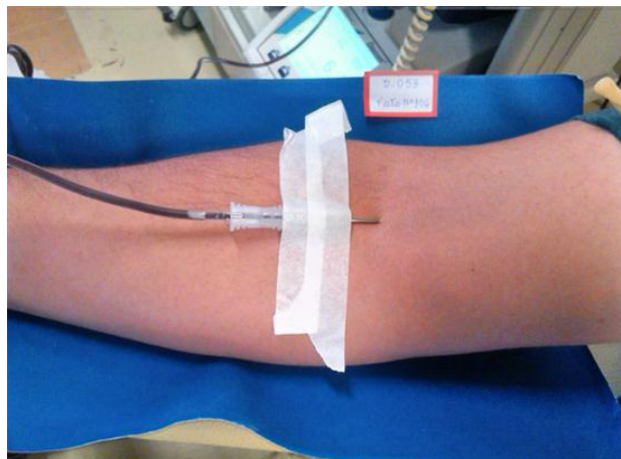
Foram identificadas as seguintes características definidoras para a ocorrência de trauma vascular periférico: 1) dor na inserção do cateter em 2% dos participantes acompanhados e 2) alteração da coloração da pele manifestada por equimose em 6% dos participantes acompanhados.

Foram observadas as seguintes evidências de dor: expressão de dor documentada por registros da fisionomia por ocasião do processo de introdução da agulha (ausente em 58,7% dos participantes) e 99,3% dos participantes não apresentaram relato de queixa espontaneamente de dor no decorrer do período de coleta.

Apesar disso, 25,3% dos participantes mencionaram ter sentido dor caracterizada como de escore dois, tendo como referência uma escala de gradação de zero a dez, na qual zero é a ausência de dor e dez uma dor máxima possível. Cabe reafirmar que a queixa de dor constitui padrão ouro e ocorreu entre 82,7% dos participantes, estando vinculada ao sítio de inserção da agulha ou ao trajeto venoso.

A coloração predominante da pele dos participantes foi a de número 21, tendo sido evidenciada em 28% destes, com base na paleta cromática¹²⁷. Esta coloração de pele pode ser evidenciada pela fotografia referente participante D053, que se apresenta a seguir.

Figura 58: Fotografia exemplificando coloração de pele mais frequente dentre os doadores de sangue componentes da coorte.



Fonte: Acervo fotográfico das autoras.

Não foram evidenciadas alterações/queixas referentes a: coloração da pele, capacidade funcional, força muscular, edema, endurecimento local, ferimento, equimose, hematoma, eritema, secreção e temperatura do sítio, no momento da punção venosa periférica para a coleta do sangue, em 99,3% dos participantes. Tal fato pode ser ilustrado pela foto relativas ao participante D108, que está demonstrada a seguir.

Figura 59: Fotografia exemplificando ausência de alterações referentes à coloração ou integridade da pele dentre os doadores de sangue componentes da coorte.



Fonte: Acervo fotográfico das autoras.

. Com relação ao tipo de pele do participante, houve predomínio da pele do tipo normal em 82,7% desses.

Considerando a classificação para os tipos de veia²⁴³), o padrão mais concordante foi: veia periférica predominante (19,3% dos participantes): de veia elástica, com flexibilidade, calibre médio, palpável, trajeto retilíneo, visível, situada em área de articulação óssea, considerada uma “veia de fácil

punção”, para os fins de coleta de sangue para doação. A fotografia referente ao participante D051, que se apresenta a seguir, exemplifica tais achados.

Figura 60: Fotografia exemplificando tipo de veia mais frequente dentre os doadores de sangue componentes da coorte.



Fonte: Acervo fotográfico das autoras.

O perfil de veias entre os participantes é concordante com veias de fácil punção⁹. Cabe mencionar que o fato de elas estarem situadas na área de articulação ou próximas a ela justifica-se devido à duração da punção.

Foi constatada ausência de pelos próximos ao local de punção em 80% dos participantes. O tipo de cateter adotado para a punção foi a agulha do circuito de coleta de sangue, conforme material padronizado pela legislação, para esta finalidade⁷.

Tabela 5: Incidência de traumas vasculares periféricos identificados num hemocentro decorrentes do processo de punção venosa periférica para fins de coleta de sangue, segundo formas de manifestações e estratégias mensurativas. Juiz de Fora, set/2016.

Tipo de trauma	n	%	Identificação Trauma	Variabilidade		Média	n
				Mínimo	Máximo		
Dor	3	2	Número atribuído a dor	0	2	1	3
<i>No sítio inserção cateter</i>	3	2	Fisionomia	-	-	-	-
			Queixa	-	-	-	-
Alteração cor da pele	8	5,4	Paleta de cores (em cm ²)	cm ²	cm ²		
<i>Equimose</i>	8	5,4	TE/TPC	3	9	5,3	9
TOTAL	11	7,4					

Nota das autoras: O valor do subtotal se refere à soma dos traumas ocorridos considerando que um mesmo indivíduo pode ter mais de um tipo de trauma no mesmo sítio de inserção do cateter venoso.

TE/TPC: Técnica do esquadramento ou técnica dos pontos cardeais.

Ao analisar a ocorrência de manifestações de trauma vascular durante o processo hemoterápico, foi possível identificar as seguintes peculiaridades: 1) dor na inserção da agulha do circuito de coleta de sangue e 2) alteração da coloração da pele manifestada por equimose.

Com relação às manifestações identificadas nos participantes, a condição de dor referida no momento de seu acompanhamento, em um período inferior a 24 horas da realização da punção venosa periférica para a coleta de sangue, esteve associada ao sítio puncionado, apesar de não ter sido constatada pela pesquisadora expressão fisionômica que indicasse essa condição.

A alteração da coloração da pele dos participantes, caracterizada pela ocorrência de equimose, foi detectada com base na mensuração possibilitada pelo emprego da paleta cromática¹²⁷No momento da inspeção realizada pela pesquisadora, foi possível verificar a alteração da coloração da área circunscrita ao sítio puncionado no participante no dia seguinte à punção.

A pesquisadora questionou os participantes, na ocasião de seu acompanhamento fora do hemocentro, sobre as atividades que realizaram após a punção venosa periférica. Sobre essa questão, alguns participantes que manifestaram equimose referiram ter realizado alguma atividade física, ter se deslocado para casa em transporte público ou dirigindo, ter trabalhado, etc.

Apesar de não ter consistido em uma variável investigada, os profissionais do hemocentro evidenciaram, durante a ambiência da pesquisadora no cenário, que, ao indagar doadores de sangue que se apresentaram ao hemocentro em ocasiões anteriores a esta investigação, queixando-se de equimose/hematoma, esses usuários referiram ter realizado alguma atividade física. Isso vai de encontro ao que é orientado para o período pós-doação, a realização de repouso para evitar quaisquer complicações. Em virtude desse fato, a pesquisadora fez essa indagação e realizou registros em diário de campo.

Em contrapartida, não foi encontrado no acompanhamento dos participantes: 1) alteração ou diminuição da capacidade funcional do indivíduo; 2) solução de continuidade pontual no sítio de inserção da agulha; 3) alterações de integridade da pele do tipo: edema local no sítio de inserção do cateter IV ou generalizado; 4) endurecido localizado no membro que foi puncionado (geral) e endurecido de trajeto venoso; 5) secreção presente no sítio de inserção do cateter IV periférico e 6) alteração da temperatura: diminuição ou elevação.

A alteração evidenciada por redução da capacidade funcional do usuário não foi constatada nos participantes, uma vez que estes apresentavam preservação da movimentação do membro puncionado para a doação de sangue. Também não foi detectado ocorrência de solução de continuidade no sítio no qual a agulha foi inserida, pela ausência de formação de crosta no local⁹, na ocasião da inspeção realizada pela pesquisadora.

A ausência de manifestação de edema nos participantes pôde ser evidenciada pelas técnicas avaliativas e mensurativas, as quais não atestaram alteração de tamanho do membro puncionado, ou formação de cacifo positivo⁹.

Uma vez que a punção realizada para a doação de sangue não foi utilizada para infusão de soluções ou fármacos no usuário, pode-se confirmar a ausência do edema. Os participantes não apresentaram formação de endurecido tanto no sítio puncionado quanto no trajeto venoso, tendo sido constatada pela pesquisadora a manutenção da integridade do aspecto de sua pele e consistência do membro avaliada como normal⁹.

O aspecto geral da pele dos participantes não evidenciou, na ocasião da avaliação pela pesquisadora, nenhuma das alterações anteriormente descritas. Não foi encontrada nos sítios puncionados dos participantes a formação de secreção de aspecto seroso, sanguíneo ou purulento⁹. Mesmo após a realização da palpação do membro puncionado, essa não pôde ser detectada.

Por fim, não foi evidenciada nos participantes a alteração de temperatura local do membro puncionado, independentemente de fatores externos (temperatura ambiente, uso de agasalho, etc.)⁹. Uma vez que é necessário que o doador de sangue apresente condição saudável para a efetivação da doação, não foram verificados estados febris decorrentes de processos patológicos.

5.4 SURVEY COM PROFISSIONAIS QUE PUNCIONAM VASOS: INSTITUIÇÃO DE ENSINO E HEMOCENTRO

O survey destinado aos profissionais que puncionam veias para fins hemoterápicos nas duas instituições que foram cenário da investigação possibilitou a identificação de aspectos que podem intervir sobre a atuação desses profissionais, ao evidenciar seu perfil de prática do processo de punção venosa, sua formação e experiência profissional, percepções do usuário quanto às etapas do processo e sensações e comportamentos que assumem diante dele.

Cabe salientar que o perfil sociodemográfico dos participantes abordados nesse *survey* já foi apresentado, uma vez que esses profissionais foram abordados inicialmente para a captação de seus elementos simbólicos e de origens das representações sociais sobre o processo de punção venosa periférico.

Quanto ao perfil de realização do processo de punção venosa periférico, indagou-se aos participantes se eles se consideram detentores de prática para a execução do procedimento. Nesse sentido, 82,5% deles referiram possuí-la desempenhá-lo.

Quanto à estimativa de realização de procedimentos de punção venosa periférica por semana, 31,7% dos profissionais referiram realizar mais de cinco punções. Dos 62 participantes abordados, 76,1% desses afirmaram realizar ao menos uma punção venosa por semana. Os valores informados pelos participantes encontram-se na **Tabela 6**.

Tabela 6: Estimativa média de punções venosas periféricas semanais realizadas pelos profissionais.

Número de punções	1		2		3		4		5		Mais de cinco	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	10	15,9	7	11,1	4	6,3	3	4,8	4	6,3	20	31,7

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Devido ao fato de a punção venosa periférica ser um procedimento requisitado para finalidades tanto terapêuticas quanto diagnósticas na assistência ao usuário, justifica-se a realização frequente dessa prática pelos profissionais^{8; 9; 17}.

Os profissionais foram indagados sobre as circunstâncias nas quais são acionados para a realização do processo de punção venosa periférica. Nesse sentido, prevaleceram as opções “insucesso de outras tentativas” e “avaliação do local de punção” em 58,7% das respostas. As demais circunstâncias apontadas pelos profissionais como motivo para serem solicitados para efetivação desse procedimento encontram-se na **Tabela 7**.

Tabela 7: Situação na qual o participante é acionado pela equipe para realizar o processo de punção venosa periférico.

Situação	n	%
Insucesso de outras tentativas	37	58,7
Característica do vaso	25	39,7
Perfil da clientela	18	28,6
Mais experiência com o procedimento	17	27
Para tomar decisão clínica	26	41,3
Avaliação local punção	37	58,7
Subtotal	160*	254*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

*Nota das autoras: Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

Uma pesquisa realizada com profissionais que puncionam veias de recém-nascidos em UTI neonatal evidenciou que aqueles que demonstram desenvoltura na execução do procedimento são frequentemente acionados pelos companheiros de trabalho, em virtude de serem considerados *experts*²⁰⁶.

Esta constatação corrobora os achados da presente investigação, uma vez que os participantes referiram também ser acionados diante do insucesso em tentativas realizadas pelos demais profissionais.

Com relação ao histórico de punção venosa ao longo da vida profissional, foi questionado aos participantes onde adquiriram o conhecimento técnico para o desempenho do procedimento. Do total de participantes, 60,3% atribuíram a aquisição dos conhecimentos inerentes à punção ao processo de formação profissional formal.

Tabela 8: Circunstâncias referenciadas pelos participantes como fonte de aprendizado da punção venosa.

Circunstância	n	%
Formação profissional (técnico, curso superior, etc.)	38	60,3
Treinamento Clínico	10	15,9
Quotidiano da atuação profissional	34	54
Outros	2	3,2
Subtotal	84*	133,4*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

***Nota das autoras:** Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

Uma pesquisa realizada sobre as estratégias adotadas no ensino da punção venosa periférica no âmbito da educação formal concluiu que devem ser empregados recursos que aproximem o conteúdo teórico do prático, de modo a garantir o aprendizado do aluno. Nesse sentido, as instituições formadoras devem implementar medidas que favoreçam o fortalecimento da aprendizagem do aluno¹⁹.

Nesta investigação, o ambiente de formação profissional mostrou-se como constituinte de referência para a aprendizagem do processo de punção venosa pelos profissionais de enfermagem.

Para apreender informações sobre as habilidades dos profissionais, estes foram questionados a respeito de suas preferências com relação à região do corpo do usuário em que se sentiam mais seguros para realizar a punção. A região referida por 47,6% dos profissionais foi a dobra do cotovelo. As demais regiões citadas encontram-se na **Tabela 9**.

Este resultado pode ser justificado por se tratar da localização preconizada pelo hemocentro para a realização da punção venosa para doação de sangue. Adiciona-se a esse fator a questão de os profissionais realizarem tal procedimento com relativa frequência, conforme demonstrado anteriormente no item “frequência de realização de punção”.

Na concepção de Benner, a expertise do profissional de enfermagem é construída processualmente na medida em que esse é capaz de realizar a articulação entre o conhecimento formal obtido e a sua aplicação prática na assistência ao usuário⁸⁷.

Tabela 9: Parte do corpo do usuário referida pelo profissional como preferencial para realizar a punção venosa.

Parte do corpo	n	%
Mão	27	42,9
Antebraço	39	61,9
Dobra do cotovelo	30	47,6
Braço	15	23,8
Pescoço	12	19
Outros	4	6,3
Subtotal	127*	201,5*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

***Nota das autoras:** Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

Foram obtidas outras informações referentes à habilidade do profissional, com relação ao seu lado dominante e sua preferência de executar a punção venosa periférica em algum hemisfério específico do corpo do usuário. Nesse sentido, 92,1% dos profissionais referiram ser destros e 69,8% deles relataram realizar o procedimento em qualquer hemisfério do corpo do usuário, independentemente de seu lado dominante. Um fator mencionado por alguns participantes durante a resposta dessa questão foi que qualquer lado do corpo do usuário pode ser puncionado, desde que disponha de rede venosa apropriada para tal. As demais alternativas foram apresentadas na **Tabela 10**.

Tabela 10: Lado dominante do profissional e hemisfério do corpo do usuário preferencial para que se realize uma punção.

Lado dominante			Hemisfério do corpo do usuário		
Opção	n	%	Opção	n	%
Direito	58	92,1	Esquerdo	5	7,9
Esquerdo	4	7,9	Direito	8	12,7
Ambidestro	-	-	Ambos	44	69,8
			Nenhum deles	5	7,9
Subtotal	62	100		62	98,3

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Conforme preconizado pela INS, a escolha do sítio a ser puncionado pelo profissional deve se basear na disponibilidade de rede vascular do usuário ¹¹⁹, fato que requer a habilidade do enfermeiro para executar a punção.

Foi apresentada aos participantes a situação hipotética de necessitarem realizar uma punção venosa periférica na pesquisadora. Diante disso, foi perguntado como eles se avaliavam se precisassem puncionar uma veia naquele instante. Os profissionais autoavaliaram-se “preparados” e “com domínio e habilidade” em 63,5% e 65,1% das respostas respectivamente. As opções apresentadas aos profissionais foram expostas na **Tabela 11**.

Tabela 11: Autoavaliação do profissional sobre sua condição imediata para realizar uma punção venosa.

Opções	n	%
Preparado	40	63,5
Com domínio e habilidade	41	65,1
Com domínio sem habilidade	8	12,7
Inseguro(a)	2	3,2
Ansioso(a)	2	3,2
Despreparado(a)	-	-
Subtotal	93*	147,7*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

*Nota das autoras: Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

A punção venosa periférica com cateteres IV agulhados torna indispensável que o profissional que a executa esteja devidamente preparado para tal, seja detentor de habilidade técnica, minimizando eventuais riscos aos usuários assistidos²²⁸.

Sobre o fato de o profissional ter presenciado algum procedimento de punção venosa periférica em pessoa com a qual possui vínculo afetivo, 92,1% deles referiram ter acompanhado a realização do procedimento em um familiar. As demais alternativas encontram-se apresentadas na **Tabela 12**.

Tabela 12: Pessoa com quem possui vínculo, na qual o participante presenciou a realização de punção venosa.

Opções	n	%
Familiar	58	92,1
Pessoa de quem cuidou	15	23,8
Amigo	19	30,2
Filho(a)	21	33,3
Outros	5	7,9
Subtotal	118*	187,3*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

***Nota das autoras:** Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

Quanto à realização do primeiro procedimento de punção venosa periférico, 31,7% dos participantes evidenciaram que realizaram sua primeira punção em pessoa internada em instituição hospitalar. As demais circunstâncias apontadas pelos profissionais foram demonstradas na **Tabela 13**.

Tabela 13: Local onde ocorreu a primeira punção que o participante conseguiu rememorar.

Opções	n	%
Pessoa internada	20	31,7
Atendida em Pronto Socorro	3	4,8
Ambulatório	2	3,2
Policlínica	14	22,2
Em casa	2	3,2
Faculdade	16	25,4
Outros	6	9,5
Subtotal	62	100

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

A vivência prática da atuação de enfermagem e a realização de procedimentos, viabilizadas pelos estágios curriculares, conferem instrumentos geradores de sensações, conflitos e superações aos acadêmicos. Tais vivências possibilitam-lhe o enfrentamento de situações cotidianas e reflexão sobre a prática de enfermagem²⁴⁴.

Os achados desta investigação são exemplo disso, em virtude de o contexto hospitalar ter sido evidenciado pelos participantes como o ambiente no qual a maior parte deles desempenhou sua primeira punção e pelo fato de este ambiente constituir espaço de formação profissional.

No que tange à estimativa de procedimentos de punção venosa realizados ao longo de sua vida profissional, 23,8% dos participantes referiram a opção “outros”, pelo fato de as alternativas

propostas não contemplarem o valor estimado por eles. Os participantes calcularam o número de punções com base em seus anos de experiência profissional e na realização semanal média, já apresentada anteriormente. A frequência dos valores e percentuais foi apresentada na **Tabela 14**.

Tabela 14: Estimativa de punções venosas periféricas realizadas pelo participante.

Valor	n	%
Inferior a 50	9	14,3
50	3	4,8
100	2	3,2
250	9	14,3
500	14	22,2
1000	6	9,5
1500	3	4,8
2000	2	3,2
Outros	15	23,8
Subtotal	62	100

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Ao serem indagados sobre qual o cateter IV de sua preferência para realizar punções venosas periféricas, 73% dos participantes referiram o jelco como cateter de escolha. As outras opções apontadas pelos participantes se apresentam na **Tabela 15**.

Tabela 15: Cateter IV de preferência dos participantes para a realização do processo de punção venosa periférico.

Valor	n	%
Jelco	46	73
Agulha com seringa	18	28,6
Vacoutainer	3	4,8
Escalpe	20	31,7
Subtotal	87*	138,1*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

*Nota das autoras: Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

Evidências da literatura apontam o cateter agulhado como o dispositivo empregado na realização frequente de punções venosas periféricas²²⁸. Tais achados podem justificar a preferência do profissional demonstrada na presente investigação, em virtude do conhecimento que ele adquire pela familiaridade e frequente utilização do cateter do tipo agulhado.

Tendo em vista que o profissional estabelece uma interação com o usuário no momento da execução do processo de punção venosa periférico, faz-se necessário evidenciar a percepção sobre o indivíduo durante as etapas do processo de punção venosa, na perspectiva de quem assume o papel de assisti-lo. Os profissionais referiram que o usuário punccionado é capaz de perceber, durante a punção venosa periférica, a realização das etapas de: limpeza da pele do usuário, garroteamento de sua estrutura corporal, compressão local após retirada da agulha, uso de técnicas para evidenciar vasos, tremor ou hesitação do profissional na realização da punção e fixação do cateter no sítio punccionado. No entanto, com relação à etapa de avaliação do local durante a permanência do cateter,

os profissionais consideram que o usuário não a percebe. Os resultados obtidos foram demonstrados na **Tabela 16**.

Tabela 16: Distribuição da percepção que os usuários têm sobre as etapas do processo de punção de vasos periféricos, na perspectiva de 62 profissionais.

Limpeza da pele	n	%	Tremor ou hesitar ao punccionar	n	%
Sim	54	85,7	Sim	55	88,9
Não	9	14,3	Não	7	11,1
Total	62	100	Total	62	100
Garrotear estrutura a ser punccionada	n	%	Fixar cateter no sítio de punção	n	%
Sim	61	98,4	Sim	44	71,4
Não	1	1,6	Não	18	28,6
Total	62	100	Total	62	100
Comprimir local após retirar agulha	n	%	Avaliar local durante sua permanência	n	%
Sim	50	81	Sim	22	35,2
Não	12	19	Não	36	64,8
Total	62	100	Total	62	100
Evidenciar veia com técnicas	n	%			
Sim	51	82,6			
Não	11	17,4			
Total	62	100			

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Uma pesquisa sobre as experiências de pessoas internadas com o processo de punção venosa periférica evidenciou que as circunstâncias que permeiam o cotidiano de sua realização refletiram aspectos estressores para o indivíduo. Apesar de os usuários se mostrarem colaborativos para a realização da punção, eles são capazes de considerar tal vivência como marcante²¹⁶.

Com relação aos cuidados que os participantes recomendam para a realização da punção venosa periférica, foram referidas as seguintes condutas: 60,3% não aparam pelos do sítio a ser punccionado; 71,4% não tentam punccionar o usuário mais de uma vez; quando tentam punccionar mais de uma vez, 22,2% deles não ultrapassam três tentativas; 61,9% deles decidem sobre a troca de acesso venoso do usuário dentro da rotina do setor; 57,1% não decidem sobre a troca da fixação do cateter IV na sua rotina laboral; e o material recomendado em 57,1% das respostas foi o filme transparente. Os dados obtidos encontram-se apresentados na **Tabela 17**.

Tabela 17: Distribuição dos cuidados recomendados pelos profissionais sobre o processo de punção de vasos periféricos.

Aparar pelos quando estão grandes				Decide sobre troca de acesso venoso			
	N	%		N	%		%
	Sim	25	39,7		Sim	39	61,9
	Não	37	60,3		Não	8	12,7
Total		62	100	Total		47	74,6
Tentar puncionar mais de uma vez				Decide sobre troca de fixação de acesso venoso			
	N	%		N	%		%
	Sim	17	28,6		Sim	10	15,9
	Não	45	71,4		Não	36	57,1
Total		62	100	Total		46	73
Quantas tentativas				Material recomendado para fixação			
	N	%		N	%		%
	1	-	-	Esparadrapo comum	12	19	
	2	9	14,3	Esparadrapo antialérgico	16	25,4	
	3	5	7,9	Filme	36	57,1	
	4	-	-	Atadura	1	1,6	
	5	-	-	Tipoia	1	1,6	
	Mais que 5	-	-	Total	66	104,7*	
Total		14	22,2				

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS

***Nota das autoras:** Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

Há recomendações de que, diante de tentativas malsucedidas de punção, os profissionais busquem a utilização de dispositivos que os auxiliem a visualizar a rede vascular do usuário, de modo a favorecer sua execução. Nesse sentido, o profissional deve evitar a realização de mais de duas tentativas de punção no usuário, acionando outro profissional, caso necessário¹¹⁹.

As respostas obtidas dos participantes sobre as condutas de cuidado com os acessos venosos mostraram-se concordantes com as recomendações preconizadas, uma vez que apenas 7,9% deles indicaram mais de duas tentativas de punção no mesmo usuário.

Com relação aos dispositivos adotados para a fixação e manutenção dos cateteres IV, recomenda-se a utilização de coberturas que não interfiram na monitorização do sítio de punção e que não impeçam a continuidade da terapia infusional¹¹⁹.

Os participantes demonstraram deter conhecimento consonante com as recomendações sobre a fixação do cateter IV, ao passo que 57,1% deles indicaram como cobertura de escolha o filme transparente.

Sobre as recomendações acerca da troca de acesso venoso periférico, os participantes demonstraram que, diante de manifestações de edema, hematoma ou equimose, hiperemia, infecção, flebite, endurecido ou da perda do acesso, eles são capazes de indicar novo acesso. Foi possível perceber que os participantes tendem a reconhecer as características definidoras de trauma vascular periférico⁹, recomendando conduta de troca do acesso venoso. As frequências das situações referidas encontram-se na **Tabela 18**.

Tabela 18: Recomendações que os participantes fazem sobre a troca de acesso venoso periférico.

Circunstâncias	n	%
Perdeu a veia	38	60,3
Atingiu tempo de uso no mesmo vaso	34	54
Assegurar tratamento prescrito	28	44,4
Diante de evidência de problema	37	58,7
Molhar	15	23,8
Sujar	16	25,4
Descolar	11	17,5
Sangrar	25	39,7
Doer	34	54
Inchar	39	61,9
Hematoma/equimose	38	60,3
Hiperemia	39	61,9
Infecção	39	61,9
Flebite	39	61,9
Endurado	38	60,3
Edema	37	58,7
Subtotal	507*	804,7*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

***Nota das autoras:** Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

As recomendações sobre a terapia infusional indicam que o cateter IV seja removido em caso de complicações que não tenham sido solucionadas, descontinuação da terapia intravenosa, ou logo que o enfermeiro constate que o acesso não é mais necessário para o planejamento da assistência do usuário¹⁹.

Nesse sentido, a segunda alternativa mais frequente “diante da evidência de problema”, apontada por 58,7% dos participantes, mostra-se consonante com as recomendações sobre a remoção dos cateteres IV.

Quanto à fixação do cateter IV, os participantes recomendaram sua troca diante da ocorrência de sangramento, seguida de alguma evidência de problema, de seu descolamento, caso fique molhada e, por fim, foram mencionadas as características definidoras do trauma vascular, tais como hematoma, endurecido, edema, etc⁹.

Os participantes referiram ainda que, diante da constatação de características de trauma vascular, recomendam não só a troca do complexo de fixação, como também de todo o acesso venoso periférico, providenciando nova punção. As frequências das opções de circunstâncias recomendadas pelos profissionais para a troca da fixação do cateter IV do usuário encontram-se na **Tabela 19**.

Tabela 19: Situações nas quais os participantes recomendam a troca da fixação do acesso venoso periférico.

Circunstâncias	n	%
Atingiu tempo de uso no mesmo vaso	32	50,8
Diante de evidência de problema	36	57,1
Molhar	34	54
Sujar	35	55,6
Descolar	36	57,1
Sangrar	37	58,7

Doer	33	52,4
Inchar	33	52,4
Hematoma/equimose	33	52,4
Hiperemia	34	54
Infecção	35	55,6
Flebite	34	54
Endurado	32	50,8
Subtotal	444*	704,9*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

*Nota das autoras: Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes dos participantes terem optado por mais de uma alternativa.

Sobre os cuidados que o profissional adota após a remoção da agulha da veia do usuário, 95,2% dos participantes evidenciaram que realizam compressão do local, ou orientam que o usuário o faça. Em seguida, surgiu a avaliação e a oclusão do sítio puncionado. As opções de condutas adotadas pelos profissionais foram demonstradas na **Tabela 20**.

Tabela 20: Condutas profissionais adotadas após a remoção da agulha da veia do usuário.

Condutas	n	%
Solicitar que o usuário comprima o local, ou fazê-lo	60	95,2
Flexionar braço/antebraço	10	15,9
Não flexionar braço/antebraço	47	74,6
Ocluir local com curativo	54	85,7
Avaliar o local	55	87,3
Outros	3	4,8
	-	-
Subtotal	229*	363,5*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

*Nota das autoras: Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

Quanto ao tempo médio de compressão recomendado, após a retirada da agulha do vaso do usuário, 95,2% dos profissionais referiram que a realizam por um período inferior a 5 minutos. As demais opções de tempo estimado para realização da compressão após remoção da agulha da veia do usuário encontram-se na **Tabela 21**.

Tabela 21: Tempo recomendado pelo profissional para compressão após remoção da agulha.

Opção	n	%
Menor que 5 minutos	60	95,2
Menor que 6 horas	2	4,8
De 6 a 12 horas	-	-
De 12 a 18 horas	-	-
De 18 a 24 horas	-	-
Subtotal	62	100

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Foi questionado aos participantes sobre a recomendação de aplicação de compressa no local, após a remoção do cateter IV do sítio puncionado, em quais circunstâncias julgavam apropriado realizar a compressa e qual o tipo que recomendavam. Diante disso, 65,1% dos participantes

posicionaram-se favoráveis à aplicação de compressa no sítio de punção e 60,3% das recomendações apontaram a compressa do tipo “fria”. Os valores obtidos foram apresentados na **Tabela 22**. Entre as circunstâncias mencionadas pelo profissional, nas quais recomenda a aplicação da compressa, foram citadas: diante da ocorrência de hematoma, flebite, edema, etc.

Tabela 22: Opção do profissional sobre recomendação de compressa local e tipo referenciado.

Recomenda compressa			Tipo de compressa		
Opção	n	%	Opção	n	%
Sim	40	65,1	Quente	3	4,8
Não	22	34,9	Fria	37	60,3
Subtotal	62	100		40	65,1

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Evidências na literatura apontam a possibilidade de aplicação de compressas, dos tipos quente ou fria, ao ser detectada a ocorrência de infiltração ou extravasamento do cateter IV. Indica-se que, nesses casos, o cateter seja removido, o membro seja mantido em posição elevada e as compressas empregadas²⁴⁵.

Por fim, foi apresentada aos participantes uma relação de sentimentos e comportamentos que eles julgavam manifestar durante a realização das etapas do processo de punção venosa periférico.

Na fase antecedente à realização do procedimento de punção de vasos periféricos, os indivíduos referiram os sentimentos: “sendo avaliado” (30,2%), “apreensão” (23,8%), “ansiedade” (27%) e “indiferença” (12,7%) respectivamente. Durante o procedimento, seus sentimentos predominantes foram: “sendo avaliado” (20,9%), “apreensão” (22,2%) e “alívio” (20,6%). A manutenção do cateter no interior do vaso do usuário desencadeou “alívio” (30,2%) e “apreensão” (14,3%). A remoção da agulha do vaso do usuário fez emergir os mesmos sentimentos de “alívio” (39,7%) e de “apreensão” (15,9%).

A análise dos tipos de sentimentos descritos pelos participantes como sendo emergentes no transcurso da execução do processo de punção de vasos periféricos identificou que houve a predominância da apreensão em todas as etapas. Isso demonstra a preocupação por parte do profissional que executa a punção com relação ao sucesso em sua realização, uma vez que tal fato surgiu nas falas dos participantes dentro da abordagem processual de suas RSs sobre a punção para fins hemoterápicos, conforme descrito anteriormente.

A rememoração da realização da punção fez emergir no profissional o comportamento “silencioso”, afirmando o caráter apreensivo que já foi mencionado. Quanto à realização da punção venosa propriamente dita, surgiu o sentimento “sendo avaliado” em 38,1%, seguido pela sensação de “alívio” em 20,6% dos participantes. O comportamento mais frequente nessa etapa foi o de “silêncio” em 58,7% das respostas, seguido por “foca a atenção” em 50,8%.

Evidências da literatura demonstraram o receio que os profissionais de enfermagem desenvolvem com relação à presença de familiares do paciente durante o atendimento de emergências pediátricas, ao necessitarem realizar procedimentos invasivos no usuário, tais como o processo de punção venosa periférica²⁴⁶. Nesse sentido, justifica-se a sensação que os participantes referiram sobre serem avaliados ao longo das etapas que envolvem o processo de punção venosa periférica.

Para 30,2% dos participantes, o período de manutenção do cateter IV os remete ao sentimento de “alívio”. Em contrapartida, o segundo sentimento mais frequente foi o de “apreensão”, em 14,3% das respostas. Como comportamento predominante nesse momento os participantes referiram “tagarelar” em 61,9% das respostas, seguido por “foca a atenção” em 47,6%.

Com relação ao comportamento “tagarelar”, os participantes o definiram como prestar orientações aos usuários sobre os cuidados que devem ser adotados para auxiliar a manutenção do cateter IV, implicando verbalização constante por parte do profissional.

O momento pós-remoção do cateter IV do usuário remeteu os participantes ao sentimento de “alívio” em 39,7% das ocasiões. Nesse momento, o sentimento de “apreensão” também surgiu em sequência, em 15,9% das respostas, sendo que os participantes o atribuíram à preocupação com a manifestação de reações adversas no usuário.

Nessa etapa, os comportamentos mais frequentes foram “tagarelar” em 60,3% das respostas, seguido por “foca a atenção” em 39,7% destas. O ato de “tagarelar”, assim como na etapa de manutenção do acesso venoso periférico, foi justificado pela interação que o profissional precisa estabelecer com o usuário, viabilizada pela fala. A perspectiva do cuidado transpessoal aborda que, além da fala, é possível ao enfermeiro empregar outros sentidos, como o olhar, o tato e o olfato, enquanto modalidades a serem utilizadas no processo cuidar-curar¹⁴³.

A atenção foi mencionada pelos participantes como necessária para assegurar a detecção de intercorrências, mesmo após a remoção do cateter IV. Cabe mencionar, que os participantes puderam optar por mais de uma alternativa com relação aos sentimentos e comportamentos percebidos para a formulação de sua resposta. Os valores de frequência e percentuais obtidos estão demonstrados na

Tabela 23.

Tabela 23: Sentimentos e comportamentos manifestados pelos profissionais no decorrer das etapas do processo de punção venosa periférico.

Sentimentos	Antes		Durante		Manutenção		Pós-remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alívio	3	4,8	13	20,6	19	30,2	25	39,7	60	85,3
Sendo avaliado	19	30,2	24	38,1	4	6,3	5	7,9	52	82,5
Apreensão	15	23,8	14	22,2	9	14,3	10	15,9	48	76,2
Ansiedade	17	27	8	12,7	3	4,8	3	4,8	31	49,3
Indiferença	8	12,7	4	6,3	2	3,2	6	9,5	20	31,7
Desconforto	4	6,3	4	6,3	2	3,2	2	3,2	12	19

Medo	4	6,3	2	3,2	2	3,2	3	4,8	11	17,5
Insegurança	6	9,5	2	3,2	1	1,6	1	1,6	10	15,9
Total	76*	120,6*	71*	112,6*	42	66,8*	55	87,4*	244*	387,4*
Comportamentos										
Tagarelar	46	73	20	31,7	39	61,9	38	60,3	143*	226,9*
Foca a atenção	42	66,7*	32	50,8	30	47,6	25	39,7	129*	204,8*
Vigilância	26	41,3	21	33,3	24	38,1	20	31,7	91*	144,4*
Silêncio	13	20,6	37	58,7	13	20,6	17	27	80*	126,9*
Ansioso	5	7,9	6	9,5	3	4,8	2	3,2	16	25,4
Indiferente	2	3,2	2	3,2	5	7,9	6	9,5	15	23,8
Nervosismo	2	3,2	1	1,6	1	1,6	1	1,6	5	8
Agitado	1	1,6	1	1,6	2	3,2	1	1,6	5	8
Intolerante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	137*	217,5*	120*	190,4*	117*	185,7*	110*	174,6*	484*	768,2*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

*Nota das autoras: Os valores superiores a 62 (total de participantes) e 100%, são decorrentes de ter sido permitido aos participantes optarem por mais de uma alternativa.

A explanação dos conhecimentos, condutas, percepções, sentimentos e comportamentos dos profissionais sobre o processo de punção venosa periférico com fins hemoterápicos proporcionou uma imersão na perspectiva de quem executa tal ato. Uma vez que a interação entre o binômio usuário-profissional pode ser afetada pela premissa dessa perspectiva, foi pertinente aprofundar suas concepções com a realização do *survey*.

Com a identificação dos aspectos dos profissionais intrínsecos à punção, na realização do *survey*, fica a preocupação de atender ao outro componente do binômio usuário-profissional, que, nesta investigação, compreendeu os doadores de sangue. Nesse sentido, estão apresentados a seguir os resultados obtidos pela realização de *survey* nos doadores de sangue, que objetivou a aferição de sua satisfação com o processo de punção venosa desempenhado para o ato de doação.

5.5 SURVEY SOBRE A PUNÇÃO DE VASOS: AUTOPERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE

A aplicação do *survey* nos usuários doadores de sangue permitiu a caracterização desses sujeitos quanto as suas impressões acerca dos fatores que permeiam o processo de punção venosa periférico realizado para fins de doação de sangue, a fim de contemplar sua premissa de componente do binômio usuário-profissional.

Nessa etapa, foi possível obter informações sobre sua percepção do acolhimento oferecido pela equipe de enfermagem no momento da efetivação da doação de sangue, características gerais do ambiente no qual o ato é realizado e sobre os sentimentos e comportamentos que apresentam/manifestam ao longo das etapas de punção venosa periférica. Cabe mencionar que o perfil

sociodemográfico dos participantes abordados no *survey* é o mesmo da população acompanhada por ocasião da constituição da coorte, tendo sido exposto e discutido nesse item.

Com relação à avaliação geral do ambiente no qual os doadores de sangue são atendidos para a efetivação da doação de sangue e realização do processo de punção venosa periférico, 96% dos participantes atribuíram escore superior a cinco, numa escala gradativa que foi de zero a dez, para o nível de conforto/capacidade de sentir-se à vontade nesse ambiente. Nessa escala, zero correspondeu à ausência de conforto e dez correspondeu ao nível máximo de conforto percebido pelo participante.

Em contrapartida, ao serem questionados sobre o nível de desconforto oferecido pelo mesmo ambiente, 92,7% dos participantes atribuíram escore igual ou inferior a cinco, numa escala gradativa que foi de zero a dez, para o nível de desconforto/capacidade de sentir-se à vontade nesse ambiente. Nessa escala, zero correspondeu à ausência de desconforto e dez correspondeu ao nível máximo de desconforto percebido. Os dados foram apresentados na **Tabela 24**.

Tabela 24: Escores atribuídos pelo doador para os níveis de conforto/desconforto percebidos no ambiente no qual a punção venosa é realizada.

Valor	Escore atribuído para o conforto oferecido pelo ambiente onde a punção é realizada		Escore atribuído pelo participante para o desconforto imposto pelo ambiente onde a punção é realizada	
	n	%	n	%
0	-	-	100	66,7
1	-	-	8	5,3
2	-	-	16	10,7
3	-	-	7	4,7
4	-	-	3	2
5	-	-	5	3,3
6	2	1,3	-	-
7	3	2	-	-
8	13	8,7	-	-
9	14	9,3	-	-
10	112	74,7	-	-
Subtotal	144	96	139	92,7

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Uma investigação realizada sobre a percepção de usuárias de um serviço público de saúde brasileiro revelou que foram constatadas deficiências entre o atendimento prestado e o que é preconizado pelo SUS. Cabe mencionar que um dos aspectos apontados como relevantes à percepção das usuárias foi o conforto proporcionado pela instituição durante seu atendimento²⁴⁷.

Ao serem indagados sobre o fato de terem recebido algum tipo de ajuda/orientação do profissional com relação ao processo de punção venosa periférico realizado para a doação de sangue, 98% dos participantes responderam afirmativamente. Com relação ao tipo de ajuda/orientação oferecida pelo profissional no momento da punção, foi evidenciado na observação da pesquisadora

que, em 97,9% dos procedimentos acompanhados, o profissional adotou alguma das situações descritas na **Tabela 25**. Houve prevalência da situação “informação sobre o que seria feito” em 53,3% dos casos.

Tabela 25: Relação de condutas de ajuda/orientação prestadas pelo profissional ao doador de sangue durante o seu atendimento.

Situação no momento de pegar a veia	n	%
Informação sobre o que seria feito	80	53,3
Pedido (abrir mãos, retirar agasalho, etc.)	54	36
Conversa para distraí-lo com qualquer assunto	11	7,3
Agir com rapidez	2	1,3
Subtotal	147	97,9

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

A oferta de orientações aos participantes referentes aos passos de seu atendimento para a doação de sangue atende a uma recomendação institucional (**Anexo II**), evidenciada pela pesquisadora durante a fase de ambiência. Tais informações são referentes ao fluxo de atendimento do doador e constam dos protocolos de seu atendimento, cabendo ao profissional atender o usuário, de modo a lhe esclarecer todas as etapas do processo.

Pelo acompanhamento dos doadores de sangue, a pesquisadora evidenciou que o profissional que punciona veias periféricas para a doação avaliou a rede venosa de ambos os membros superiores do doador, antes de puncioná-lo, em todos os participantes acompanhados. Tal atitude se justifica pela preconização de avaliação da rede venosa do doador de sangue pelo profissional, antecedente à realização da punção, conforme o protocolo institucional (**Anexo II**). Independentemente de o profissional perguntar ao usuário sobre sua preferência de membro a ser puncionado, a avaliação de ambos os membros foi realizada.

Há a recomendação de que o profissional que punciona veias possua conhecimentos referentes à adequação do vaso para o fim desejado, com relação ao seu tamanho, localização e potenciais complicações do uso do cateter IV¹¹⁹.

Foi evidenciado que, em 99,3% das doações acompanhadas, não houve a necessidade de o profissional levar material extra para a realização da coleta do sangue. Foi constatado que, em apenas um caso, o profissional levou uma tira de fita adesiva extra para a fixação da agulha do circuito de coleta do sangue, apresentando como razão para tê-la levado: “poder precisar da fita adicional”.

O fato de o profissional não ter requisitado material extra no momento da punção e coleta de sangue do doador é justificado pela preparação de um kit exclusivo para o seu atendimento, contendo o material necessário, anteriormente descrito no item referente ao “fluxo de atendimento ao doador”.

No caso de o processo de punção venosa periférico ser malsucedido, ou de haver alguma falha referente ao material empregado no atendimento do doador, o ato é interrompido. O doador tem o

seu atendimento finalizado e é liberado, assim que forem descartadas reações à doação de sangue. O material utilizado é descartado, e, em caso de alguma anormalidade detectada, a enfermeira responsável técnica da instituição é acionada para proceder a respeito da resolução dessa situação.

A pesquisadora evidenciou no acompanhamento dos doadores que lhes foi realizada uma única tentativa de punção venosa periférica para viabilizar a coleta do sangue. Tal fato é consequente da preconização institucional da realização de um único procedimento de punção no doador de sangue. Mesmo nos casos em que não houve o alcance do volume mínimo para viabilizar a doação de sangue (310 mL de sangue), a coleta foi interrompida, e o doador foi liberado.

Ao serem indagados sobre os motivos atribuídos para a dificuldade da realização da punção venosa periférica, 90,7% dos participantes referiram que tal condição não se aplicava, uma vez que o procedimento de doação de sangue foi realizado. Os valores constatados estão demonstrados na

Tabela 26.

Tabela 26: Motivo atribuído pelo doador para a dificuldade de realização da punção para doação de sangue.

Motivos atribuídos	n	%
Minha veia é difícil	14	9,4
Não se aplica	136	90,7
Outros	1	0,7
Subtotal	151*	100,8*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

***Nota das autoras:** O fato de o número de participantes e da percentagem total ter sido superior a 150 e 100%, respectivamente, foi devido aos participantes terem atribuído mais de um motivo para justificar a dificuldade da punção venosa periférica para doação.

Um estudo sobre os fatores de insucesso em punção venosa de crianças hospitalizadas, concluiu que a vivência de processos patológicos prévios, desnutrição e uso de terapia intravenosa anterior estão associados às falhas do procedimento²⁴⁸. Apesar de a população da presente investigação não ser pediátrica, o fato de os doadores de sangue não serem acometidos por processos patológicos que inviabilizem a doação pode ser visto como um fator favorável para o sucesso da punção.

Ao ter sido solicitado ao participante que atribuísse uma nota em uma escala gradativa que foi de zero a dez para o quanto considera sua veia difícil de ser puncionada, sendo zero a ausência de dificuldade, e dez a dificuldade máxima, 37,3% dos participantes atribuíram escore zero em sua autoavaliação. Cabe mencionar que prevaleceu entre os participantes a autoavaliação de que não possuíam veias difíceis de ser puncionadas, tendo sido evidenciado que 70,6% deles atribuíram escores inferiores a cinco para o grau de dificuldade percebido na punção de suas veias.

Quanto à visibilidade do sítio de inserção da agulha do circuito de coleta de sangue, 76% dos participantes referiram que o complexo de fixação realizado permitia-lhes a visualização total do local e

lhes atribuíram escore dez, numa escala gradativa na qual zero correspondeu à impossibilidade de visualização do sítio de inserção da agulha e dez correspondeu à visibilidade total do mesmo.

Os participantes referiram que, ao terem acionado o profissional sobre alguma questão referente ao processo de punção venosa, tiveram suas solicitações atendidas em 98% dessas ocasiões. Com relação ao tempo de atendimento no processo de doação de sangue percebido pelos participantes, 44,7% deles atribuíram escore dez, numa escala gradativa, na qual zero correspondeu a “ruim” e dez correspondeu a “excelente”. Os demais valores atribuídos foram apresentados **na Tabela 27**.

Tabela 27: Auto avaliação do doador para o grau de dificuldade de realização a punção de sua veia e notas atribuídas para a visibilidade do sítio de inserção da agulha de coleta de sangue e tempo de atendimento.

Valor	Auto avaliação do grau de dificuldade para realizar punção		Nota atribuída pelo doador para a visibilidade do sítio de inserção da agulha de coleta de sangue		Nota atribuída pelo doador para o tempo de atendimento para doação de sangue	
	n	%	n	%	n	%
0	56	37,3	20	13,3	3	2
1	21	14	2	1,3	3	0,7
2	20	13,3	1	0,7	1	0,7
3	7	4,7	-	-	4	2,7
4	2	1,3	-	-	8	5,3
5	18	12	2	1,3	10	6,7
6	4	2,7	1	0,7	11	7,3
7	4	2,7	1	0,7	25	16,7
8	8	5,3	4	2,7	20	13,3
9	3	2	5	3,3	67	44,7
10	7	4,7	114	76	114	76
Subtotal	150	100	150	100	150	100

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Foi solicitado aos participantes que dessem uma nota para o desempenho dos profissionais que puncionam veias, numa escala gradativa de zero a dez, na qual zero correspondeu a “ruim” e dez correspondeu a “excelente”. O escore dez foi atribuído ao desempenho dos profissionais por 87,3% dos doadores de sangue entrevistados.

No período em que auxiliavam a compressão do sítio puncionado, os participantes foram questionados sobre a manifestação de dor durante a retirada da agulha do circuito de coleta. Foi-lhes solicitado que atribuissem uma nota em um escore de zero a dez para a dor percebida naquele instante, sendo o valor zero referente à ausência de dor e dez referente à dor máxima. Nesse sentido, 85,9% dos participantes atribuíram escore inferior a cinco para a dor percebida no instante da remoção da agulha. O total de notas dadas pelos participantes encontra-se demonstrado na **Tabela 28**.

Tabela 28: Escores atribuídos pelo doador para o desempenho do profissional que punciona veias para doação de sangue e para as dores percebidas nos momentos da retirada da agulha e após estar sem a agulha do circuito de coleta de sangue.

Valor	Escore atribuída para o desempenho do profissional que punciona veias para doação de sangue		Escore atribuído para a dor percebida no momento da retirada da agulha do circuito de coleta de sangue		Escore atribuído para a dor percebida após estar sem a agulha do circuito de coleta de sangue	
	n	%	n	%	n	%
0	-	-	68	45,3	114	76
1	-	-	14	9,3	12	8
2	-	-	25	16,7	3	2
3	-	-	14	9,3	12	8
4	-	-	8	5,3	5	3,3
5	-	-	11	7,3	3	2
6	1	0,7	3	2	-	0,7
7	1	0,7	4	2,7	-	-
8	5	3,3	1	0,7	-	-
9	12	8	1	0,7	-	-
10	131	87,3	1	0,7	1	-
Subtotal	150	100	150	100	150	100

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

Com a finalização do procedimento de punção venosa, os doadores foram questionados sobre a manifestação de dor no sítio puncionado, após estarem sem a agulha do circuito de coleta. Foi solicitado a eles que atribuissem uma nota em um escore de zero a dez para a dor percebida naquele instante, sendo o valor zero referente à ausência de dor e dez, à dor máxima, de forma semelhante à realizada nas etapas anteriores. Nesse sentido, 99,3% dos participantes atribuíram escore inferior ou igual a cinco para a dor percebida no instante da remoção da agulha. O total de notas atribuídas pelos participantes encontra-se demonstrado na Tabela 28.

Uma pesquisa realizada numa UTI neonatal evidenciou que a realização dos procedimentos invasivos, potencialmente dolorosos, possui impactos no crescimento e desenvolvimento dessa população. Apesar de a dor constituir um padrão subjetivo, é possível aferir a percepção da pessoa submetida à punção venosa pela verbalização²⁴⁹.

Em virtude do questionamento sobre o nível de satisfação do doador sobre o processo de punção venosa periférico realizado, foram-lhe apresentadas alternativas de situações percebidas como capazes de favorecer a experiência da punção. Os valores correspondentes a cada alternativa estão descritos na **Tabela 29**.

Tabela 29: Situações que o doador considera passíveis de melhora, referentes ao processo de punção venosa para doação de sangue.

Situações	n	%
Avaliar o local mais vezes	21	14,1
Os profissionais mexerem com delicadeza no local	56	37,4
Haver rapidez na identificação do problema	52	34,8
Haver rapidez no tratamento quando for identificado algum problema	53	35,5
Haver esclarecimento de alguma dúvida minha ou		

de meu acompanhante	51	34,1
Subtotal	233*	155,9*

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

***Nota das autoras:** O fato de os valores totais da frequência das opções e da percentagem terem sido superiores a 150 e 100%, respectivamente, foi devido aos participantes terem escolhido mais de uma alternativa.

Durante o acompanhamento do processo de doação de sangue, a pesquisadora evidenciou a realização de compressão do sítio de punção venosa após a retirada da agulha em 99,3% dos participantes. O mesmo número foi evidenciado com relação à compressão com o auxílio do doador, tendo sido orientado pelo profissional a comprimir o local por cinco minutos.

Em uma única participante não se deu a compressão do sítio puncionado, o que ocorreu em função de a mesma ter alegado, na ocasião, que não poderia aguardar após a finalização da coleta de sangue, por ter compromissos pessoais naquele horário. O profissional responsável pelo atendimento dessa participante explicou-lhe a importância da compressão para que não ocorresse equimose ou hematoma no local. Apesar disso e de ter tentado dissuadi-la de deixar o hemocentro, a mesma referiu ser doadora periódica, disse que estava “acostumada” com o processo de doação e não apresentava reações adversas e saiu da instituição.

Com a finalização do processo de punção venosa, foi possível que a pesquisadora constatasse a limpeza do sítio puncionado em todos os participantes. A fotografia referente ao participante D052 (**Figura 61**), após a finalização da doação de sangue, é capaz de demonstrar essa afirmação.

Figura 61: Fotografia do sítio puncionados logo após a finalização do procedimento de doação de sangue.



Fonte: Acervo fotográfico das autoras.

Ao fim do processo de doação de sangue, os participantes foram questionados sobre a nota que atribuíam ao tratamento recebido dos profissionais da instituição, no momento da punção venosa periférica para viabilizá-lo, e sua satisfação com o procedimento realizado.

Com relação ao tratamento recebido pelos profissionais no momento da punção, as notas atribuídas obtiveram escore superior a seis, sendo que 86,7% dos participantes deram nota dez. No que tange à satisfação dos participantes sobre o processo de punção venosa periférico realizado, 99,3% dos doadores atribuíram notas com escores iguais ou superiores a cinco. Os valores correspondentes ao tratamento recebido e à satisfação com a punção venosa encontram-se demonstrados na **Tabela 30**.

Tabela 30: Nota atribuída pelo doador ao tratamento recebido no momento da punção e à sua satisfação com o procedimento de punção venosa periférico, realizado no hemocentro.

Valor	Tratamento recebido		Satisfação com a punção realizada	
	n	%	n	%
0	-	-	-	-
1	-	-	-	-
2	-	-	1	0,7
3	-	-	-	-
4	-	-	-	-
5	-	-	3	2
6	1	0,7	2	1,3
7	3	2	2	1,3
8	6	4	13	8,7
9	10	6,7	19	12,7
10	130	86,7	10	73,3
Subtotal	150	100	150	100

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

A questão da satisfação trata de um objetivo mútuo no ato de doação de sangue. Na medida em que as instituições que recebem os doadores atendem seus princípios e missão, o usuário do serviço é beneficiado com relação à assistência recebida e com a efetivação do ato, com o qual se agrega num grupo socialmente contextualizado²³¹. A atribuição frequente de notas com escores superiores a seis e oito com relação ao tratamento recebido no hemocentro e com a punção venosa periférica realizada evidencia a satisfação dos doadores de sangue e confere subsídios para investigações posteriores.

Apesar de os doadores de sangue terem tendências a comportamentos altruístas, em relação a pessoas não doadoras²²², faz-se necessário identificar suas demandas relacionadas ao atendimento, garantindo, dessa forma, sua satisfação com o ato e possibilidade de fidelização.

Diante da necessidade de se obter evidências sobre os padrões de sentimentos e comportamentos adotados pelos doadores de sangue, no momento do processo de punção venosa periférico, os participantes foram indagados a seu respeito durante o momento da coleta de sangue.

Na fase que antecede a realização da punção venosa para a coleta de sangue, foi identificada a prevalência dos sentimentos de “segurança” e “ansiedade” por 31,4% e 28,2% dos participantes

respectivamente. Nesta fase, foi evidenciada nos participantes a ocorrência dos comportamentos “colaborativo” por 94,1%, “silencioso” por 89,5% e de “esquivar o olhar” por 63,5% deles.

Durante a realização do processo de punção venosa periférico para a doação de sangue, também foram evidenciadas as maiores incidências de “segurança” e “ansiedade”, sendo referidos por 23,4% e 23,5% dos participantes respectivamente. Ainda na fase da punção propriamente dita, foram identificados nos participantes os comportamentos “colaborativo” por 72,8% e “silencioso” por 66,8% deles.

Na fase de coleta do sangue e conseqüente manipulação do vaso periférico dos doadores, foram referidos os sentimentos de “ansiedade” por 23,6% e “indiferença” por 14,7% deles. A manipulação do vaso permitiu a observação dos comportamentos “colaborativo” e “silencioso”, em 71,4% e 68,1% dos doadores respectivamente.

A fase de remoção da agulha evidenciou as maiores ocorrências dos sentimentos de “alívio” por 27,4% e “indiferença” por 20,1% dos participantes. Com a retirada da agulha, os participantes apresentaram os comportamentos “colaborativo” e “silencioso”, em 70,6% e 68,7% deles respectivamente.

A finalização do ato de doação de sangue, com o término do processo de punção venosa periférico, evidenciou a ocorrência dos sentimentos de “indiferença” por 35% e “alívio” em 29,4% dos doadores de sangue. A conclusão do procedimento permitiu evidenciar nos participantes os comportamentos “silencioso” e “vigilante” em 62,7% e 44,7% deles respectivamente.

Cabe mencionar que os participantes puderam optar por mais de uma alternativa, referente aos sentimentos e comportamentos, ao serem indagados no decorrer das fases do seu atendimento, o que levou a valores absolutos superiores a 150 e percentuais superiores a 100%. Nesse sentido, o comportamento do doador é algo que deve ser investigado, uma vez que o seu entendimento possibilitará o alcance do êxito durante a assistência hemoterápica²³⁰.

Os valores identificados pelo questionamento de sentimentos e comportamentos percebidos pelos participantes ao longo das etapas do processo de punção venosa periférico para a doação de sangue estão demonstrados na **Tabela 31**.

Tabela 31: Sentimentos do doador de sangue durante as etapas da punção venosa e suas classificações.

Sentimentos	Antes		Durante		Manipula vaso		Remoção		Pós-remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Segurança	47	31,4	35	23,4	15	10,1	21	14,1	22	14,7	140	93,7
Ansiedade	42	28,2	35	23,5	35	23,6	24	16,2	3	2,1	139	93,6
Indiferença	13	8,7	10	6,7	22	14,7	30	20,1	53	35,3	128	85,5
Alívio	8	5,4	5	3,3	-	-	41	27,4	44	29,4	98	65,5
Desconforto	8	5,4	5	3,4	55	37	16	10,8	3	2	87	58,6

Ardência	13	8,7	12	8,2	3	2,1	2	1,3	-	-	30	20,3
Medo	12	8,1	10	6,7	3	2,1	3	2,1	-	-	28	19
Não se aplica	-	-	15	10	4	2,8	9	0,7	-	-	28	13,5
Dor	4	2,8	4	2,7	2	1,4	-	-	-	-	10	6,9
Insegurança	2	1,4	1	0,7	1	0,7	2	1,3	1	0,7	7	4,8
Limita movimento	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	-	-	2	1,3
Total	150	100,8	118	79,3	140	94,5	148	94	126	84,2	697	462,7
VALORAÇÃO												
Negativo	62	41,3	65	43,3	67	44,7	30	20	5	3,3	229	152,6
Neutro	22	14,7	30	20	30	20	48	32	65	43,3	195	130
Positivo	48	32	41	27,3	12	8	34	22,7	45	30	180	120
Não se aplica	18	12	14	9,3	41	27,4	38	25,4	35	23,3	146	97,4
Total	150	100	150	99,9	150	100,1	150	100,1	150	99,9	750	500

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

*Nota das autoras: O fato de os valores totais da frequência das opções e da percentagem terem sido superiores a 150 e 100%, respectivamente, foi devido aos participantes terem optado por mais de uma alternativa.

Na etapa que antecede a realização do processo de punção de vasos periféricos, os participantes referiram os sentimentos de “segurança” (31,4%), “ansiedade” (28,2%), “indiferença” (8,7%), “ardência” (8,7%) e “medo” (8,1%) respectivamente. Durante a realização do procedimento, permaneceram esses mesmos sentimentos, com valores diferenciados: de “segurança” (23,4%), “ansiedade” (23,5%), “indiferença” (6,7%), “ardência” (8,2%) e “medo” (6,7%). Houve ainda a resposta “não se aplica” nessa fase (10%). Durante a manutenção do cateter no interior do vaso, houve “desconforto” (37%), “ansiedade” (23,6%), “indiferença” (14,7%) e “segurança” (10,1%). Na etapa de remoção da agulha do vaso, os sentimentos foram de “alívio” (27,4%), “indiferença” (20,1%), “ansiedade” (16,2%) e “segurança” (14,1%) e, na etapa pós-remoção, os participantes relataram “indiferença” (35,3%), “alívio” (29,4%) e o sentimento de “segurança” (14,7%).

Ao analisar os tipos de sentimentos referidos pelos participantes como sendo emergentes ao longo do processo de punção de vasos periféricos em hemoterapia, foi possível identificar que houve uma modificação segundo a etapa em que o processo de punção de vasos ocorria com relação à segurança, que prevaleceu antes da e durante a punção e teve sua manifestação reduzida no decorrer de sua finalização.

Quanto à indiferença, esteve presente ao longo de todas as etapas da punção, tendo sua prevalência aumentada com a finalização do procedimento. A sensação de ardência não surgiu com a remoção da agulha da veia dos participantes, e, da mesma forma, o medo não foi evidenciado com sua inserção.

Esses sentimentos identificados pelos participantes desta pesquisa foram corroborados por achados de outra investigação realizada em uma instituição hospitalar²¹⁶. Em geral, a análise segundo as etapas do processo de punção evidenciou a predominância de sentimentos de caráter negativo e neutro.

Houve a captação dos comportamentos adotados pelos participantes ao terem seus vasos puncionados, conforme demonstra a **Tabela 32**.

Tabela 32: Comportamentos do doador de sangue durante as etapas da punção venosa e suas classificações.

Comportamentos	Antes		Durante		Manipula vaso		Remoção		Pós-remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Silencioso	134	89,5	100	66,8	102	68,1	103	68,7	94	62,7	533	355,8
Colaborativo	141	94,1	109	72,8	107	71,4	106	70,6	102	68	565	376,9
Esquiva olhar	95	63,5	74	49,5	72	48,1	60	40	34	22,7	335	223,8
Vigilante	42	28	35	23,4	37	24,7	50	33,4	67	44,7	231	154,2
Nervoso	43	28,7	30	20,1	32	21,4	23	15,3	1	0,7	129	87,2
Tagarela	13	8,7	13	8,8	11	7,4	10	6,7	19	12,7	66	44,3
Indiferente	8	5,4	4	2,7	3	2	3	2	10	6,6	28	18,7
Intolerante	1	0,7	-	-	-	-	-	-	1	0,7	2	1,3
Total	477	318,6	400	100	364	243,1	355	236,7	328	218,8	1889	1262,2
VALORAÇÃO												
Negativo	36	24	21	14	22	14,7	16	10,7	5	3,3	100	66,7
Neutro	88	58,7	117	78	84	56	89	59,3	98	65,3	476	317,3
Positivo	25	16,7	12	8	7	4,7	8	5,3	12	8	64	42,7
Não se aplica	1	0,7	-	-	37	24,7	37	24,7	35	23,3	110	73,4
Total	150	100	150	100	150	100	150	100	150	100	750	500,1

Fonte: Dados gerados pelo programa SPSS.

*Nota das autoras: O fato de os valores totais da frequência das opções e das percentagens terem sido superiores a 150 e 100%, respectivamente, foi devido aos participantes terem optado por mais de uma alternativa.

Os usuários apresentaram os seguintes comportamentos diante do processo de punção: antes do procedimento, os comportamentos predominantes referidos foram: “colaborativo” (94,1%), “silencioso” (89,5%), “esquivar o olhar” (63,5%), “nervoso” (28,7%) e “vigilante” (28%) respectivamente. No momento seguinte, durante a punção, houve predominância dos mesmos, porém foi constatada a alteração de seus valores com redução de seus escores, são eles “colaborativo” (72,8%), “silencioso” (66,8%), “esquivar o olhar” (49,5%), “nervoso” (20,1%) e “vigilante” (23,4%). Durante a manutenção, foram: “colaborativo” (71,4%), “silencioso” (68,1%), “esquivar o olhar” (48,1%), “vigilante” (24,7%) e “nervoso” (21,4%).

Com a remoção da agulha, o comportamento de “colaboração” permaneceu predominante (70,6%), seguido por “silencioso” (68,7%), “esquivar o olhar” (40%), “vigilante” (33,4%) e “nervoso” (15,3%). Ao ser finalizada a punção, na etapa de pós-remoção, o sentimento predominante foi “colaborativo” (68%), seguido por “silencioso” (62,7%) e “vigilante” (44,7%).

Ao se compararem os sentimentos e comportamentos evidenciados pelos participantes, foi possível constatar uma divergência na atribuição valorativa, havendo a predominância de comportamentos neutros e negativos. No caso dos sentimentos, o cunho negativo predominou.

6 IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICO NA PERSPECTIVA DO BINÔMIO USUÁRIO-PROFISSIONAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM HEMOTERAPIA

A realização da presente investigação, direcionada ao alcance do objetivo de identificar as especificidades do processo de punção venosa periférico, desempenhado para fins hemoterápicos, gerou uma reflexão acerca das duas perspectivas contempladas: a de usuários punccionados e a de profissionais que executam este ato.

Tal reflexão foi embasada nos achados provenientes da análise integradora dos dados obtidos pelas diferentes vertentes metodológicas que compuseram o delineamento de método misto¹⁸⁴. Os resultados provenientes da abordagem qualitativa, compreendendo os estudos de caso sobre pessoas internadas e as representações sociais dos participantes sobre o processo de punção venosa, viabilizaram a compreensão das implicações existentes para quem o vivencia.

Foi possível acompanhar os processos de punção vivenciados pelos usuários em dois contextos distintos, o da doação de sangue e o do seu recebimento. Em ambos os contextos, a punção venosa periférica mostrou-se pertinente e necessária para a efetivação dos fins hemoterápicos, cujas repercussões são passíveis de ser rememoradas e modificadoras de comportamento de quem a desempenha ou vivencia.

Com os estudos de caso de pessoas em situação de recebimento de sangue, foi possível verificar a preexistência de processos patológicos que se mostraram intervenientes sobre as condutas adotadas pelos profissionais e sobre a assistência de enfermagem oferecida para essas pessoas.

A realização do processo de punção venosa periférico não foi destinada exclusivamente para fins de transfusão de sangue em todos os receptores acompanhados, sendo evidenciada sua utilização concomitante para terapia intravenosa. Apesar de haver a contraindicação dessa conduta, a escassez de rede venosa em populações acometidas por processos patológicos, tais como os oncológicos, pode justificar a adoção do acesso venoso de forma simultânea²⁰⁶.

O fato de a metade dos participantes abordados para a elaboração dos estudos de caso ter apresentado manifestações do diagnóstico de enfermagem “risco para trauma vascular”³⁰ sinaliza a necessidade de se repensar o processo de punção venosa periférico desempenhado em usuários com comorbidades hemoterápicas. Com base nos históricos apresentados dos participantes, foi possível inferir que os processos patológicos que requisitaram sua hospitalização e tratamento podem ter propiciado a ocorrência das manifestações anteriormente descritas.

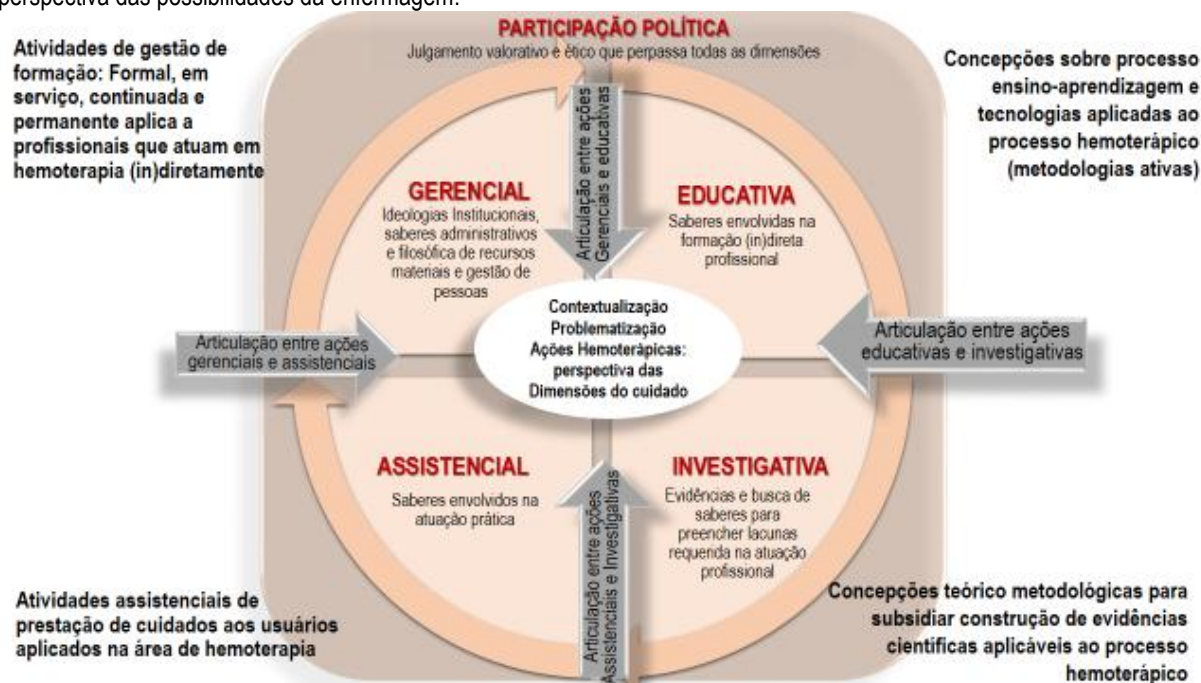
Quanto às condutas profissionais relativas ao processo de punção venosa, foi evidenciada a ocorrência de divergências entre o que é preconizado e o que é realizado na atuação laboral da equipe

de enfermagem. A omissão de registros, por exemplo, consiste em uma prática irregular que contribui tanto para o prejuízo da assistência prestada, podendo acarretar malefícios diretos para o usuário, quanto para a desvalorização e depreciação da atuação da equipe de enfermagem²⁰⁴.

Nesse sentido, cabe ao profissional de enfermagem reconhecer as deficiências do sistema assistencial no qual está inserido, admitindo que há necessidade de reavaliá-lo e reconduzi-lo ao aspecto sagrado contemplado pelas ações em prol da cura e saúde das pessoas atendidas. Watson propõe, com a Teoria do Cuidado Transpessoal, o resgate da enfermagem da marginalidade, a partir do repensar da ação profissional pelo enfermeiro¹⁴³.

Para promover a ressignificação da enfermagem, os profissionais devem buscar refletir sobre os seus aspectos básicos aos mais complexos, desconstruindo cada procedimento que executam, simbolizando-o como algo essencial, em vez de banalizá-lo¹⁴³. Esse repensar da enfermagem deve ser aplicado desde o processo de formação do profissional ao seu aperfeiçoamento, uma vez que a enfermagem assume cinco dimensões no âmbito do cuidar, inserindo-se também na dimensão educativa⁸³, sinalizando para o enfermeiro as direções a serem seguidas para sua construção constante. Tal fato leva à articulação dos saberes às dimensões do cuidar em hemoterapia (**Figura 62**).

Figura 62: Esquema explicativo da modalidade de educação permanente aplicada ao ensino em hemoterapia na perspectiva das possibilidades da enfermagem.



Fonte: As autoras, baseado SANNA, HEMOTERAPIA E MOTTA aplicado à atuação de enfermeiros na área de Hemoterapia.

Para embasar a abordagem dos saberes compreendidos no processo hemoterápico, as práticas profissionais e os recursos materiais articulados para a assistência de enfermagem, adotou-se, nesta investigação, a perspectiva das tecnologias contemporâneas aplicáveis ao sistema de saúde⁵⁸.

A identificação das representações sociais dos participantes sobre o processo de punção venosa em hemoterapia constituiu evidências sólidas para a discussão do tema, devido ao fato de retratarem suas opiniões, crenças e comportamentos¹⁸⁹. Para o contexto hemoterápico, as representações dos doadores de sangue sobre a punção mostraram-se expressivas, uma vez que os levam ou não a assumir o comportamento de doação.

Em decorrência da constatação de que os doadores de sangue colocam de lado o desconforto imposto pela realização da punção venosa em razão do alcance de benefícios, próprios ou de terceiros, ficou nítida a responsabilidade que é atribuída ao profissional que punciona essas pessoas.

Devido à responsabilidade que o profissional assume diante do atendimento dos doadores de sangue, cabe-lhe desconstruir, junto ao usuário, um arquétipo masculino de assistência, que desvaloriza as etapas do processo de cuidar-curar e exalta os fins biomédicos. A interação entre o binômio usuário-profissional permite a transcendência do momento de doação de sangue, para a vivência de algo autêntico¹⁴³.

Com relação aos profissionais, suas representações sobre o processo de punção venosa periférico para fins hemoterápicos retratou a forma banalizada como o procedimento é compreendido, apesar de sua vivência mostrar-se memorável. Nesse sentido, o enfermeiro tem a obrigação de honrar sua energia feminina, pela proximidade que guarda com os processos que permeiam a vida, através do ato de cuidar. Ao admitir sua responsabilidade para com o cuidar-curar, permite que os usuários compreendam sua necessidade de inserção junto à assistência¹⁴³.

A análise das especificidades do processo de punção venosa em hemoterapia foi integrada pelos dados captados pela abordagem quantitativa, com a realização da coorte com doadores de sangue, do *survey* com profissionais e da escala de satisfação dos usuários sobre a punção.

A realização da coorte evidenciou a baixa incidência de traumas vasculares na população doadora de sangue, a partir da punção venosa realizada para a obtenção do sangue. Apesar de os doadores serem puncionados com agulha de grosso calibre, dadas as peculiaridades da doação de sangue, isso constitui um fator propício para o desencadeamento de traumas^{9; 119}.

No entanto, o acesso venoso evidenciou duração pontual, inferior a 12 minutos, não permanecendo além do período necessário; linha de acesso exclusiva à rede venosa do usuário, para fins de obtenção do sangue; ausência de infusão de drogas vesicantes, ou terapia IV, que pode danificar o interstício venoso da rede vascular do doador; e fixação não oclusiva do sítio de inserção da agulha, o que evita o seu contato com material não estéril. Tais fatores são associados às boas

práticas recomendadas para o sucesso da punção venosa periférica e prevenção de traumas vasculares periféricos^{9; 119}.

Cabe mencionar outro fator contribuinte para a qualidade do processo de punção venosa periférico realizado no hemocentro. Constatou-se, a partir da realização da ambiência neste cenário, que o serviço desempenha ações de educação permanente com seus funcionários. Tal atitude é vista como capaz de promover a melhora dos processos assistenciais nos estabelecimentos de saúde⁹⁹.

A contemplação do arquétipo feminino da enfermagem pelos profissionais atuantes é capaz de sustentar coletivamente os espaços sagrados, de um modo que sua luz reflita exteriormente para as instituições, para nossa cultura e para o mundo¹⁴³.

A abordagem aos profissionais, pelo método *survey* conferiu evidências sobre a construção da formação do profissional que punciona veias, a forma objetiva como concebe sua atuação prática, a percepção da perspectiva do usuário que é punccionado e os sentimentos e comportamentos que manifesta ao longo do processo.

Na dimensão transpessoal, qualquer procedimento executado em prol do cuidar-curar deve ser dotado de intencionalidade do profissional. A intencionalidade cerceia a interação do binômio usuário-profissional, conferindo poder e evolução para a enfermagem¹⁴³.

As competências práticas do processo de punção venosa, levantadas no *survey*, remetem à discussão sobre as competências ontológicas contempladas no modelo de cuidado transpessoal. Consistem do cultivo que o enfermeiro realiza a partir da consciência do cuidar como pertinente ao processo de cura e, para tal, requer do profissional um processo de aperfeiçoamento espiritual constante¹⁴³.

A abordagem da aferição do nível de satisfação dos usuários conferiu subsídios objetivos da percepção do usuário sobre o atendimento recebido no ato de doação de sangue. Ficou evidenciado que o usuário foi capaz de atribuir significação semelhante para o atendimento recebido e para a sua satisfação quanto ao processo de punção pelo qual passou.

Uma vez que o delineamento metodológico de método misto permitiu a análise integradora das evidências, cabe mencionar que foi constatado pela captação da representação social dos doadores sobre o processo de punção venosa periférico que esses participantes evidenciaram a mesma representação tanto para o ato de doação quanto para o procedimento. Nesse sentido, ficou evidenciada a proximidade que os dois conceitos guardam, sendo que um é capaz de configurar repercussões para o outro, cabendo evidenciar a satisfação do doador.

Portanto, no cuidado transpessoal, o enfermeiro desempenha uma ação crítica para gerar um ambiente de cura, com base nas competências ontológicas, no qual o binômio usuário-profissional e os

demais elementos implicados sejam capazes de usufruírem de um local transformador e efetivamente curativo¹⁴³.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o processo de punção de vasos durante a captação/transusão de hemocomponentes/derivados e a ocorrência de trauma vascular periférico na perspectiva de usuários e profissionais de saúde e identificar os componentes representacionais elaborados por profissionais e doadores de sangue a respeito do processo de punção de vasos para finalidade de captação e transusão de sangue foi possível caracterizar as especificidades desse processo.

O perfil de doadores de sangue é predominantemente masculino, solteiros, estudantes e jovens e o fato de eles não estarem em processo de adoecimento justificou a incidência de seis por cento de manifestações de trauma vascular, embora tenha sido identificados comportamentos e sentimentos de desconforto e que retratam dificuldade no processo de enfrentamento da punção dos vasos no decorrer da captação do hemoderivado, uma não adesão às orientações pós coleta de sangue e que podem ser minimizadas com ações de enfermagem.

Foi possível identificar que as etapas do processo de punção venosa periférica para viabilizar a doação de sangue ocorrem de forma similar à punção para fins diferenciados, consistindo de: orientação do usuário sobre a realização do procedimento; o preparo dos recursos materiais necessários para a montagem do *kit*; a avaliação da rede venosa do doador; a antisepsia do sítio a ser puncionado, em dois tempos (utilizando álcool a 70% e clorexidina alcoólica); a colocação de torniquete no membro a ser puncionado; a angulação da agulha em posicionamento condizente com o vaso escolhido; a inserção da agulha propriamente dita; a constatação do retorno sanguíneo; a fixação da agulha no sítio puncionado com pouca quantidade de fita adesiva, adotando em geral, duas tiras de fita; a manutenção do torniquete até o alcance do volume de sangue definido pela triagem; a retirada da agulha do sítio de punção; a realização de compressão até a comprovação da hemostasia; o descarte de parte do circuito de coleta de sangue; a alocação da bolsa contendo o sangue coletado em local próprio na sala de coleta; a monitoração do doador até a constatação da ausência de alterações hemodinâmicas, ou o atendimento de reações adversas à doação e os registros do profissional em impressos próprios institucionais.

Quanto ao processo de punção venosa periférica identificado em pessoas vivenciando situações de transusão de sangue por plaquetopenia, anemia e imunodepressão, constatou-se que as punções foram desempenhadas à semelhança de punções realizadas para fins terapêuticos, seguindo a rotina de atendimento institucional e as condutas terapêuticas multiprofissionais. Foi possível verificar que a punção dos participantes dos estudos de caso não foi realizada de forma unânime para fins de transusão, havendo sua utilização para terapias farmacológicas e diagnósticas, em virtude de haver o comprometimento de sua rede venosa por processos patológicos.

Dentre as percepções, sentimentos e comportamentos de profissionais sobre o processo de punção desempenhado nos dois cenários, prevaleceram os sentimentos de “sentir-se avaliado” e “apreensão” nas etapas iniciais do processo, e os sentimentos de “alívio” e “apreensão”, em decorrência de sua preocupação com possíveis intercorrências.

Quanto aos seus comportamentos, foram evidenciados “tagarelar”, “vigilância” e “foca a atenção”, enquanto ações percebidas pelo profissional como inerentes à assistência do usuário que passou pelo processo de punção venosa.

No caso dos doadores de sangue, houve a predominância de sentimentos de “segurança”, “ansiedade”, “indiferença” e “alívio”. No entanto, os participantes atribuíram-lhe valoração de cunho negativo e neutro, ao serem indagados.

Quanto aos comportamentos evidenciados nos doadores, houve predomínio de “silencioso”, “colaborativo” e “esquivar o olhar”. Tal fato pôde ser atribuído a questão do objeto representacional da agulha consistir em algo passível de desencadear fobia e trauma nos participantes, conforme evidenciado pela captação de suas RS sobre o processo de punção. Na atribuição valorativa desses comportamentos predominaram os cunhos neutros e negativos.

Com relação à coorte, foi possível evidenciar a ocorrência de seis por cento de traumas vasculares periféricos na população doadora de sangue, sendo possível inferir que a condição saudável do doador pode ter sido um fator que contribuiu para essa incidência.

Diante dos casos de trauma vascular identificados entre os doadores de sangue ficou a indagação: por que as recomendações não foram interpretadas pelos usuários como relevantes a ponto de motivarem comportamentos de adesão a elas? Será que as atividades pós punção estão tão imbricadas no cotidiano dos usuários que eles não percebem que se expõe a esforço e esse seja o motivo dos casos de equimose identificados? Será que o processo de doação por ser realizado fora do contexto do adoecimento faz com que os doadores não vislumbrem a possibilidade de intercorrências mesmo que de caráter controlável?

Para tentar responder a parte desses questionamentos que surgiram com a análise dos resultados foi necessário utilizar de um olhar que se construísse a partir da perspectiva do binômio usuário-profissional alicerçado na teoria de Watson.

Ao analisar comparativamente as peculiaridades do processo de punção de vasos e ocorrências de manifestações de trauma vascular nas pessoas cujas veias são usadas para fins hemoterápicos coube uma reflexão na qual foi possível identificar que parte das ocorrências de trauma estão implícitas no processo de morbidade próprio de pessoas em tratamento.

Tal fato se alicerçou nos valores de incidência de trauma vascular identificados entre os participantes do estudo de caso comparado com os doadores de sangue, o que reafirma o diagnóstico

de enfermagem de vulnerabilidade para ocorrência de trauma vascular denominado de “risco para trauma vascular” ter componentes próprios das propostas terapêuticas nas quais o uso da veia se inscreve.

Nesse sentido, a utilização da Teoria de Watson permitiu lançar um olhar para diagnosticar as necessidades dos participantes em sua perspectiva e possibilitou vislumbrar a ressignificação do processo de punção de vasos em sua dinâmica, captando respostas humanas que foram emitidas por verbalização ou outros canais de expressão do ser humano a ponto de caracterizar um momento autêntico no processo de cuidar em enfermagem.

Ficou evidenciado pelos conteúdos representacionais expressos pelas dimensões comportamentais/atitudeis, informativa/cognitiva, valorativa e da composição de como o uso do vaso foi objetivado dentro processo de punção de vasos a presença de pontos comuns entre a doação e a punção de vasos que possibilita viabilizar esse procedimento.

Conteúdos do senso comum foram identificados como elementos que permeiam formas de resposta das pessoas que utilizam seus vasos para fins hemoterápicos diante da atuação laboral da equipe de enfermagem ao puncionar vasos quando se compara essa finalidade com outras que não sejam as hemoterápicas.

Esses traços que compuseram a forma como os participantes enfrentaram o processo de punção hemoterápica possuíam elementos comuns e que estiveram velados para o olhar profissional desatento a elas e na perspectiva da temática e da forma como os dados foram obtidos e analisados (método misto) eles puderam ser retratados a partir da triangulação de métodos de coleta, tratamento e análise dos resultados. Isso equivale a dizer que a proposta metodológica, teórico, filosófica, conceitual e operacional realizada nessa investigação mostrou-se apropriada para a profundidade com que os resultados estão sendo apresentados.

A apreensão das impressões dos profissionais que puncionam veias não se mostrou menos relevante e contextualizada nas análises e conclusões dessa investigação.

Foi possível perceber um comportamento reducionista para a análise e vivência do processo de punção de vasos na perspectiva dos profissionais e um protagonismo da introdução da agulha em decorrência da cotidianidade do processo laboral. As consequências desse fato repercutem sobre o profissional gerando uma “impermeabilidade” de sua parte para captar as respostas humanas daqueles que cuida em decorrência de um posicionamento mecanicista.

Nessa perspectiva, ressignificar o procedimento e divulgar o processo de punção de vasos a partir de uma releitura de sua execução, finalidade, motivação e procedimento a partir do qual as pessoas em uso dos vasos em hemoterapia constituem numa contribuição de conhecimento alicerçado

nas tecnologias implícitas desde a formação até o exercício profissional e a obtenção de seus resultados na dimensão do binômio usuário-profissional.

Nesse sentido, os resultados dessa investigação motivaram uma reflexão sobre como o profissional enfermeiro poderá atuar e direcionar sua equipe na perspectiva da sua atuação laboral de forma que, mesmo as “pequenas” inaptações existentes no processo de enfrentamento que decorre do uso dos vasos para fins hemoterápicos possam ser terapeuticamente abordadas a ponto de proporcionar bem-estar e prover a saúde daqueles que se colocam em condição de ceder de si (sangue) em favor do outro.

O fato de somente ter sido identificado entre as manifestações de trauma vascular a ocorrência de dor, desconforto e equimose e em frequência muito menor do que as descritas na literatura em outras finalidades de punção de vasos faz acreditar que, aliado as boas práticas laborais decorrente de um processo atento sobre eventos adversos e educação continuada se encontra uma prática que pode ser melhorada.

Nesse sentido, cabe mencionar que a presente investigação sinaliza para a necessidade de discussões acerca da prática profissional de enfermagem no que se refere ao processo de punção venosa periférico desempenhado para fins hemoterápicos.

Faz-se necessário que mais evidências sobre a temática em questão venham corroborar com as melhores práticas de enfermagem, empoderar o profissional e instrumentalizá-lo para o exercício profissional pleno, na medida em que auxilia aos doadores de sangue receberem um tratamento de excelência e alicerçado em evidências científicas.

Quanto às hipóteses que nortearam a abordagem quantitativa desta investigação foi possível rejeitar a hipótese de nulidade de H1, tendo sido evidenciado que a incidência de trauma vascular periférico, pelo processo de punção venosa em hemoterapia, foi inferior a 20% dos casos acompanhados.

Houve a rejeição da hipótese de nulidade de H2, uma vez que os sentimentos e comportamentos das pessoas em situação de doação de sangue foram predominantemente compostos por elementos negativos, apesar da opção de doação ser voluntária.

Houve a rejeição da hipótese de nulidade de H3, uma vez que foi constatada a redução dos valores relativos dos comportamentos dos doadores no decorrer do processo de punção venosa para doação de sangue.

Com relação à hipótese de nulidade de H4, esta foi aceita, uma vez que as peculiaridades do processo de punção venosa periférica para fins de doação de sangue distinguem-se dos demais, em virtude de fatores tais como o complexo de fixação da agulha adotado, as condições prévias do doador, a compressão exercida por um período não inferior a cinco minutos. Nesse sentido, uma vez que o

processo de punção para doação de sangue possui peculiaridades referentes à sua execução, cabe mencionar que os fatores desencadeadores de trauma vascular tendem a ser divergentes das demais punções.

Ao finalizar dessa etapa a pesquisadora buscou refletir e aproximar os conteúdos dessa investigação com sua atual inserção na formação de técnicos de enfermagem à luz dos resultados da presente investigação.

Diante do exposto, coloco-me a partir daqui a protagonizar uma indagação que surgiu, ou seja: como é possível dizer que um técnico de enfermagem possui mais habilidade para puncionar vasos periféricos quando comparado ao enfermeiro se, em sua formação, ele não dispõe de tecnologias diferenciais e nem mais aprofundadas para aquisição dessa habilidade/*expertise*?

Nesse sentido, contextualizo uma lacuna a ser respondida: Como a aquisição de *expertise* por parte dos técnicos de enfermagem no que tange ao processo de punção de vasos periféricos está sendo construída? Quem tem “pagado a conta” dessa aprendizagem? Como conciliar quantitativo de profissionais com competência, habilidade adquirida e qualidade do cuidado de enfermagem?

Com base no exposto, foi possível a caracterização das especificidades do processo de punção venosa periférico desempenhado com fins hemoterápicos, enquanto um processo que abrangerá desde pessoas em situação de homeostase orgânica, no caso dos doadores, quanto pessoas vivenciando o emprego de condutas terapêuticas, a fim de reabilitarem sua condição saudável, no caso dos receptores de sangue.

O conhecimento da cotidianidade da realização do processo de punção venosa pelos profissionais de duas instituições permitiu retratar suas condutas diante de peculiaridades distintas, em contextos, junto aos doadores e aos receptores. Em ambos os contextos, a *expertise* do profissional configurou um aspecto pertinente para a eficiência da realização da punção, sendo possível detectar na atuação de iniciantes, a presença de sentimentos de insegurança. No entanto, prevaleceu entre os profissionais a sensação de “sentir-se avaliado” pelo usuário durante o procedimento.

A identificação das representações sociais de doadores de sangue sobre o processo de punção venosa retratou os significados atribuídos pelos participantes ao processo, havendo a contradição de um procedimento gerador de desconforto ocasionar a “menor-dor” percebida, e os seus benefícios superarem condições vistas como desfavoráveis.

Com relação aos profissionais, ficou evidenciada a banalização do procedimento, em virtude de sua realização frequente, e emprego junto a pessoas que usufruem de condição saudável. Por essa razão, caso os usuários puncionados venham a manifestar indícios de trauma vascular, fica presumida a não adesão às condutas orientadas pelos profissionais.

Por essa razão, cabe com a presente investigação a proposta de ressignificar o cuidar-curar prestado a pessoas que tenham seus vasos puncionados por ocasião de doação/transfusão de sangue, com vistas ao atendimento do “bem social”, favorecendo que as pessoas que desfrutam de condição saudável, tenham o melhor enfrentamento do procedimento de punção venosa periférico.

Essa investigação contribui para o campo de conhecimentos da enfermagem, no sentido de promover um cuidado ressignificado no momento da realização do processo de punção venosa periférico para fins hemoterápicos.

Com base nas demandas apreendidas de pessoas saudáveis vivenciando o processo de punção, cabe mencionar que, apesar de sua saúde conferir-lhes condição “aparente” de estabilidade, elas estão sujeitas a medos, ansiedades e receios com o procedimento. Tal fato, torna as pessoas saudáveis alvo de ações que prezem pela manutenção de seu bem-estar, bem como de sua integridade física e emocional.

Nesse sentido, o profissional enfermeiro mostrou-se imprescindível para apreender a demanda de pessoas saudáveis que tenham seus vasos puncionados para fins hemoterápicos, ou não, sinalizando para a possibilidade de atuação junto a usuários que não demonstrem à primeira vista, que possuam necessidades que estão além das físicas e biológicas.

A partir do emprego do olhar ressignificado para a prática do cuidado de enfermagem, no que se refere ao processo de punção venosa periférico, o enfermeiro estará apto a detectar mais do que necessidades pontuais, reafirmando o papel de destaque da profissão.

8 REFERÊNCIAS

- 1 SOUZA, M. T. D.; SILVA, M. D. D.; CARVALHO, R. D. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010. ISSN 1679-4508. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&nrm=iso >.
- 2 SÁ, C. P. D. **A construção do objeto de pesquisa em representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. ISBN 8585881372 9788585881375.
- 3 SOUZA, A. E. B. R. D. et al. Qualidade da assistência de enfermagem na terapia intravenosa periférica: análise por indicadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, p. 521-527, 2014. ISSN 1414-8536. Disponível em: < http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000300013&nrm=iso >.
- 4 VALENTE, G. S. C. et al. SUPERVISION IN NURSES' WORK PROCESS: A LOOK AT PERIPHERAL VENIPUNCTURE. **Rev. de pesquisa: Cuidado é fundamental**, 2010, v. 2, n. 3, 2010-08-24 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/577> >.
- 5 MURASSAKI, A. C. Y. et al. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 11-16, 2013. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100002&nrm=iso >.
- 6 ULLMAN, A. et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral catheters. **British Journal of Nursing**, v. 24, n. Sup2, p. S14-S14, 2015. Disponível em: < <http://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2015.24.Sup2.S14> >.
- 7 BRASIL. **PORTARIA Nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos**. MS. Brasília: DOU nº 221, de 13 de novembro de 2013: 83 p. 2013.
- 8 MARSH, N. et al. Devices and dressings to secure peripheral venous catheters to prevent complications (Protocol for a Cochrane Review). **The Cochrane Library**, n. 5, 2015. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26068958> >.
- 9 ARREGUY-SENA, C. **A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem: trauma vascular e risco para trauma vascular**. 2002. (Tese de Doutorado em Enfermagem Fundamental.). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto., Universidade de São Paulo., Ribeirão Preto.
- 10 LEMOS, I. P.; FERREIRA, E. A. P. Comportamento de crianças, acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante sessão de punção venosa. **Psicol. teor. pesqui**, v. 26, n. 3, p. 433-443, 2010/09PY - 2010 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& >.
- 11 WEBSTER, J. et al. Postinfusion Phlebitis: Incidence and Risk Factors. **Nursing Research and Practice**, v. 2015, p. 691934, 2015. ISSN 2090-1429;2090-1437. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446485/> >.

- 12 RICKARD, C. M. et al. Intravascular device administration sets: replacement after standard versus prolonged use in hospitalised patients—a study protocol for a randomised controlled trial (The RSVP Trial). **BMJ Open**, BMA House, Tavistock Square, London, WC1H 9JR, v. 5, n. 2, p. e007257, 2015. ISSN 2044-6055. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322194/> >.
- 13 MARSH, N. et al. Securement methods for peripheral venous catheters to prevent failure: a randomised controlled pilot trial. **J Vasc Access**, v. 16, n. 3, p. 237-44, May 7 2015. ISSN 1129-7298.
- 14 FUJII, C.; ISHII, H.; TAKANISHI, A. Safe venepuncture techniques using a vacuum tube system. **Int J Nurs Pract**, v. 19 Suppl 3, p. 11-9, Sep 2013. ISSN 1440-172X (Electronic); 1322-7114 (Linking).
- 15 BENSGHIR, M. et al. [Peripheral intravenous access in the operating room: characteristics and predictors of difficulty]. **Ann Fr Anesth Reanim**, v. 31, n. 7-8, p. 600-4, Jul-Aug 2012. ISSN 0750-7658.
- 16 CARR, P. J. et al. Vascular access specialist teams for device insertion and prevention offailure (Protocol for a Cochrane Review). **The Cochrane Library**, n. 5, 2015. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/CD011429> >.
- 17 KREMPSER, P.; ARREGUY-SENA, C.; BARBOSA, A. P. S. Características definidoras de trauma vascular periférico em urgência e emergência: ocorrência e tipos. **Escola Anna Nery**, 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 >.
- 18 FROTA, N. M. et al. Validation of educational hypermedia about peripheral venipuncture. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, p. 353-361, 2015. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200353&nrm=iso >.
- 19 _____. Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 29-36, 2013. ISSN 1983-1447. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200004&nrm=iso >.
- 20 OLIVEIRA, D. V. D. **Processo de punção de vasos periféricos em adultos: diversidade de experiências e representaçõesocial**. 2013. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- 21 HERDMAN, T. H. N. I. **Nursing diagnoses : definitions & classification 2012-2014**. Chichester, Grande-Bretagne: Wiley-Blackwell, 2012. ISBN 9780470654828 0470654821.
- 22 WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. **Global database on blood safety: Summary Report 2011**. World Health Organization. 2011
- 23 BRASIL. **Caderno de informação: sangue e hemoderivados. URGÊNCIA.**, D. D. A. H. E. D. Brasília.: Editora do Ministério da Saúde.: 158p. p. 2014.

- 24 FAQUETTI, M. M. et al. Percepção dos receptores sanguíneos quanto ao processo transfusional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 936-941, 2014. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600936&nrm=iso >.
- 25 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Guia para o uso de hemocomponentes**. Brasília: 2010. 140 p.
- 26 ALDAMIZ-ECHEVARRIA, C.; AGUIRRE-GARCIA, M. S. Um modelo comportamental de doadores de sangue e estratégias de marketing para atração e fidelidade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 9, 2014-06-01 2014. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86602/89518> >.
- 27 BARBOZA, S. I. S.; COSTA, F. J. D. Marketing social para doação de sangue: análise da predisposição de novos doadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1463-1474, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801463&nrm=iso >.
- 28 MARIANO GISLON DA SILVA, R.; KUPEK, E.; PERES, K. G. Prevalência de doação de sangue e fatores associados em Florianópolis, Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2008-2016, 2013. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001400017&nrm=iso >.
- 29 SILVA, G. E. D. M.; VALADARES, G. V. Conhecendo os Meandros da Doação de Sangue: Implicações para a Atuação do Enfermeiro na Hemoterapia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 32-39, 2015. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100032&nrm=iso >.
- 30 HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS, A. **NANDA International, Inc. nursing diagnoses : definitions & classification 2015-2017**. 2014. ISBN 1118914937 9781118914939.
- 31 IDE, C. A. C. et al. Avaliação da implantação do currículo integrado no programa de graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 340-347, 2014. ISSN 0103-2100. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400009&nrm=iso >.
- 32 BRASIL. **Lei número 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. COFEN. Brasília: DOU de 26 de junho de 1986: 9.273-9.275 p. 1986.
- 33 MEDRONHO, R. D. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. ISBN 9788573799996 8573799994.
- 34 JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 27, p. 201-207, 2005. ISSN 1516-8484. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842005000300013&nrm=iso >.

- 35 FIDLARCZYK, D.; FERREIRA, S. S. **Enfermagem em hemoterapia**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008. ISBN 9788599977170.
- 36 HALL, J. E. G. A. C. **Guyton E Hall Tratado De Fisiologia Médica**. London: Elsevier Health Sciences Brazil, 2011. ISBN 9788535254785 8535254781. Disponível em: < http://www.123library.org/book_details/?id=46843 >.
- 37 SANTOS, N. L. P. D. et al. O cuidado de enfermagem aos doadores de sangue - a perspectiva da integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 661-667, 2013. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400661&nrm=iso >.
- 38 KASRAIAN, L.; NEGARESTANI, N. Rates and reasons for blood donor deferral, Shiraz, Iran. A retrospective study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, p. 36-42, 2015. ISSN 1516-3180. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802015000100036&nrm=iso >.
- 39 SARAIVA, J. C. P. A história da Hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 27, p. 156-158, 2005. ISSN 1516-8484. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842005000300004&nrm=iso >.
- 40 AL-HAJJAR, S. H. et al. Prevention of HIV-1 Transmission with Post-Exposure Prophylaxis after Inadvertent Infected Blood Transfusion. **AIDS (London, England)**, v. 28, n. 10, p. 1539-1541, 2014. ISSN 0269-9370; 1473-5571. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226216/> >.
- 41 PITMAN, J. P. et al. The impact of external donor support through the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief on the cost of red cell concentrate in Namibia, 2004–2011. **Blood Transfusion**, v. 13, n. 2, p. 240-247, 2015. ISSN 1723-2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4385072/> >.
- 42 EICHBAUM, Q. et al. Global health and transfusion medicine: education and training in developing countries. **Transfusion**, v. 54, n. 7, p. 1893-1898, 2014. ISSN 1537-2995. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/trf.12609> >.
- 43 BOLTON-MAGGS, P. H. B.; COHEN, H. Serious Hazards of Transfusion (SHOT) haemovigilance and progress is improving transfusion safety. **British Journal of Haematology**, v. 163, n. 3, p. 303-314, 09/14 2013. ISSN 0007-1048; 1365-2141. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935404/> >.
- 44 TOMCZAK, A. C. T. Q. et al. Estudo de métodos laboratoriais para o controle de qualidade de unidades transfusionais eritrocitárias no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (Hemepar), Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, p. 209-214, 2010. ISSN 1516-8484. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000300007&nrm=iso >.
- 45 BRASIL. **3º Boletim Anual de Produção Hemoterápica**. Brasília: ANVISA: 10 p. 2013.

- 46 _____ **Lei Nº 1.075 de 27 de março de 1950. Dispõe sobre doação voluntária de sangue.** Rio de Janeiro: DOU de 12 de abril de 1950. 1950.
- 47 _____ **Lei Nº 4.701 de 28 de junho de 1965. Dispõe sobre o exercício da atividade hemoterápica no Brasil e dá outras providências.** Brasília: DOU, de 01 de julho de 1965. 1965.
- 48 _____ **PORTARIA Nº 1.376 de 19 de novembro de 1993. Dispõe sobre as normas técnicas em hemoterapia.** MS. Brasília: DO 229, de 02 de dezembro de 1993.: 33 p. 1993.
- 49 _____ **Lei Nº 10.205, de 21 de março de 2001.** Regulamenta o § 4o do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Brasília: DOU, de 22 de março de 2001. 2001.
- 50 _____ **Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 306, de 2006.** ENFERMAGEM, C. F. D. 2006.
- 51 _____ **Resolução RDC nº 9 de 14 de março de 2011. Dispõe sobre o funcionamento dos Centros de Tecnologia Celular para fins de pesquisa clínica e terapia e dá outras providências.** ANVISA. Brasília: DOU, de 16 de março de 2011.: 22 p. 2011.
- 52 _____ **Resolução RDC nº 23, de 27 de maio de 2011. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos e dá outras providências.** ANVISA. Brasília: DOU, de 30 de maio de 2011.: 19 p. 2011.
- 53 _____ **Resolução RDC nº 32, de 11 de junho de 2012. Dispõe sobre as diretrizes para embalagens primárias utilizadas no acondicionamento de tecidos humanos para fins terapêuticos e dá outras providências.** ANVISA. Brasília: DOU, de 12 de junho de 2012.: 6 p. 2012.
- 54 _____ **Resolução RDC nº 20, de 10 de abril de 2014. Dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano.** ANVISA. Brasília: DOU, de 11 de abril de 2014.: 11 p. 2014.
- 55 _____ **Portaria Conjunta ANVISA/SAS Nº 370, de 07 de maio de 2014. Dispõe sobre regulamento técnico-sanitário para o transporte de sangue e componentes.** ANVISA/SAS. Brasília: DO, de 8 de maio de 2014.: 16 p. 2014.
- 56 _____ **Resolução RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.** ANVISA. Brasília: DOU, de 16 de junho de 2014: 39 p. 2014.
- 57 SOUZA, G. F. et al. Boas práticas de enfermagem na unidade de terapia intensiva: cuidados durante e após a transfusão sanguínea. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 939-946, 2014. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/974#> >.
- 58 MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. D. S. G., ESTÉLIO (Ed.). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** Salvador: EDUFBA, 2009. p.29-74.

- 59 MORAN, J. M. Desafios que a educação a distância traz para a presencial. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 5, n. 1, 2015. ISSN 2447-8733.
- 60 COGO, A. L. P. et al. Avaliação de disciplina na modalidade a distância por estudantes de graduação em enfermagem. **Cogitare enfermagem. Curitiba. Vol. 20, n. 2 (abr./jun. 2015), p. 401-407**, 2015. ISSN 1414-8536.
- 61 SERRANO, R. D. F. O. et al. Ambiente virtual de aprendizagem: uma proposta de educação continuada para enfermeiros de serviços de saúde ocupacional. **CuidArte, Enferm**, v. 9, n. 1, p. 44-50, 2015. ISSN 1982-1166.
- 62 ALVES, S. N. et al. Contribuição do Ensino a Distância em uma Unidade Curricular do Curso de Enfermagem. **2016**, v. 6, n. 1, 2016-04-30 2016. ISSN 2177-8310. Disponível em: < <http://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/353/163> >.
- 63 BRASIL. **Parecer CNE/CES Nº: 564/2015, de 10 de dezembro de 2015. Diretrizes e Normas Nacionais para a oferta de Programas e Cursos de Educação Superior na Modalidade a Distância**. CNE/CES. Brasília, DF: DOU, 10 mar. 2016.
- 64 DAS NEVES SILVA, A. et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2015. ISSN 1413-8123.
- 65 FREIRE, L. M. et al. Educação a distância no cenário da enfermagem neonatal: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 508-514, 2015. ISSN 1980-220X.
- 66 DE SOUZA, G. C. et al. Avaliação do curso de gerenciamento online na perspectiva dos egressos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 90-97, 2015. ISSN 1980-220X.
- 67 MORAN, J. M. Educação inovadora presencial e a distância.
- 68 FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L. C. D.; ZOCHE, D. A. D. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trabalho, educação & saúde**. Rio de Janeiro. Vol. 14, n. 2 (maio/ago. 2016), p. 487-504, 2016. ISSN 1678-1007.
- 69 BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília, DF: DOU: 6 p. 2001.
- 70 PASCHOAL, A. S.; DE FÁTIMA MANTOVANI, M.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007. ISSN 1980-220X.
- 71 ORTEGA, M. D. C. B. et al. Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, p. 404-410, 2015. ISSN 0104-

1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300404&nrm=iso >.
- 72 SZEWCZYK, M. S. C. et al. Refletindo sobre a educação e o trabalho da enfermagem à luz das idéias de Paulo Freire: a possibilidade de um novo olhar para a educação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 3, p. 276-283, 2008. ISSN 1984-7513.
- 73 MACHADO, M. H. et al. ASPECTOS GERAIS DA FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM: O PERFIL DA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS TÉCNICOS E AUXILIARES. **Enfermagem em Foco**, v. 7, 2016. ISSN 2357-707X.
- 74 BRASIL. **Resolução CNE/CEB Nº04/99. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**. 1999.
- 75 COFEN. **Resolução Nº 0511/2016**. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em Hemoterapia. 2016.
- 76 _____. **Resolução Nº 314/2007. Revoga a Resolução COFEN Nº 276/2003**. 2007.
- 77 CAMARGO, R. A. A. D. et al. Avaliação da formação do técnico de enfermagem por enfermeiros da prática hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 951-964, 2015. ISSN 1415-2762.
- 78 SANINO, G. D. C. Educação a distancia em Enfermagem: fascínio e desafios. **São Paulo: UNIP**, 2012.
- 79 LUCAS GARCÍA, C.; GÓMEZ GARCÍA, C. I.; ANTÓN HURTADO, J. M. La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. **Cultura de los cuidados**. 2012, n. 31, p. 8, 2012-06-29 2012. ISSN 16996003. Disponível em: < <http://culturacuidados.ua.es/article/view/2011-n31-la-comunicacion-interprofesional-desde-la-cultura-organizacional-de-la-enfermeria-asistencial> >.
- 80 FERNANDES, J. D. et al. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 82-89, 2013. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100012&nrm=iso >.
- 81 FLORES, L. M. M.; ILHA, N. L. P. Educação continuada em enfermagem. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 2, n. 1, p. 79-86, 2016. ISSN 2177-3335.
- 82 CORDEIRO, M. et al. O significado do curso de licenciatura para enfermeiros egressos da Universidade Federal de Pernambuco. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015.
- 83 SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 221-224, 2007. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&nrm=iso >.
- 84 COFEN. PL que veda ensino técnico a distância em Enfermagem é proposto em Goiás. 2016. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/pl-que-veda-ensino-tecnico-a-distancia-em-enfermagem-e-proposto-em-goias_41179.html >. Acesso em: 21/08/2016.

- 85 PETRILLI FILHO, J. F.; MARTINS, D. C. O programa especial de treinamento na formação do profissional de enfermagem do novo milênio: relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, p. 91-93, 2001. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400016&nrm=iso >.
- 86 DA SILVA, D. M.; SILVA, E. M. V. B. Ensino clínico na formação em enfermagem. **Millenium**, n. 30, p. 103-119, 2016. ISSN 1647-662X.
- 87 BENNER, P. E.; TANNER, C. A.; CHESLA, C. A. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics**. New York: Springer Pub., 2009. ISBN 9780826125446 0826125441.
- 88 FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções. **Revista APS [serial na Internet]**, Jul/Dez, v. 6, n. 2, p. 123-5, 2003.
- 89 BRASILEIRO, D. F.; CRISTINA, M. Manual de Educação do Serviço de Enfermagem de um Hospital Modelo-referência da cidade de São Paulo nos anos 1970. **Hist. enferm., Rev. eletrônica**, v. 5, n. 1, p. 16-34, 2015. ISSN 2176-7475.
- 90 ROCHA, L. E. S. et al. PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015. ISSN 2176-9133.
- 91 DO NASCIMENTO, A. A. et al. Cuidado de enfermagem no processo de doação de sangue: percepção dos profissionais e dos usuários. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015. ISSN 2236-6091.
- 92 GIRARDELLO, M. Gestão da qualidade em saúde: o caso do Hemocentro Regional de Caxias do Sul-RS. 2015.
- 93 DE AZEVEDO, I. C. et al. Educação Continuada em Enfermagem no Âmbito da Educação Permanente em Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 1, p. 131-140, 2015. ISSN 2176-9206.
- 94 MONTEIRO, S. et al. Educação e cuidado em saúde por meio do Arco de Magueres na pediatria clínica. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.
- 95 CUNHA, A. C. D.; MAURO, M. Y. C. Educação Continuada e a Norma Regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. bras. Saúde ocup**, v. 35, n. 122, 2010. ISSN 0303-7657.
- 96 MUSSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: Educação permanente e Educação Continuada no Processo de Trabalho em Saúde**. 2008.
- 97 ANTUNES CORTEZ, E. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global**, v. 12, n. 1, p. 307-322, 2013.

- 98 LINO, M. M. et al. A realidade da educação continuada na enfermagem nos serviços públicos de saúde de Florianópolis. **Online braz. j. nurs.(Online)**, v. 6, 2007. ISSN 1676-4285.
- 99 BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 9: 64 p. 2009.
- 100 DOMINGUES, A. L. Observatório de gestão hospitalar: educação permanente da equipe de enfermagem e acreditação hospitalar. 2015.
- 101 MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colectiva**. SciELO Public Health, 2006.
- 102 MACÊDO, N. B. D.; ALBUQUERQUE, P. C. D.; MEDEIROS, K. R. D. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 379-401, 2014. ISSN 1981-7746. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200010&nrm=iso >.
- 103 BRASIL; SAÚDE, D. D. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde Brasília 2005.
- 104 MAGUEREZ, C. Elementos para uma pedagogia de massa na assistência técnica agrícola. **Relatório apresentado à Coordenadoria de Assistência Técnica Integral da Secretaria da Agricultura do Estado de São Paulo. Campinas, 1970.**
- 105 BORDENAVE, J. Método da problematização: fundamentos teóricos e aplicações no ensino superior. **Londrina: UEL, 1998.**
- 106 BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior, ensino médio e clínica**. Editora UEL, 1998. ISBN 8572161295.
- 107 MELO, M. C. et al. Aprendizagem baseada na problematização: utilizando o arco de Magueréz na graduação de enfermagem. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 1, p. Pág. 247-259, 2015. ISSN 1982-4785.
- 108 DE LIMA LOPES, J. et al. Problematização: metodologia de ensino para a aprendizagem do procedimento de terapia intravenosa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, 2016. ISSN 1984-7513.
- 109 SILVA, A. A. Formação em saúde: representações de acadêmicos sobre metodologias ativas de ensino e aprendizagem. **Cadernos da FUCAMP**, v. 14, n. 21, 2015. ISSN 2236-9929.
- 110 GARRAUD, O. et al. Improving platelet transfusion safety: biomedical and technical considerations. **Blood Transfus**, p. 1-14, Nov 16 2015. ISSN 1723-2007.
- 111 BARBOSA, S. M. et al. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, p. 132-136, 2011. ISSN 0103-2100. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100020&nrm=iso >.

- 112 RAJKI, V.; CSOKA, M.; MESZAROS, J. Professional knowledge and practice mapping among nurses regarding transfusion therapy. A pilot study on reliability and validity testing. **Orv Hetil**, v. 156, n. 9, p. 366-78; quiz 379-80, Mar 1 2015. ISSN 0030-6002 (Print); 0030-6002.
- 113 MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 16-22, 2016. ISSN 0034-7167.
- 114 **Nursing Outcomes Classification**. Mosby Inc, 2012. ISBN 9780323100090 0323100090.
- 115 MONTEIRO, A. M. D. C. et al. Doação de órgãos: compreensão na perspectiva de adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, p. 389-396, 2011. ISSN 1519-3829. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400005&nrm=iso >.
- 116 MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **Historia Oral: como fazer como pensar**. São Paulo: Editora Contexto, 2007. ISBN 9788572443760 8572443762.
- 117 PERES, M. A. D. A.; ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDAPAIM, L. Historicidade da enfermagem nos espaços de poder. **Hist. enferm., Rev. eletronica**, v. 5, n. 1, p. 83-94, 2015. ISSN 2176-7475.
- 118 SCOCHI, C. G. S. et al. Nursing Doctorates in Brazil: research formation and theses production. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, p. 387-394, 2015. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300387&nrm=iso >.
- 119 INFUSION NURSES SOCIETY. **Infusion nursing standards of practice**. Norwood, MA; Hagerstown, MD, 2011. ISSN 9781611870718 1611870712. Disponível em: < <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=647000> >.
- 120 BRUNNER, L. S. et al. **Tratado de enfermagem medico-cirurgica**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1994.
- 121 POTTER, P. A. **Fundamentos de enfermagem : conceitos, processo e pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. ISBN 852770529X 9788527705295.
- 122 BATES, B.; HOEKELMAN, R. A.; BICKLEY, L. S. **Propedeutica medica**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1998. ISBN 8527704242 : 9788527704243.
- 123 LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. D. **Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico**. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1999. ISBN 9788573093360 8573093366.
- 124 PORTO, C. C. **Exame clínico**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1996. ISBN 8527703696 9788527703697.
- 125 Journal of infusion nursing. 2004.
- 126 BRASIL. **Lei Nº 12.513, de 26 de outubro de 2011**. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC); Altera as Leis Nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990,

que regula o Programa do Seguro-desemprego, o Abono Salarial e Institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), Nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a Organização da Seguridade Social e Institui Planos de Custeio, Nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e Nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM); e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União 2011.

- 127 ARREGUY-SENA, C. et al. Punção de vasos e paleta cromática: subsídio para pesquisa e prática clínica de enfermeiros. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 1, p. 488-497, 2013. ISSN 2236-6091. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/309> >.
- 128 REIS, P. E. D. D. et al. Clinical application of Chamomilla recutita in phlebitis: dose response curve study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 03-10, 2011. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100002&nrm=iso >.
- 129 QUARANTA, J.-F. et al. Transfusion sanguine : la sécurité de la chaîne. **La Presse Médicale**, v. 44, n. 2, p. 214-220, 2015. ISSN 0755-4982. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498214005995> >.
- 130 REZENDE, E. et al. Utilização de sistema fechado para coleta de sangue e necessidade de transfusão em pacientes graves. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, p. 5-10, 2010. ISSN 0103-507X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000100003&nrm=iso >.
- 131 VOLPATO, S. E. et al. Transfusão de concentrado de hemácias na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, p. 391-397, 2009. ISSN 0103-507X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000400009&nrm=iso >.
- 132 MAZZA, B. F. et al. Transfusões de sangue no choque séptico: 7,0g/dL é mesmo o limite adequado? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, p. 36-43, 2015. ISSN 0103-507X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000100036&nrm=iso >.
- 133 GOMBOTZ, H. et al. The second Austrian benchmark study for blood use in elective surgery: results and practice change. **Transfusion**, v. 54, n. 10pt2, p. 2646-2657, 2014. ISSN 1537-2995. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/trf.12687> >.
- 134 SANTOS, A. A. D. et al. Opções terapêuticas para minimizar transfusões de sangue alogênico e seus efeitos adversos em cirurgia cardíaca: Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 29, p. 606-621, 2014. ISSN 0102-7638. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382014000400020&nrm=iso >.
- 135 FRANK, S. M. et al. Risk-adjusted clinical outcomes in patients enrolled in a bloodless program. **Transfusion**, v. 54, n. 10pt2, p. 2668-2677, 2014. ISSN 1537-2995. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/trf.12752> >.

- 136 MULLER, M. M. et al. Patient blood management--How does it work in practice?--the interdisciplinary cooperation. **Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther**, v. 49, n. 4, p. 266-72, Apr 2014. ISSN 0939-2661.
- 137 MITHA, N. et al. Analysis of 736 blood transfusions in a geriatric teaching hospital. **Presse Med**, v. 43, n. 10 Pt 1, p. e251-6, Oct 2014. ISSN 0755-4982 (Print); 0755-4982.
- 138 COMPAORE, G. D. et al. Readiness of district and regional hospitals in Burkina Faso to provide caesarean section and blood transfusion services: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, p. 158, 2014. ISSN 1471-2393.
- 139 MCCARTNEY, S. et al. Jehovah's Witnesses and cardiac surgery: a single institution's experience. **Transfusion**, v. 54, n. 10pt2, p. 2745-2752, 2014. ISSN 1537-2995. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/trf.12696> >.
- 140 GANZ, M. L. et al. Clinical and economic outcomes associated with blood transfusions among elderly Americans following coronary artery bypass graft surgery requiring cardiopulmonary bypass. **Blood Transfus**, v. 12 Suppl 1, p. s90-9, Jan 2014. ISSN 1723-2007 (Print); 1723-2007.
- 141 WATSON, J. **Human caring science : a theory of nursing**. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012. ISBN 9781449628109 1449628109.
- 142 KARIMI, H.; MASOUDI ALAVI, N. Florence Nightingale: The Mother of Nursing. **Nursing and Midwifery Studies**, v. 4, n. 2, p. e29475, 06/27 04/23/received 04/28/accepted 2015. ISSN 2322-1488 2322-1674. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557413/> >.
- 143 WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura : um novo paradigma da enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 9728383371 9789728383374.
- 144 SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 198-202, 2016. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198&nrm=iso >.
- 145 LISZEWSKI, W. et al. The rates, perceptions, and willingness of men who have sex with men to donate blood. **Transfusion**, v. 54, n. 7, p. 1733-1738, 2014. ISSN 1537-2995. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/trf.12535> >.
- 146 ALINON, K. et al. Emotional-motivational barriers to blood donation among Togolese adults: a structural approach. **Transfusion Medicine**, v. 24, n. 1, p. 21-26, 2014. ISSN 1365-3148. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/tme.12082> >.
- 147 DUBEY, A. et al. Knowledge, attitude and beliefs of people in North India regarding blood donation. **Blood Transfus**, v. 12 Suppl 1, p. s21-7, Jan 2014. ISSN 1723-2007 (Print); 1723-2007.

- 148 IAJYA, V. et al. The effects of information, social and financial incentives on voluntary undirected blood donations: Evidence from a field experiment in Argentina. **Social Science & Medicine**, v. 98, p. 214-223, 12// 2013. ISSN 0277-9536. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613005182> >.
- 149 SMITH, A.; MATTHEWS, R.; FIDDLER, J. Recruitment and retention of blood donors in four Canadian cities: an analysis of the role of community and social networks. **Transfusion**, v. 53, p. 180S-184S, 2013. ISSN 1537-2995. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/trf.12478> >.
- 150 EVANS, R.; FERGUSON, E. Defining and measuring blood donor altruism: a theoretical approach from biology, economics and psychology. **Vox Sang**, v. 106, n. 2, p. 118-26, Feb 2014. ISSN 0042-9007.
- 151 ARDIN, S. et al. Comparison of three noninvasive methods for hemoglobin screening of blood donors. **Transfusion**, v. 55, n. 2, p. 379-387, 2015. ISSN 1537-2995. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/trf.12819> >.
- 152 WEVERS, A. et al. Characteristics of donors who do or do not return to give blood and barriers to their return. **Blood Transfus**, v. 12 Suppl 1, p. s37-43, Jan 2014. ISSN 1723-2007 (Print); 1723-2007.
- 153 GARRAUD, O.; LEFRERE, J. J. Voluntary non-remunerated blood donation and reasons for donating: is there room for philosophy? In: (Ed.). **Blood Transfus**. Italy, v.12 Suppl 1, 2014. p.s404-5. ISBN 1723-2007 (Print); 1723-2007 (Linking).
- 154 BANI, M.; STREPPARAVA, M.; GIUSSANI, B. Gender differences and frequency of whole blood donation in Italian donors: Even though I want to, I cannot? **Transfusion and Apheresis Science**, v. 50, n. 1, p. 81-86, Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.transci.2013.11.001> >. Acesso em: 2015/07/22.
- 155 RODRIGUES, R. S. M. et al. Repercussão da política pública e da educação na captação de doadores de sangue/Impact of education and public policy to blood donors motivation. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 739-748, 2014. ISSN 1984-7513.
- 156 SILVA, K. F. N. D. et al. Nursing care procedures in response to adverse events to blood donation. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, p. 688-695, 2014. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300688&nrm=iso >.
- 157 FIGUEIREDO, R. M.; DA SILVEIRA COMINO, L. B. Doação de Sangue: Rompendo Barreiras com Alunos do Ensino Fundamental. **Interagir: pensando a extensão**, n. 17-19, p. 53, 2014. ISSN 2236-4447.
- 158 PADILHA, D. Z.; WITT, R. R. Competências da enfermeira para a triagem clínica de doadores de sangue. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 234-240, 2011. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200003&nrm=iso >.
- 159 BRASIL. **Hematologia e hemoterapia: guia de manejo de resíduos**. Brasília: MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. vol. II: 332 p. 2012.

- 160 _____ **Manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue.** Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 104 p. 2004.
- 161 MIRANDA, L. F. D. O seguimento de doadores de sangue com sorologia positiva para sífilis na Rede-SUS do Distrito Federal. 2016.
- 162 VERAN, M. P. Funções do enfermeiro no ciclo do sangue. 2012.
- 163 BRASIL. **Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil.** MS. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 629 p. 2010.
- 164 PARREIRA, P. M. S. D. Gabinete de Empreendedorismo. Coimbra, Portugal, 2016. Disponível em: < http://ui.esenfc.pt/ui/index.php?module=esenfc&target=cv&id_user=279 >. Acesso em: 31/03/2016.
- 165 PASALIOGLU, K. B.; KAYA, H. Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. **Pak J Med Sci**, v. 30, n. 4, p. 725-30, Jul 2014. ISSN 1682-024X (Print)
1681-715x.
- 166 DO REGO FURTADO, L. C. Maintenance of peripheral venous access and its impact on the development of phlebitis: a survey of 186 catheters in a general surgery department in Portugal. **J Infus Nurs**, v. 34, n. 6, p. 382-90, Nov-Dec 2011. ISSN 1533-1458.
- 167 GUSMÃO, G. S.; OLIVEIRA, A. C. D.; GAMA, C. S. Acidente de trabalho com material biológico: análise da ocorrência e do registro. **Cogitare enferm**, v. 18, n. 3, p. 558-564, 2013/09PY - 2013 Disponível em: < http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext& >.
- 168 BRASIL. **Resolução RDC Nº 4, de 4 de fevereiro de 2011.** Estabelece os requisitos mínimos de identidade e qualidade para os equipos de uso único de transfusão, de infusão gravitacional e para uso com bomba de infusão. ANVISA 2011.
- 169 _____ **Resolução Nº 9, de 21 de outubro de 1999, que aprova o regulamento técnico para boas práticas de fabricação (BPF) de bolsas de sangue.** ANVISA. Brasília: DOU, de 22 de outubro de 1999. 1999.
- 170 PEREIRA DOS SANTOS, M. A teoria das representações sociais como referencial didático-metodológico de pesquisa no campo das ciências humanas e sociais aplicadas. **Emancipação**, v. 13, n. 1, p. 9-21, 2013. ISSN 1982-7814.
- 171 LAHLOU, S.; ABRIC, J. C. What are the “elements” of a representation? , 2011. ISSN 1021-5573.
- 172 OLIVEIRA, M. S. B. S. D. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, p. 180-186, 2004. ISSN 0102-6909. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014&nrm=iso >.

- 173 JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. p.31-61.
- 174 MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. ISBN 8532628966 9788532628961.
- 175 ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à Educação. **Múltiplas Leituras**, v. 1, n. 1, p. 26, 2008. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/viewFile/1169/1181> >.
- 176 DE OLIVEIRA, D. C. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Revista de Ciências Humanas**, n. 2, p. 47-65, 2000. ISSN 2178-4582.
- 177 WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, p. 379-390, 2007. ISSN 0034-9690. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000300013&nrm=iso >.
- 178 ABRIC, J.-C. Pratiques sociales et représentations. 2003.
- 179 LEME, M. A. V. D. S.; BUSSAB, V. S. R.; OTTA, E. A representação social da Psicologia e do Psicólogo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 9, n. 1, p. 29-35, 1989. ISSN 1414-9893.
- 180 CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. D. S. **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia, GO: Editora da UCG, 2003. ISBN 8571031797 9788571031791.
- 181 QUEIROZ, C. M. et al. Triangulação de métodos na representação social: autopunção de drogas em (ex) usuários soropositivos para HIV. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 04(03), p. 1229-1247, 2014. ISSN 2236-6091. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/435> >.
- 182 CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007. ISBN 9788536308920 8536308923.
- 183 SÁ, C. P. D. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. ISBN 8532616178 9788532616173.
- 184 CRESWELL, J. W.; CLARK, W. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2a edição. Porto Alegre: Penso, 2013.
- 185 ROSSANO ANDRÉ, D.-F.; PAULO TADEU CAMPOS, L. MÉTODOS MISTOS DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS. **Nuances : Estudos sobre Educação**, v. 24, n. 3 (2014), 2014. ISSN 1413-9855.
- 186 KATE, C. P.; JACQUELINE, L. A. Métodos empíricos em pesquisa do envelhecimento entre minorias: um caso para triangulação sociológica Empirical methods in minority aging research: the case for sociological triangulation. **Sociologias**, v. 14, n. 31, p. 146, 2012. ISSN 1517-4522.

- 187 GEHLEN, G. C.; LIMA, M. A. D. D. S. Nursing work in care practice at Emergency Care Units in Porto Alegre/RS. **Investigación y educación en enfermería**, v. 31, n. 1, p. 26-35, 2013. ISSN 0120-5307.
- 188 YIN, R. K. **Estudo de caso : planejamento e métodos**. Porto Alegre (RS): Bookman, 2010. ISBN 9788577806553 8577806553.
- 189 ABRIC, J.-C. **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Toulouse, 2010.
- 190 MISHIMA, S. M. et al. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100306&nrm=iso >.
- 191 BRAZIL; SECRETARIA DE ATENÇÃO À, S.; NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE, H. **Humaniza SUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Editora MS, 2009. ISBN 9788533414440 8533414447.
- 192 PINTO, P. F. **Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas**. 2013. Faculdade de Ciências Médicas
- 193 MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social : teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011. ISBN 9788532611451 8532611451.
- 194 BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução 358, de 15 de outubro de 2009. ENFERMAGEM, C. F. D. 2009.
- 195 TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem : guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LAB, 2010. ISBN 9788527716352 8527716356.
- 196 SILVA, J. P. D.; GARANHANI, M. L.; PERES, A. M. Systematization of Nursing Care in undergraduate training: the perspective of Complex Thinking. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, p. 59-66, 2015. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100059&nrm=iso >.
- 197 MASSAROLI, R. et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 252-258, 2015. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200252&nrm=iso >.
- 198 DANTAS, M. D. S. et al. Social representations of HIV/AIDS among healthcare professionals in benchmark services. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 94-100, 2014. ISSN 1983-1447. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400094&nrm=iso >.
- 199 MOREIRA, R. M. et al. Social representations of adolescents on quality of life: structurally-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 49-56, 2015. ISSN 1413-8123. Disponível

- em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100049&nrm=iso >.
- 200 OLIVEIRA, D. C. D. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 276-286, 2013. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700034&nrm=iso >.
- 201 PEREIRA, V. C.; ALMEIDA, J. Relações entre a Atividade Carbonífera e o Rural em Candiota, RS, Brasil: análises sobre representações sociais em um contexto de dilemas sobre a energia. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 53, p. 127-142, 2015. ISSN 0103-2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032015000100127&nrm=iso >.
- 202 BRASIL. **Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. SAÚDE, C. N. D. Brasília, DF: Brasil 2012.
- 203 BLAIR, W.; SMITH, B. Nursing documentation: frameworks and barriers. **Contemporary nurse**, v. 41, n. 2, p. 160-168, 2012. ISSN 1037-6178.
- 204 CARNEIRO, S. M. et al. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. 2016. ISSN 2175-6783.
- 205 COFEN. **Resolução nº. 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.**: Diário Oficial da União 2012.
- 206 RODRIGUES, E. D. C.; CUNHA, S. R.; GOMES, R. "Perdeu a veia": significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 989-999, 2012. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400021&nrm=iso >.
- 207 INCA. **Procedimentos e Cuidados Especiais. Capítulo 8**: s.n.t.: 41 p.
- 208 DINIZ DOS REIS, P. E. et al. EFEITOS ADVERSOS IDENTIFICADOS EM LOCAL DE INFUSÃO INTRAVENOSA PERIFÉRICA POR DROGAS QUIMIOTERÁPICAS. **Ciencia y enfermería**, v. 14, p. 55-64, 2008. ISSN 0717-9553. Disponível em: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200008&nrm=iso >.
- 209 COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 388/2011**. Normatiza a execução, pelo enfermeiro, do acesso venoso, via cateterismo umbilical: Diário Oficial da União 2011.
- 210 _____. **Parecer Nº 08/2013 COFEN/CTAS**. Punção de Acesso Venoso em veia jugular externa. Brasília 2013.
- 211 _____. **Resolução COFEN Nº 258/2001**. Inserção de Cateter Periférico Central, pelos Enfermeiros 2001.

- 212 GOMES, A. V. D. O.; NASCIMENTO, M. A. D. L. O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 794-800, 2013. ISSN 0080-6234. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400794&nrm=iso >.
- 213 DE OLIVEIRA, A. K. A. et al. Passos da técnica de punção venosa periférica: revisão integrativa. 2014.
- 214 FROTA, N. et al. Hipermídia educacional sobre punção venosa periférica: perspectiva de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 4, p. 717-25, 2014.
- 215 HONORATO, Z. N. et al. Minimização da dor na venopunção de neonatos: revisão sistemática da literatura. **Enfermagem Revista**, v. 19, n. 1, p. 117-130, 2016. ISSN 2238-7218.
- 216 CAMPOS, L. B. et al. Experiências de pessoas internadas com o processo de punção de veias periféricas. **Escola Anna Nery**, v. 20, 2016. ISSN 1414-8145. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300222&nrm=iso >.
- 217 DANSKI, M. T. R. et al. Complications related to the use of peripheral venous catheters: a randomized clinical trial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 84-92, 2016. ISSN 0103-2100.
- 218 AVELAR, A. F. M.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. D. L. G. Assertividade e tempo de permanência de cateteres intravenosos periféricos com inserção guiada por ultrassonografia em crianças e adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 539-546, 2013. ISSN 1980-220X.
- 219 SCHÖNINGER, N.; DURO, C. L. M. Atuação do enfermeiro em serviço de hemoterapia. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 9, n. 2, p. 8, 2010. ISSN 1984-7513 (on-line). Disponível em: <
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11239> >.
- 220 SOARES, C. R.; ALMEIDA, A. M. D.; GOZZO, T. D. O. A avaliação da rede venosa pela enfermagem em mulheres com câncer ginecológico durante o tratamento quimioterápico. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 240-246, 2012. ISSN 1414-8145.
- 221 PRETO, L.; MARTINS, M. Colocação de cateter venoso periférico em ambiente de práticas laboratoriais e sucesso da primeira punção venosa em contexto real (Ensino clínico/Estágio). Estudo realizado em estudantes de enfermagem. **Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB**, p. 189-195, 2013. ISSN 9727451594.
- 222 GOUVEIA, V. V. et al. Valores, altruísmo e comportamentos de ajuda: comparando doadores e não doadores de sangue. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 209-218, 2014. ISSN 1980-8623.
- 223 RODRIGUES, R. S. M.; REIBNITZ, K. S. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, p. 384-391, 2011. ISSN 0104-0707. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200022&nrm=iso >.
- 224 CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Rev Eletr Enf [online]**, v. 15, n. 4, p. 915-22, 2013.

- 225 LEMOS, I. C. S. et al. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 1, p. 1163-70, 2016. ISSN 2216-0973.
- 226 SILVA, A. E. F. A.; PEREIRA, J. R.; LOPES FILHO, B. B. Doação de sangue: a cobertura do jornalismo local e sua contribuição para a formação da opinião pública. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 9, n. 4, 2015. ISSN 1981-6278.
- 227 DA SILVA, D. M. et al. SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM A TÉCNICA DE BUTTONHOLE. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015. ISSN 2176-9133.
- 228 OLIVEIRA, A. K. A. D. Validação de instrumentos para avaliação do conhecimento e da habilidade acerca da punção venosa periférica com cateter agulhado. 2013.
- 229 DA SILVA LOPES, E. C.; PEREIRA GUEDES, C. C.; GERBASSI COSTA AGUIAR, B. Estratégias para a captação de doadores de sangue difundidas na literatura. **Revista Acreditação**, v. 2, n. 4, p. 104-121, 2013. ISSN 2237-5643.
- 230 CAPRA, M. S. Fidelização de doadores de sangue voluntários e habituais: uma prática de educação em saúde. 2013.
- 231 MENEZES, A. G. et al. A influência de atributos de gestão da qualidade organizacional na satisfação e no comportamento do doador de sangue the influence of attributes organizational quality man-agement in satisfaction and the behaviour at blood donor. 2016.
- 232 ARRUDA, E. H. P.; DE ARRUDA ORTIZ, T.; DE OLIVEIRA PINHEIRO, D. Importância do Autoconhecimento dos Grupos Sanguíneos (ABO e Rh) de Alunos de Tangará da Serra-MT. **Journal of Health Sciences**, v. 15, n. 3, 2015. ISSN 2447-8938.
- 233 DE OLIVEIRA PRADO, R.; QUINTINO, A. V.; DE BARROS, M. D. M. CONHECIMENTOS PRÉVIOS SOBRE O SISTEMA ABO DE ALUNOS DO TERCEIRO ANO DO ENSINO MÉDIO DE UMA ESCOLA PÚBLICA ESTADUAL DO MUNICÍPIO DE BETIM, MINAS GERAIS, BRASIL. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 45-49, 2016. ISSN 2177-7853.
- 234 HENRIQUES, T. E. D. R. M. Fatores que condicionam a dádiva de sangue: estudo empírico aplicado a estudantes universitários de Coimbra. 2015.
- 235 CAPONI, S. A LÓGICA DA COMPAIXÃO. **TRANS/FORM/AÇÃO**, v. 21, n. 1, 1999. ISSN 0101-3173.
- 236 TOLLER, A. et al. Campanha de incentivo à doação de sangue. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 3, n. 1, p. 73-88, 2016. ISSN 2177-3335.
- 237 CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade : uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. ISBN 8585676884 9788585676889.
- 238 KIPPER, D. J. Limites do poder familiar nas decisões sobre a saúde de seus filhos–diretrizes. **Rev. bioét.(Impr.)**, v. 23, n. 1, p. 40-50, 2015. ISSN 1983-8042.

- 239 LIBERATO, S. M. D. et al. PROFILE OF BLOOD DONORS FROM THE BLOOD CENTER PUBLIC THE NATAL/RN. **2013**, v. 5, n. 1, p. 8, 2013-02-19 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2072> >.
- 240 FERREIRA, D. M.; GRIZA, D.; SISTI, E. Análise dos aspectos epidemiológicos, hematológicos e sorológicos presentes em doadores de sangue do HemocentroRegional de Cruz Alta. **Rev. bras. anal. clin.**, v. 44, n. 1, p. 10-14, 2012. ISSN 0370-369X.
- 241 HEMOMINAS, F. **Manual da Assistência de Enfermagem**. Belo Horizonte: s.n.t. 2012.
- 242 _____. **Manual de Normas e Procedimentos de Atendimento ao Doador**. Belo Horizonte: s.n.t. 2012.
- 243 ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C. D. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, p. 71-78, 2009. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100011&nrm=iso >.
- 244 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.
- 245 RESTIEAUX, M. et al. Neonatal extravasation injury: prevention and management in Australia and New Zealand-a survey of current practice. **BMC pediatrics**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013. ISSN 1471-2431.
- 246 MEKITARIAN, F. F. P.; ANGELO, M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 4, p. 460-466, 2015. ISSN 0103-0582.
- 247 SILVA, J.; MARTINS, C.; BARBOSA, M. Atendimento na Rede de Atenção à Saúde: Percepção de Usuárias do Sistema Único de Saúde. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.
- 248 DE NEGRI, D. C. et al. Fatores predisponentes para insucesso da punção intravenosa periférica em crianças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 1072-1080, 2012. ISSN 1518-8345.
- 249 DOS SANTOS, L. M. et al. Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 1-9, 2012. ISSN 2179-7692.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1: Instrumento de coleta de dados destinado a operacionalização do estudo de caso com participantes da instituição hospitalar receptoras de sangue

ROTEIRO PARA QUESTÕES DE REALIZAÇÃO DA AMBIÊNCIA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	
	Qual o protocolo transfusão de componentes sanguíneos
	As ações profissionais: categorias envolvidas e articulação multiprofissional
	Os materiais utilizados
	Procedimento Operacional Padrão (POP)

PERFIL DOS PARTICIPANTES PARA USO DOS VASOS SANGUÍNEOS					
Caracterização dos participantes					
Código do participante			Data de coleta de dados		
Data de nascimento: / /		Data dos dados coletados:		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)		
Fatores de Risco para trauma vascular					
Doença/tratamento: 1 <input type="checkbox"/> DM; 2 <input type="checkbox"/> HAS; 3 <input type="checkbox"/> hormônio terapia; 4 <input type="checkbox"/> vasculopatia; 5 <input type="checkbox"/> cardiopatia; 6 <input type="checkbox"/> trombose; 7 <input type="checkbox"/> câncer; 8 <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____					
Situações de risco: 1 <input type="checkbox"/> Tabagismo passivo 2 <input type="checkbox"/> emagrecimento 3 <input type="checkbox"/> obesidade 4 <input type="checkbox"/> agitação 5 <input type="checkbox"/> sedação 6 <input type="checkbox"/> alteração nível consciência 7 <input type="checkbox"/> cor da pele <input type="checkbox"/> veia pequeno calibre <input type="checkbox"/> veia tortuosa <input type="checkbox"/> veia não palpável <input type="checkbox"/> uso de veias para tratamento prévia					
Exames laboratoriais alterados					
(1) Coagulograma: Resultado: 1 <input type="checkbox"/> normal; 2 <input type="checkbox"/> alterado. Valores: _____					
(2) Hemograma: Resultado: 1 <input type="checkbox"/> normal; 2 <input type="checkbox"/> alterado. Valores: _____					
(3) Leucograma: Resultado: 1 normal; 2 <input type="checkbox"/> alterado. Valores: _____					
(4) Outros especificar: Resultado: 1 <input type="checkbox"/> normal; 2 <input type="checkbox"/> alterado. Valores: _____					
Cultura					
(1) sangue		Resultado: (1) normal; (2) alterado. Valores: _____			
(2) urina		Resultado: (1) normal; (2) alterado. Valores: _____			
(3) fezes		Resultado: (1) normal; (2) alterado. Valores: _____			
(4) cateter		Resultado: (1) normal; (2) alterado. Valores: _____			
Prescrições de medicações IV:					
Sítio	Princípio ativo:	Doses:	sítio	Princípio ativo:	Doses:
	1 <input type="checkbox"/> ATB Esp			7 <input type="checkbox"/> SF 0,45%	
	2 <input type="checkbox"/> Analgésico			8 <input type="checkbox"/> SG 5%	
	3 <input type="checkbox"/> antiácido			9 <input type="checkbox"/> SG 25%	
	4 <input type="checkbox"/> antihipertensivo			10 <input type="checkbox"/> SG 50%	
	5 <input type="checkbox"/> Anticoagulante			11 <input type="checkbox"/> Boncodilatador	
	6 <input type="checkbox"/> SF 0,9%			12 <input type="checkbox"/> Especificar	
Observações adicionais e registros de diário de campo					

Roteiro para operacionalização da coorte com receptores de sangue

Dia da coorte e sítio Critérios avaliados														Dia da coorte e sítio Critérios avaliados														Observações
Data→														Data→														
DOR														TIPO DE VEIA:														FOTO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> TRAUMA:
Avaliação interpretação 0 a 10														Elasticidade:1endur;2flex;3ñaplica														
Ligada sítio 0-não;1-sim														Calibre:1peq,2méd;3gde;4ñ aplica														
Ligado ao trajeto 0-não;1-sim														Palpação 0-não;1-sim,3-ñ aplica														
Escore escada "B" 0 a 10														Trajeto 1-reti;2-tortu;3-ñ aplica														
Exp. Fisionômica 0-não;1-sim														Visualização 0nã;1sim;2ñ aplica														
Queixa 0-não;1-sim														Articulação 0-não;1-sim														
PELE														PÉLOS														
Cor paleta de cores														Presença 0-não;1-sim;2-aparado														
Alterada 0-não;1-sim														TIPO DISP. IV.														
Especificar tabela														Tipo 1-Scalp;2-jelco;3-Seringa; 4-vacuo														
CAP. FUNCIONAL														Calibre especificar														
Nível funcional escala 0 a 4														FIXAÇÃO DISP. IV														
Queixa 0-não;1-sim														Número adesivos especificar														
Mobilidade1:com rest;2: sem restr														Material adesivo: 1esparad; 2antialerg;														
Força muscular escala 0 a 5														3micropor; 4filme														
INTEGRIDADE PELE														Troca 0-não;1-sim														
Inchaço cacifo(0/4+)														HIGIENE														
Edema 0-não;1-sim														Estado 1-limpo;2-sujo														
Mensuração														UMIDADE														
Endurecimento 0-não;1-sim														Grau 1-seco;2-úmido														
Mensuração														Origem 1banho;2suor;3líq;4med														
Ferimento 0-não;1-sim														REGISTROS ENFERMEIRO														
Mensuração cm²														Registro 0-não;1-sim														
Equimose 0-não;1-sim														Nome 0-não;1-sim														
Mensuração cm²														Data 0-não;1-sim														
Hematoma 0-não;1-sim														Calibre 0-não;1-sim														
Mensuração cm²														Hora 0-não;1-sim														
Eritema 0-não;1-sim														REGISTRO EXAMES														
Mensuração cm²														Registro 0-não;1-sim														
Secreção 0-não;1-sim														Alterações 0-não;1-sim														
TEMPERATURA														CULTURA PONTA DISP.IV														
Alterada: 1normal;1elev;2dimin														Realizada 0-não;1-sim														
VIA INTRAVASCULAR														Resultado 1-neg;2-pos														
Finalidade:1terap ;2diag; 3colet; 4med														TRAUMA														
PELE:														Trauma vascular 0-não;1-sim														
Tipo 1-Fina;2-normal;3-espessa														Alta c/trauma vasc. 0-não;1-sim														
Esforço física: 0-não;1-sim														Compressão retirar agulha (seg)														
Tipo, duração e intensidade:														Obs:														

¹ Escala de Rossi e Mistrorigo- força muscular (0 a 5 pontos):

Anexo 2: Instrumento de coleta de dados destinado a captação dos elementos simbólicos da representação social com profissionais que punccionam veias e doadores de sangue de um hemocentro e dos profissionais de uma instituição de saúde

Roteiro para realização da Ambiência	
PSIS das atividades desempenhadas na Sala de Coleta:	
01	Limpeza/desinfecção nos Serviços de Enfermagem
02	Limpeza/desinfecção material para assistência ventilatória e oxigenoterapia
03	Manutenção e controle de material para atendimento de urgência
04	Preparo, reposição e distribuição do material de consumo diário nos consultórios, triagem hematológica, sala de coleta e sala de aférese
05	Recepção/acolhimento ao candidato à doação de ST (sangue total) e aférese
06	Identificação do candidato à doação
07	Orientação para higienização dos braços do candidato à doação de ST e aférese
08	Preparo do kit para coleta de ST
09	Avaliação do acesso e punção venosa do doador
10	Programação e utilização do homogeneizador digital Biomixer-BM 330
11	Programação e utilização do homogeneizador digital Baxter
12	Programação e utilização do homogeneizador digital Optimix
13	Programação e utilização do homogeneizador digital Compomixer M2
14	Coleta de sangue total
15	Coleta de sangue total de doador autólogo
16	Atendimento ao doador de ST e aférese nas Reações Adversas
17	Orientações para liberação doador de ST
18	Registros formais na ficha de doação
19	Registro diário do atendimento na coleta de ST
20	Levantamento estatístico mensal na coleta de ST e aférese
21	Avaliação de local de coleta externa por enfermeiro
22	Organização de materiais e equipamentos para coleta externa
23	Organização de local para realização de coleta externa
24	Preparo de caixas para transporte de bolsas de ST e tubos de amostras na coleta externa
25	Organização e conferência de material de coleta externa para retorno à UFH
26	Pré- triagem dos candidatos à doação de plaquetaférese e eritrocitaférese
27	Instalação do kit de plaquetaférese no separador de células Haemonetics MCS+
28	Identificação de tubos e bolsas de Hemocomponentes para aférese
29	Monitoramento de procedimento de aférese
30	Retirada do kit e liberação do doador de aférese
31	Agendamento e visita doador para coleta de CTP
32	Programação e coleta CTP no equipamento Haemonetics MCS+
33	Registro diário do atendimento na coleta por aférese
34	Ensaio de proficiência na triagem hematológica
35	Programação e utilização de homogeneizador Digital Docon
36	Verificação da precisão da balança e carga da bateria do homogeneizador digital
37	Treinamento de admissão no local de trabalho e treinamento em manutenção das rotinas
38	Utilização do sistema Hemote Plus
39	Triagem hematológica do candidato à doação de ST no Hemote Plus e Sigamet
40	Preparo do kit para coleta ST no Hemote Plus
41	Avaliação do acesso e punção venosa do doador utilizando o sistema Hemote Plus
42	Programação e utilização do homogeneizador digital Compoguard no Hemote Plus
43	Programação e utilização do homogeneizador digital Docon no Hemote Plus
44	Coleta ST utilizando o sistema Hemote Plus
45	Registros formais na ficha de controle de doação no Hemote Plus
46	Impressão de etiquetas para CE, PACE e posto de emergência

Fonte: PSIS da "Sala de coleta" do hemocentro regional.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ABORDAGEM DOS PROFISSIONAIS QUE PUNCIAM VASOS EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE E HEMOCENTRO USADO NA TRS COM ABORDAGEM ESTRUTURAL	
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"/> superior completo <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado <input type="checkbox"/> residência <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	
Ocupação (o que faz): inserir opções	
Lado dominante: <input type="checkbox"/> direito <input type="checkbox"/> esquerdo <input type="checkbox"/> ambidestro	
Tendo as palavras a seguir mencionadas cite as cinco primeiras palavras que lhe vem à mente:	
TER QUE PUNCIAR VEIA	UMA VEIA ESTAR PUNCIADA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ABORDAGEM DOS PROFISSIONAIS QUE PUNCIAM VASOS NA TRS COM ABORDAGEM PROCESSUAL	
Comente um caso que tenha ocorrido com você, que tenham ouvido falar ou que tenha visto sobre ter que puncionar uma veia que considere relevante ou que exemplifique o que pensa sobre a temática.	
Comente um caso que tenha ocorrido com você, que tenham ouvido falar ou que tenha visto sobre uma veia estar puncionada que considere relevante ou que exemplifique o que pensa sobre a temática.	
Gostaria de acrescentar alguma informação sobre esse tema?	

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ABORDAGEM DOS DOADORES DE SANGUE NUM HEMOCENTRO PARA SUBSIDIAR A TRS COM ABORDAGEM ESTRUTURAL

Caracterização sociodemográfica

Gênero: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	Data Nascimento:	Código do participante: 315
Profissão:	Ocupação:	
Tipo de doação: 1 <input type="checkbox"/> Espontânea 2 <input type="checkbox"/> Reposição 3 <input type="checkbox"/> Autóloga		
Religião: <input type="checkbox"/> católica <input type="checkbox"/> protestante <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> outras especificar		
Já doou sangue: 1 <input type="checkbox"/> S 2 <input type="checkbox"/> N: Quantas vezes: 1 <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> 3 4 <input type="checkbox"/> 4 5 <input type="checkbox"/> 5 6 <input type="checkbox"/> Mais de cinco vezes		
Grau de instrução em anos:		Renda familiar:
Estado Conjugal: 1 <input type="checkbox"/> solteiro 2 <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> separado		
Renda familiar:	Cor da pele declarada: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> especificar	

Perfil de internação institucional

Experiência prévia com internação: 0 <input type="checkbox"/> não 1 <input type="checkbox"/> sim 9 <input type="checkbox"/> não respondeu	Experiência prévia c/transusão sg: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Periodicidade de doação: 1 <input type="checkbox"/> 3/4 2 <input type="checkbox"/> > 3/4	Tipo sg: 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 3 <input type="checkbox"/> AB 4 <input type="checkbox"/> O Rh: 1 <input type="checkbox"/> + 2 <input type="checkbox"/> -
Horário de doação: 1 <input type="checkbox"/> manhã 2 <input type="checkbox"/> tarde	

2Técnica de Evocação Livre e Espontânea:

Cite as 5 primeiras palavras que lhe vem à mente quando se fala em:

DOAR SANGUE	RECEBER SANGUE	PUNÇÃO DE VEIA PARA DOAR SANGUE
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ABORDAGEM DOS DOS DOADORES DE SANGUE NUM HEMOCENTRO PARA SUBSIDIAR A TRS COM ABORDAGEM PROCESSUAL

O que lhe motivou doar sangue?
Pontos favorecedores para o(a) Sr(a) doar sangue
Qual a imagem que vem à sua mente quando pensa em doar sangue?
Qual a imagem que vem a sua mente quando pensa que receber sangue?
O que acha da punção da veia para retirar o sangue?
Qual a vantagem de doar sangue? <input type="checkbox"/> dia de folga <input type="checkbox"/> ajudar ao outro <input type="checkbox"/> valores+/- e neutros
Conte-me um caso sobre punção de veia para doar sangue que tenha lhe marcado e que aconteceu consigo ou com que tenha conhecido
Gostaria de acrescentar ou comentar alguma coisa?

Anexo 3: Instrumento de coleta de dados realizado com profissionais de saúde do hemocentro e da instituição de saúde (survey) e com participantes do hemocentro (coorte e avaliação do nível de satisfação)

PROFISSIONAIS QUE PUNÇIONAM VEIAS DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E DO HEMOCENTRO			
Razão da realização da punção (motivo)			
punção	Possui a prática de puncionar veia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Quantas vezes por semana <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:
	Quando o(a) Sr(a) é chamado(a) para puncionar uma veia? <input type="checkbox"/> insucesso de outras tentativas <input type="checkbox"/> característica do vaso <input type="checkbox"/> perfil da clientela <input type="checkbox"/> mais experiência com o procedimento <input type="checkbox"/> para tomar decisão clínica <input type="checkbox"/> avaliação local punção <input type="checkbox"/> outros especificar		
História de punção de veia ao longo da vida			
Experiência	Onde aprendeu a puncionar veia? <input type="checkbox"/> na formação profissional de Enf Técnico Aux <input type="checkbox"/> em treinamento clínico <input type="checkbox"/> no cotidiano da atuação profissional <input type="checkbox"/> outros especificar		
	Qual parte do corpo possui mais habilidade para puncionar a veia? <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		
	Qual lado do corpo possui mais habilidade para puncionar a veia? <input type="checkbox"/> esquerdo <input type="checkbox"/> direito <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> nenhum deles		
	Se precisar puncionar uma veia em mim agora como você se avalia: <input type="checkbox"/> preparado <input type="checkbox"/> com domínio e habilidade <input type="checkbox"/> com domínio sem habilidade <input type="checkbox"/> inseguro(a) <input type="checkbox"/> ansioso(a) <input type="checkbox"/> despreparado(a) <input type="checkbox"/> outros especificar		
	Já viu uma veia ser pega numa pessoa que possui vínculo afetivo? <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> pessoa que cuidou <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros especificar Qual a sensação?		
	Na sua vida onde puncionou uma veia pela primeira vez? Em pessoa <input type="checkbox"/> internada <input type="checkbox"/> atendida Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Policlínica, UBS, UPA, UAPS <input type="checkbox"/> em casa <input type="checkbox"/> na Faculdade <input type="checkbox"/> outros especificar		
	Quantas x já puncionou uma veia na sua vida? <input type="checkbox"/> <50 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 1500 <input type="checkbox"/> 2000 <input type="checkbox"/> outras especificar:		
Cateter preferido p/uso: <input type="checkbox"/> Jelco/abocath <input type="checkbox"/> agulha com seringa <input type="checkbox"/> vacoutainer <input type="checkbox"/> escalpe			
Percepção das etapas do processo de punção			
Quais etapas considera que uma pessoa percebe quando o Sr(a) punciona a veia dela(a)?			
Limpar a pele antes de puncionar a veia	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Tremor ou hesitar ao puncionar a veia	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Garrotear estrutura corporal a ser puncionada	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Fixar o cateter no sítio de punção	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Comprimir local após retirar a agulha?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Avaliar o local durante sua permanência	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Evidenciar veia c/técnicas: ex:abrir/fechar mão	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Quais cuidados o Sr(a) recomendaria durante o processo de punção de vasos?			
Etapas da punção			
Apara de pelos quando eles estão grandes: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Tentar puncionar a veia por mais de uma tentativa <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			
Decidir se precisa trocar a veia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Fixação do cateter IV? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Material utilizado: esparadrapo: <input type="checkbox"/> comum <input type="checkbox"/> antialérgico <input type="checkbox"/> filme <input type="checkbox"/> atadura <input type="checkbox"/> tipoia			
Quando troca uma veia? <input type="checkbox"/> perdeu <input type="checkbox"/> tempo de uso num mesmo vaso <input type="checkbox"/> assegurar tratamento prescrito <input type="checkbox"/> evidência de problema <input type="checkbox"/> molhar <input type="checkbox"/> sujar <input type="checkbox"/> descolar <input type="checkbox"/> sangrar <input type="checkbox"/> doer <input type="checkbox"/> inchar <input type="checkbox"/> hematoma/equimose <input type="checkbox"/> hiperemia <input type="checkbox"/> infecção <input type="checkbox"/> flebite <input type="checkbox"/> endurecido <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> outras especificar			
Troca a fixação do cateter? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Qdo <input type="checkbox"/> deu tempo <input type="checkbox"/> tem problema <input type="checkbox"/> molhou <input type="checkbox"/> sujou <input type="checkbox"/> descolou <input type="checkbox"/> sangrou <input type="checkbox"/> doeu <input type="checkbox"/> inchou <input type="checkbox"/> deu equimose <input type="checkbox"/> deu hiperemia <input type="checkbox"/> infeccionou <input type="checkbox"/> deu flebite <input type="checkbox"/> deu endurecido <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> outros especificar			
Adota cuidados após a remoção da agulha da veia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Cuidado(s) que recomendaria: <input type="checkbox"/> solicitar que o usuário comprima o local ou fezê-lo <input type="checkbox"/> flexionar braço/antebraço <input type="checkbox"/> não flexionar braço/antebraço <input type="checkbox"/> ocluir c/esparadrapo <input type="checkbox"/> avaliar o local <input type="checkbox"/> outras especificar			
Tempo médio que comprime o local 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			
Recomendaria compressa no local da punção após retirar do cateter: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sim			
Quando?			
Sensações e comportamentos que tem ao puncionar uma veia			
Antes de puncionar a veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> sendo avaliado <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> apreensivo		

	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> foco a atenção <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> ansioso
	Outros especificar:
Quando punciona a veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> sendo avaliado <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> apreensivo
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> foco a atenção <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> ansioso
	Outros especificar:
Durante o tempo em que o cateter é usado	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> sendo avaliado <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> apreensivo
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> foco a atenção <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> ansioso
	Outros especificar:
Após remover cateter IV	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> sendo avaliado <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> apreensivo
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> foco a atenção <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> ansioso
	Outros especificar:

DOADORES DE SANGUE NO HEMOCENTRO			
CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DOADORES DE SANGUE NO HEMOCENTRO			
Código do participante		Data de coleta de dados	
Data de nascimento: / /		Data dos dados coletados: 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)	
Exames laboratoriais alterados			
(1) Dosagem de hemoglobina: Resultado: 1 <input type="checkbox"/> normal; 2 <input type="checkbox"/> alterado. Valores:			
Uso de medicação ou conduta em reação adversa			
Princípio ativo:	Doses:	sítio	Observação
1 <input type="checkbox"/> SF 0,9%			
2 <input type="checkbox"/> Tredenlemburg invertido			
3 <input type="checkbox"/> Aferição PA			
4 <input type="checkbox"/> Observação temporária			
5 <input type="checkbox"/> Especificar			
6 <input type="checkbox"/>			

COORTE COM DOADORES DE SANGUE										
Critérios avaliados				1	2	3	Critérios avaliados			
Data→							Data→			
DOR							TIPO DE VEIA:			
Avaliação interpretação 0 a 10							Elasticidad: 1=endur; 2=flex; 3=ñaplica			
Ligada sítio 0-não;1-sim							Calibre:1peq,2méd;3gde;4ñ aplica			
Ligado ao trajeto 0-não;1-sim							Palpação 0-não;1-sim,3-ñ aplica			
Escore escada "B" 0 a 10							Trajeto 1-reti;2-tortu;3-ñ aplica			
Exp. Fisionômica 0-não;1-sim							Visualização 0nã;1sim;2ñ aplica			
Queixa 0-não;1-sim							Articulação 0-não;1-sim			
PELE							PÊLOS			
Cor paleta de cores							Presença 0-não;1-sim;2-aparado			
Alterada 0-não;1-sim							TIPO DISP. IV.			
Especificar tabela							Tipo 1-Scalp;2-jelco;3-Seringa; 4-vacuo			
CAP. FUNCIONAL							Calibre especificar			
Nível funcional escala 0 a 4							FIXAÇÃO DISP. IV			
Queixa 0-não;1-sim							Número adesivos especificar			
Mobilidade1:com rest;2: sem restr							Material adesivo: 1esparad; 2antialerg; 3micropor; 4filme			
Força muscular ² escala 0 a 5							Troca 0-não;1-sim			
INTEGRIDADE PELE							HIGIENE			
Inchaço cacifo(0/4+)							Estado 1-limpo;2-sujo			
Edema 0-não;1-sim							UMIDADE			
Mensuração							Grau 1-seco;2-úmido			
Endurecimento: 0-não;1-sim							Origem 1banho;2suor;3líq;4med			
Mensuração:							REGISTROS ENFERMEIRO			
Ferimento: 0-não;1-sim							Registro 0-não;1-sim			
Mensuração: cm ²							Nome 0-não;1-sim			
Equimose: 0-não;1-sim							Data 0-não;1-sim			
Mensuração: cm ²							Calibre 0-não;1-sim			
Hematoma: 0-não;1-sim							Hora 0-não;1-sim			
Mensuração: cm ²							REGISTRO EXAMES			
Eritema: 0-não;1-sim							Registro 0-não;1-sim			
Mensuração: cm ²							Alterações 0-não;1-sim			
Secreção: 0-não;1-sim							CULTURA PONTA DISP.IV			
TEMPERATURA							Realizada 0-não;1-sim			
Alterada: 1normal;1elev;2dimin							Resultado 1-neg;2-pos			
VIA INTRAVASCULAR							TRAUMA			
Finalidade:1terap ;2diag; 3colet; 4med							Trauma vascular 0-não;1-sim			
PELE:							Alta c/trauma vasc. 0-não;1-sim			
Tipo 1-Fina;2-normal;3-espessa							Compressão retirar agulha (seg)			
Esforço física: 0-não;1-sim							Obs:			
Tipo, duração e intensidade:										
Observações adicionais e registros de diário de campo										
Fotografia durante a coleta			Fotografia imediatamente após a coleta			Fotografia 24 após a coleta e 36 quando identificado manifestações de trauma vascular				
Informações adicionais										

² Escala de Rossi e Mistrorigo- força muscular (0 a 5 pontos):

Escala para aferir percepção, avaliação e satisfação com o processo de punção de veia periférica		
Critérios	Situações a serem avaliadas	gradação
Ambiente Local realizou punção	Qual a nota que dá de zero a 10 para a privacidade/sentir-se à vontade no ambiente onde sua veia foi puncionada	0 <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"/>
	O quanto de desconforto sentiu por sua veia ter sido puncionada nesse ambiente?	0 <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"/>
Período de acolhimento: ações profissionais, sentimentos e comportamentos emergentes e sua avaliação	Vou dizer uma lista de sentimentos e gostaria que o Sr me dissesse quanto teve antes de puncionar sua veia	<input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> tranquilidade <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> segurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimentação <input type="checkbox"/> ardência <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
	Vou dizer uma lista de comportamentos e gostaria que o Sr me dissesse quanto teve antes de puncionar sua veia	<input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarela <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerância <input type="checkbox"/> tolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> desatento <input type="checkbox"/> esquivar olhar <input type="checkbox"/> olhar fixamente <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> preocupado <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
	Os profissionais fizeram ou disseram alguma coisa que ajudou/preparou para a punção da veia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Na convivência com os profissionais qual(is) situações ocorreram com o senhor(a) antes deles pegarem sua veia?	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> informação sobre o que seria feito <input type="checkbox"/> pedido para fazer alguma coisa (abrir ou fechar as mãos, retirar agasalhos, etc.) <input type="checkbox"/> conversar para distraí-lo com qualquer assunto <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> agiu com rapidez <input type="checkbox"/> outros especificar
	O quanto a forma como foi tratado(a) lhe ajudou na punção da veia? Dê uma nota de zero a dez	0 <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"/>
	Houve avaliação de suas veias antes de tentar puncioná-la	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Período de punção propriamente dita: ações profissionais, sentimentos e comportamentos emergentes e sua avaliação	A pessoa que veio pegar sua veia trouxe mais de uma agulha?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	O(A) senhor(a) observou se faltou algum material ao pegarem sua veia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Houve necessidade de pegar sua veia em mais de uma tentativa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Quantas vezes tentaram?	
	Por que motivo houve dificuldade de pegar sua veia?	<input type="checkbox"/> minha veia é difícil <input type="checkbox"/> tempo <input type="checkbox"/> perdeu <input type="checkbox"/> não deu certo da primeira vez <input type="checkbox"/> deu problema no local (vermelhidão, inchaço, dor, etc) <input type="checkbox"/> teve alta ou foi transferido <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/> não se aplica
	O quanto o(a) Senhor(a) considerada que sua veia é difícil de puncionar? Dê uma nota de zero a dez	0 <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"/>
	Vou dizer uma lista de sentimentos e gostaria que o Sr me dissesse quanto pegaram sua veia	<input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> tranquilidade <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> segurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimentação <input type="checkbox"/> ardência <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
	Vou dizer uma lista de comportamentos e gostaria que o Sr me dissesse quanto pegaram sua veia	<input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarela <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerância <input type="checkbox"/> tolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> desatento <input type="checkbox"/> esquivar olhar <input type="checkbox"/> olhar fixamente <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> preocupado <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
Dê uma nota de zero a dez para a dor ou desconforto que sentiu quando sua veia foi pega.	0 <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"/>	
O quanto o(a) Sr(a) consegue ver o local em que a agulha esteve fincada na pele. Dê uma nota de zero a dez (0= não dá para ver e 10= vê tudo)	0 <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"/>	

Continuação

Critérios	Situações a serem avaliadas	gradação
Período de punção propriamente dita	Vou dizer uma lista de sentimentos e gostaria que o Sr me dissesse quando mexem na sua veia	<input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> tranquilidade <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> segurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimentação <input type="checkbox"/> ardência <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
	Vou dizer uma lista de comportamentos e gostaria que o Sr me dissesse quanto quando mexem na sua veia	<input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarela <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerância <input type="checkbox"/> tolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> desatento <input type="checkbox"/> esquivar olhar <input type="checkbox"/> olhar fixamente <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> preocupado <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
Período pós retirada da agulha: ações profissionais, sentimentos e comportamentos emergentes e sua avaliação	Após a retirada da agulha foi comprimido o local até parar de sangrar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	O(a) Senhor(a) ajudou a comprimir o local até que parasse de sangrar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Vou dizer uma lista de sentimentos e gostaria que o Sr me dissesse quando a agulha foi retirada	<input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> tranquilidade <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> segurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimentação <input type="checkbox"/> ardência <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
	Vou dizer uma lista de comportamentos e gostaria que o Sr me dissesse quanto quando a agulha foi retirada	<input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarela <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerância <input type="checkbox"/> tolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> desatento <input type="checkbox"/> esquivar olhar <input type="checkbox"/> olhar fixamente <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> preocupado <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
	Dê nota de zero a dez (0= sem dor e 10= dor máxima) para a dor sentiu quando a agulha foi retirada do vaso?	0 <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"/>
	O local onde estava a agulha ficou limpo e seco?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Vou dizer uma lista de sentimentos e gostaria que o Sr me dissesse após estar sem agulha	<input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> tranquilidade <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> segurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimentação <input type="checkbox"/> ardência <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
	Vou dizer uma lista de comportamentos e gostaria que o Sr me dissesse após estar sem agulha	<input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarela <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerância <input type="checkbox"/> tolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> desatento <input type="checkbox"/> esquivar olhar <input type="checkbox"/> olhar fixamente <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> preocupado <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outros especificar
	Classificação dos sentimentos anteriormente mencionados	<input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> não se aplica
	Dê uma nota de zero a dez para a intensidade de dor após a agulha ser retirada (0= sem dor e 10= dor máxima)	0 <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"/>
Período pós doação de sangue: ações profissionais, sentimentos e comportamentos emergentes e sua avaliação	O quanto a veia estar puncionada atrapalhou ou limitou seu movimento. Dê uma nota de zero a dez.	0 <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"/>
	O quanto o esparadrapo ou esse outro material lhe incomodou? Dê uma nota de zero a dez	0 <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"/>
	Quando molha ou suja os esparadrapos ou esse outro material, eles são trocados?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Durante sua higiene o local da veia molha?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Alguma vez o(a) senhor(a) teve algum problema com a veia que precisou falar com a equipe de saúde?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Qual o tempo que levou entre o(a) senhor(a) pedir ajuda com a veia e ser atendido? Dê uma nota de zero à dez (0= demorou demais e 10= foi atendido rapidamente).	0 <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"/>
Qual a nota que dá para os profissionais que pegam veia?	0 <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"/>	

Continua

Continuação

Critérios	Situações a serem avaliadas	gradação
Situações gerais Local realizou punção	Dê uma nota de zero a dez para o quanto ficou satisfeito/insatisfeito com o uso de sua veia aqui (0= totalmente insatisfeito e 10= totalmente satisfeito)	0 <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"/>
	Pelo(a) Senhor(a) estar com uma veia puncionada precisa ajuda, qual situação considera que poderia ser melhorada	<input type="checkbox"/> avaliar o local mais vezes <input type="checkbox"/> os profissionais mexerem com delicadeza no local <input type="checkbox"/> haver rapidez na identificação de problema <input type="checkbox"/> haver rapidez no tratamento quando for identificado algum problema Haver esclarecimento de alguma dúvida que tenha ou de meu acompanhante <input type="checkbox"/> outros especificar

Anexo 4: Documentação vinculada ao processo ético de tramitação do projeto e os Termos de Consentimento livre e esclarecidos após informação das instituições hospitalar e do hemocentro

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para doadores de sangue.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico**”. Nesta pesquisa, nosso objetivo é analisar como é realizada a punção da veia quando é coletado ou infundido o sangue para saber se ocorre lesão que possa ser evitada. Tal investigação justifica-se pelo fato de a punção venosa ser a única forma de coletar ou transfundir o sangue e de neste momento poder ocorrer algum problema que possa ser evitado. Para esta pesquisa a sua participação significará responder algumas perguntas, sendo algumas registradas pela entrevistadora e outras gravadas, deixar que o local em que foi puncionada a veia seja observado durante alguns dias e fotografado para registrar se houve ou não problema no local. A presente investigação envolve riscos mínimos para sua realização, que são considerados os mesmos riscos que as atividades do dia-a-dia envolvem. As pesquisadoras se comprometem a reduzir tais riscos utilizando técnicas de comunicação e relacionamento, não estando prevista a realização de nenhuma ação que comprometa sua integridade física ou mental como procedimento de coleta de dados. As condutas de pesquisa envolverão avaliações clínicas como observação e toque do local puncionado para que possam ser identificados sinais de trauma do vaso sanguíneo. Está previsto ressarcimento caso seja comprovado algum malefício em decorrência desta investigação.

Para participar deste estudo o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr (a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento 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 lhe trará qualquer prejuízo ou mudança na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. 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. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena em seu arquivo pessoal por cinco anos juntamente com o instrumento de coleta de dados e a outra via do TCLE será fornecida ao senhor (a). Após esse tempo todo material será destruído. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, ou seja, não será mencionado o seu nome, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins de pesquisa, acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico**”, 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. Recebi uma via 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 2015.

Nome do participante Assinatura	Nome da pesquisadora responsável: Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena. Rua Olegário Maciel, 1716, 204 Paineiras, Juiz de Fora Fone 32162532 E-mail: cristina.arreguy@ufjf.edu.br
Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF: Campus Universitário da UFJF, Pró-Reitoria de Pesquisa CEP: 36036-900. Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	Nome de testemunha: Seu nome e endereço Assinatura

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de saúde que puncionam veias.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - HU/UFJF**

Pesquisadora responsável: Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena. Rua Olegário Maciel, 1716, 204 Paineiras, Juiz de Fora Fone 32162532 E-mail: cristina.arreguy@uff.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico**”. Nesta pesquisa, nosso objetivo é analisar como é realizada a punção da veia quando o sangue é coletado ou infundido para saber se ocorre lesão que possa ser evitada. Tal investigação justifica-se pelo fato de a punção venosa ser a única forma de coletar ou transfundir o sangue e de neste momento poder ocorrer algum problema que possa ser evitado. Para esta pesquisa, a sua participação consistirá apenas em responder algumas perguntas, sendo algumas registradas pela entrevistadora e outras gravadas. A presente investigação envolve riscos mínimos para sua realização, que são considerados os mesmos riscos existentes no desempenho de atividades do dia-a-dia. As pesquisadoras se comprometem a reduzir estes riscos utilizando técnicas de comunicação e de relacionamento, não estando prevista a realização de nenhuma ação que comprometa sua integridade física ou mental como procedimento de coleta de dados. Está previsto ressarcimento caso seja comprovado malefício em decorrência desta investigação.

Para participar deste estudo o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado dano proveniente desta pesquisa, o (a) Sr (a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar sua autorização ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. 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. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena em seu arquivo pessoal por cinco anos juntamente com o instrumento de coleta de dados e a outra via do TCLE será fornecida ao senhor (a). Após esse tempo todo material será destruído. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, ou seja, não será mencionado o seu nome, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins de pesquisa, acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico**”, 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. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2015.

Nome do participante Assinatura	Nome da pesquisadora responsável: Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena. Rua Olegário Maciel, 1716, 204 Paineiras, Juiz de Fora Fone 32162532 E-mail: cristina.arreguy@uff.edu.br
Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF. Hospital universitário Unidade Santa Catarina. Prédio da Administração Sala 27. CEP 36036-110 E-mail: cep.hu@uff.edu.br	Nome de testemunha: Seu nome e endereço Assinatura

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para receptores de hemocomponentes/derivados.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - HU/UFJF**

Pesquisadora responsável: Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena. Rua Olegário Maciel, 1716, 204 Paineiras, Juiz de Fora Fone 32162532 E-mail: cristina.arreguy@uff.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico”**. Nesta pesquisa, nosso objetivo é analisar como é realizada a punção da veia quando é coletado ou infundido o sangue para saber se ocorre lesão que possa ser evitada. Tal investigação justifica-se pelo fato de a punção da veia ser a única forma de coletar ou transfundir o sangue e de neste momento poder ocorrer algum problema que possa ser evitado. Para esta pesquisa, a sua participação significará responder algumas perguntas que serão registradas pela entrevistadora, deixar que o local em que foi puncionada a veia seja observado durante alguns dias e fotografado para registrar se houve ou não problema no local, e, autorizar que as pesquisadoras consultem seu prontuário para verificação de informações, se necessário. A presente investigação envolve riscos mínimos para sua realização, que são considerados os mesmos riscos que as atividades do dia-a-dia envolvem. As pesquisadoras se comprometem a reduzir estes riscos utilizando técnicas de comunicação e relacionamento, não estando prevista a realização de nenhuma ação que comprometa sua integridade física ou mental como procedimento de coleta de dados. As condutas de pesquisa envolverão avaliações clínicas como observação e toque do local puncionado para que possam ser identificados sinais de trauma do vaso sanguíneo. Está previsto ressarcimento caso seja comprovado malefício em decorrência desta investigação.

Para participar deste estudo o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr (a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento 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 lhe trará qualquer prejuízo ou mudança na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. 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. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.



Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena em seu arquivo pessoal por cinco anos juntamente com o instrumento de coleta de dados e a outra via do TCLE será fornecida ao senhor (a). Após esse tempo todo material será destruído. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, ou seja, não será mencionado o seu nome atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins de pesquisa, acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico”**, 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.

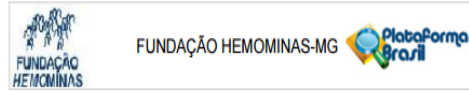
Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Juiz de Fora, _____ de _____ de 2015.

Nome e assinatura do participante	Pesquisadora responsável: Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena. Rua Olegário Maciel, 1716, 204 Paineiras, Juiz de Fora Fone 32162532 E-mail: cristina.arreguy@uff.edu.br
Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF. Hospital Universitário Unidade Santa Catarina. Prédio da Administração Sala 27. CEP 36036-110 E-mail: cep.hu@uff.edu.br	Nome e Assinatura de testemunha:

Parecer do Comitê de Ética da Instituição Hospitalar

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG 	 UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA NA CAPTAÇÃO E TRANSFUÇÃO DE SANGUE E TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO</p> <p>Pesquisador: Cristina Arreguy Sena</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 43295915.1.0000.5147</p> <p>Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>	<p>Continuação de Parecer: 1.083.629</p> <p>pesquisa.</p> <p>Recomendações:</p> <p>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</p> <p>Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Junho de 2017.</p> <p>Situação do Parecer:</p> <p>Aprovado</p> <p>Necessita Apreciação da CONEP:</p> <p>Não</p> <p>Considerações Finais a critério do CEP:</p> <p>Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEPA/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.</p>
<p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 1.083.629</p> <p>Data da Relatoria: 23/06/2015</p>	<p>JUIZ DE FORA, 28 de Maio de 2015</p>
<p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Trata-se de projeto de pesquisa quantitativa sobre processos de punção venosa para coleta e infusão de sangue incluindo situações em que ocorre trauma vascular periférico.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Os objetivos encontram-se formulados em consonância com a natureza e propósitos da pesquisa.</p> <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</p> <p>Os riscos e benefícios encontram-se corretamente expostos.</p> <p>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</p> <p>O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.</p> <p>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</p> <p>O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de</p>	<p>Assinado por: Francis Ricardo dos Reis Justi (Coordenador)</p>
<p>Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N Cidade: SAO PEDRO Cep: 36.096-000 UF: MG Município: JUIZ DE FORA Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propeaq@ufjf.edu.br</p>	<p>Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N Cep: 36.096-000 Cidade: SAO PEDRO UF: MG Município: JUIZ DE FORA Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propeaq@ufjf.edu.br</p>
Página 01 de 02	Página 02 de 02

Parecer de aprovação do Comitê de Ética para a etapa desenvolvida em um hemocentro



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA NA CAPTAÇÃO E TRANSFUSÃO DE SANGUE E TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO EM UM HEMOCENTRO.

Pesquisador: Cristina Arreguy Sena

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51781415.5.3001.5118

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.386.381

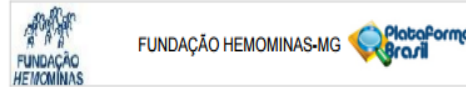
Apresentação do Projeto:

O presente estudo avalia o processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico em um hemocentro. Foi realizada avaliação prévia por este CEP e foram feitas algumas sugestões bem como levantados questionamentos. Por não ser a Fundação Hemominas a instituição principal, o projeto foi reprovado e novamente submetido, sendo agora analisado o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633783.pdf.

A fim de manter a temporalidade da análise, bem como para facilitar o entendimento, manteremos a mesma estrutura da análise do projeto anterior, bem como em alguns momentos o mesmo será citado.

O projeto conta com primorosa revisão do ciclo do sangue, discorrendo sobre todo o processo de obtenção de um produto seguro e que atenda às especificidades necessárias para o retorno da homeostase do receptor. Seu enfoque volta-se para o campo de atuação da Enfermagem, e conforme citado no corpo do trabalho, "O enfermeiro possui competências e habilidades previstas e requeridas na portaria Nº 2.712/2013 em consonância com a recomendação de que os serviços de hemoterapia sejam exercidos por profissionais com formação em processos gerenciais e humanos (Brasil, 2013)." Ainda: "O fato de o processo de punção vascular periférica ser um procedimento presente na atividade laboral cotidiana do enfermeiro, aliado à argumentação

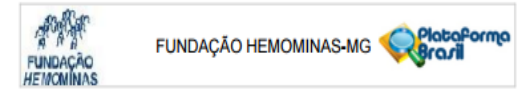
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321
 Bairro: Santa Elégia CEP: 30.130-110
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3768-4587 Fax: (31)3768-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 1.386.381

anteriormente explicitada e embasada em sua formação profissional faz deste o profissional que apresenta perfil compatível com sua inserção nos procedimentos requeridos nos processos de hemoterapia nas várias etapas em que ele ocorre (Ide et al., 2014). Ao executar o processo de punção de vasos periféricos para fins de estabilização hemodinâmica, terapêuticos, diagnósticos e transfusionais em sua prática laboral, o enfermeiro é capaz de atuar na identificação precoce de eventos adversos, intervir terapêuticamente nas reações transfusionais e em situações de urgência/emergência e reduzir a exposição a riscos ocupacionais, possuindo na abordagem dos traumas vasculares decorrentes de punções venosas (World Health Organization). A especificidade do processo de punção de vasos periféricos e sua utilização para fins hemoterápicos consistem na potencialidade de contaminação dos hemocomponentes, tendo em vista a necessidade de estocagem deste produto que, por sua natureza e composição, favorece o desenvolvimento de agentes patogênicos. Para fins de exame laboratorial, a captação do sangue requer que o processo de punção de vasos periféricos não necessite que o cateter intravascular seja estabelecido no interior do vaso por período superior àquele gasto para operacionalizar a coleta do sangue, embora os cuidados com a remoção e após a remoção do cateter sejam mantidos e semelhantes em ambos os casos. Do ponto de vista dos doadores de sangue a especificidade da punção espera que eles: recebam dos profissionais de saúde atendimento baseado nas melhores práticas e tenham minimizados, ao máximo, os efeitos adversos da punção de seus vasos e da remoção de volumes sanguíneos; que disponham de apoio e atendimento especializado em casos de eventos adversos. Do ponto de vista das pessoas que recebem os hemocomponentes e derivados espera-se que eles tenham asseguradas uma punção de qualidade, o monitoramento do processo de infusão, o controle e pronto atendimento diante de reações transfusionais e o monitoramento de reações locais em caso de trauma vascular periférico. (World Health Organization). O processo de punção de vasos periféricos é concebido, na presente investigação, como uma prática passível de desencadear trauma vascular periférico, bem como ser base para a efetivação da assistência hemoterápica com fins de captação de amostra de sangue para exames laboratoriais, cujo destino será um laboratório de análises clínicas e a transposição de hemocomponentes estocado em volume. O trauma vascular consiste no "estado no qual o indivíduo apresenta danos internos ou externos (lesando diretamente a estrutura do vaso ou desencadeando impacto sobre áreas próximas a ele, quer seja de origem química e/ou bioquímica e/ou física e/ou biológica), em uma ou várias camadas teciduais, ou subjacências, em decorrência direta ou indireta da presença do dispositivo e/ou líquidos infundidos ou drenados existentes no processo de punção venosa periférica" (Arreguy-Sena, 2002).

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321
 Bairro: Santa Elégia CEP: 30.130-110
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3768-4587 Fax: (31)3768-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 1.386.381

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o processo de punção venosa durante a captação e a transfusão de sangue/hemoderivados na perspectiva da ocorrência de trauma vascular periférico.

Objetivo Secundário:

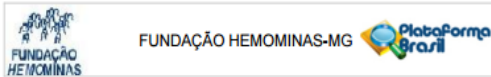
- 1) Caracterizar o processo de punção venosa periférica que foi realizado com a finalidade de viabilizar a doação de sangue, e destinado a obtenção de amostra para diagnóstico ou análise laboratorial e a transfusão de sangue/hemoderivados;
- 2) caracterizar as especificidades do processo de punção venosa periférica identificadas em pessoas que se encontram em situações de recepção de sangue por plaquetopenia, anemia, albuminemia, transplante de medula óssea e imunossupressão;
- 3) compreender a percepção sobre punção de vasos periféricos destinada à captação de sangue e à transfusão de sangue/hemoderivados na perspectiva de quem puncciona veia para fins hemoterápicos;
- 4) calcular a incidência de trauma vascular em situações de coleta de sangue para análise laboratorial ou diagnóstica (momento da coleta e em três tempos após a mesma), e durante a transfusão de sangue/hemoderivados
- 5) identificar a representação social de doadores de sangue para "doar sangue/coletar sangue", "receber sangue" e "punção de veia para doar sangue".

Etapa a ser realizada num hemocentro (ajustado para inclusão de doadores), conforme segue:

Específicos:

- 1) Caracterizar o processo de punção venosa periférica realizado com a finalidade de viabilizar a doação de sangue e a transfusão de sangue/hemoderivados;
- 2) Caracterizar as especificidades do processo de punção venosa periférica em pessoas que apresentam situações de recepção de sangue por plaquetopenia, anemia e imunossupressão;
- 3) Compreender a percepção sobre punção de vasos periféricos destinada à captação de sangue e à transfusão de sangue/hemoderivados na perspectiva de quem puncciona veia para fins hemoterápicos;
- 4) Calcular a incidência de trauma vascular em situações de doação de sangue (momento da coleta e em três tempos após a mesma), e durante a transfusão de sangue/hemoderivados;
- 5) Identificar a representação social de doadores de sangue para "doar sangue", "receber sangue" e "punção de veia para doar sangue"

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321
 Bairro: Santa Elégia CEP: 30.130-110
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3768-4587 Fax: (31)3768-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 1.266.381

6) Descrever a satisfação de doadores/receptores com o processo de punção de vasos periféricos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios nesta pesquisa estão relacionados a análise crítica de todo o processo do ciclo do sangue, partindo da ótica dos profissionais da Enfermagem. Os riscos estão relacionados à quebra de confidencialidade e há previsão de minimização nas várias etapas do trabalho. O procedimento de punção venosa, embora tenha riscos inerentes, faz parte do processo e não terá sua frequência aumentada ou maximizada nos participantes. Sua documentação é que pode levar eventualmente, ao processo anteriormente relacionado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho é de vulto e relevante. Sua construção e execução levará a uma série de melhorias não somente nos processos de trabalho, mas também em atividades subjacentes, seja ligadas ao ciclo do sangue, seja ligadas ao processo transfusional propriamente dito.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Este CEP levantou uma série de questionamentos anteriormente e realiza nova análise a partir das modificações, que serão analisadas ainda neste documento.

Recomendações:

Este CEP recomenda que qualquer outra modificação no projeto seja informada, para devida avaliação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este CEP considerou que alguns pontos do trabalho necessitavam de adequação. As mesmas foram realizadas. Discorreremos sobre os mesmos a seguir:

1. Sobre o projeto de pesquisa, em análise geral:

No documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_555861_E1.pdf Versão do Projeto: 6 não é explicitado o critério, momento e local de abordagem dos sujeitos de pesquisa. Tal informação é fundamental para a avaliação do surgimento de novas demandas, no que diz respeito aos riscos, bem como na adequação do cronograma das atividades.

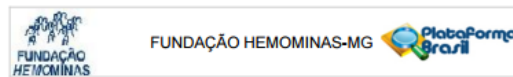
SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO

RESPOSTA: No documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633763.pdf, bem como na brochura de reajuste do projeto enviada à Plataforma Brasil houve adequação da demanda acima, conforme descrito no item 4. Metodologia e Estratégias de Ação.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321 CEP: 30.130-110
Bairro: Santa Efigênia
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3788-4587 Fax: (31)3788-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br

Página 04 de 10



Continuação do Parecer: 1.266.381

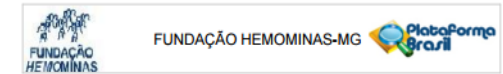
2. Há ainda a necessidade de melhor explicitação dos riscos, conforme já explanado no item anterior.

SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO

RESPOSTA: No documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633763.pdf, bem como na brochura de reajuste do projeto enviada à Plataforma Brasil houve adequação da demanda acima, conforme texto a seguir: "Na versão cadastrada previamente submetida a apreciação do CEP Hemominas, constavam os seguintes riscos: A presente investigação envolve riscos mínimos para sua operacionalização. As pesquisadoras se comprometem a minimizar tais riscos pela utilização de técnicas comunicacionais e relacionais, não estando prevista a realização de nenhuma intervenção como procedimento metodológico na coleta de dados. As condutas de pesquisa envolverão avaliações clínicas não invasivas, para que possam ser identificadas manifestações de trauma vascular, sendo garantido o anonimato dos participantes e das instituições. Etapa a ser realizada num hemocentro: mantida. Conforme solicitado em parecer consubstanciado emitido pelo CEP Hemominas, seguem os riscos da pesquisa devidamente alterados: a presente investigação envolve riscos mínimos para sua operacionalização, sendo estes riscos entendidos como decorrentes do registro das informações que se referem aos procedimentos comuns de exame, diagnóstico e tratamento de rotina recomendado para quem doa ou recebe sangue, que não será realizado nenhum procedimento invasivo que comprometa sua integridade física ou psicológica ou sua intimidade, e que não haverá formas de identificá-lo no decorrer da investigação. Apesar de os riscos serem estimados como mínimos, os participantes serão informados que haverá preocupação das pesquisadoras em minimizá-los por técnicas comunicacionais e relacionais, não estando prevista a realização de nenhuma intervenção como procedimento metodológico na coleta de dados. As condutas de pesquisa junto aos doadores/receptores envolverão avaliações clínicas não invasivas para identificação de manifestações de trauma vascular, sendo garantido o anonimato dos participantes e instituições. As condutas de pesquisa junto aos profissionais de saúde envolverão entrevistas gravadas individuais e aplicação de questionário em ambiente com privacidade para captar sentimentos, comportamentos, valorações, informações, conhecimento e objetividade do processo de doação, captação de sangue e punção dos vasos periféricos. Apesar de os profissionais constituírem um grupo considerado "vulnerável" por possuírem vínculo empregatício com a instituição onde se dará a pesquisa, sua abordagem justifica-se por ser essencial para a elaboração de diagnóstico situacional e análise do processo de punção venosa executado em doadores e receptores de sangue, auxiliando a evidenciar os fatores intervenientes que sejam passíveis de solução. Será

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321 CEP: 30.130-110
Bairro: Santa Efigênia
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3788-4587 Fax: (31)3788-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br

Página 05 de 10



Continuação do Parecer: 1.266.381

informado aos profissionais que o conteúdo proveniente de suas entrevistas, será analisado exclusivamente pelas pesquisadoras, sendo que apenas os resultados finais serão repassados à instituição, com finalidade de contribuir para o atendimento prestado aos doadores e receptores, favorecendo sua fidelização e aquisição de sangue para abastecimento de estoques. Será assegurado aos profissionais o seu anonimato em todas as fases da pesquisa a fim de lhes resguardar, assim como sua participação não implicará em advertência, constrangimento ou punição por parte da instituição, atendendo aos preceitos éticos previstos na Resolução Nº 466/12. Conforme explicitado, a presente investigação não envolverá riscos potenciais adicionais aos já existentes nas atividades compreendidas no processo de punção venosa para captação/transfusão de sangue para nenhum segmento de participantes, assim como o risco de quebra de confidencialidade dos registros, uma vez que as pesquisadoras se comprometerão a atuar de acordo com os princípios éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, visando a divulgação de resultados com finalidade exclusiva de favorecer o processo hemoterápico. Todo o material proveniente do processo de coleta de dados incluindo os registros impressos e conteúdo de áudio das gravações obtidas dos participantes será armazenado pelas pesquisadoras por um período mínimo de cinco anos. Após este período, o material impresso será destruído e o conteúdo das gravações será apagado."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. No cronograma há descrição do tempo de coleta de dados no Hemocentro de maio a dezembro. Tendo em vista a primeira análise por este CEP ocorrer em novembro, tais datas deverão ser reformuladas.

SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO

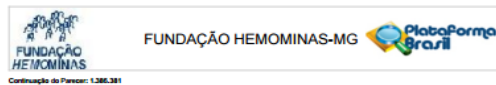
RESPOSTA: Houve reformulação do cronograma conforme solicitado, atendendo os prazos de análise deste CEP bem como adequando as etapas subsequentes.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Há discordância no número de sujeitos da pesquisa. Na brochura enviada como projeto Hemominas fala-se em 520 sujeitos de pesquisa. Já no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_555861_E1.pdf Versão do Projeto: 6, são enumerados como sujeitos 1025 no total. Embora possamos inferir quanto à origem dos mesmos, solicita-se esclarecimento em ambos os documentos para melhor entendimento. Outra dúvida é quanto ao número de profissionais de Enfermagem a serem avaliados no Hemocentro. São realmente 120? Tal quantitativo aborda enfermeiros e técnicos. Ou serão 120 profissionais totalizando os que

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321 CEP: 30.130-110
Bairro: Santa Efigênia
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3788-4587 Fax: (31)3788-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br

Página 06 de 10



trabalham no Hospital participante e no Hemocentro? SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Houve dúvidas por parte deste CEP também quanto ao número de doadores, já que no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_555861_E1.pdf Versão do Projeto: 6, há relato de 200 doadores de sangue e 200 doadores voluntários. Haverá doadores de outros locais (bancos privados ou públicos) envolvidos no projeto para a totalização do número? Tendo em vista a legislação brasileira, toda doação de sangue é voluntária, de forma que o termo usado para a diferenciação não nos pareceu adequado.

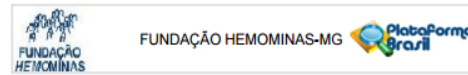
SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO OU MELHOR ESCLARECIMENTO
RESPOSTA: Ambos os questionamentos (itens 4 e 5) foram respondidos nos documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633763.pdf página 7 de 9, e a brochura de reajuste do projeto enviada à Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

6. Este CEP considerou confusa a explanação sobre os critérios de exclusão citados no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_555861_E1.pdf Versão do Projeto: 6. Há necessidade de adequação, pois não há clareza suficiente sobre quais os sujeitos seriam excluídos do projeto. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO

RESPOSTA: Na versão cadastrada previamente submetida a apreciação do CEP Hemominas, constavam os seguintes critérios de exclusão: Serão considerados critérios para não participação: 1) não atender aos critérios de inclusão gerais ou específicos por segmento e 2) quando profissional, estar em situação de afastamento da instituição durante o período de coleta de dados (férias, falta ou licença) ou ser estagiário ou estar em período de experiência por tempo inferior a 3 meses. Conforme solicitado em parecer consubstanciado emitido pelo CEP Hemominas, seguem os critérios de exclusão de participantes devidamente alterados: Serão considerados critérios para não participação para todos os participantes: 1) ter idade inferior a 18 anos e 2) não concordar em participar da pesquisa como voluntário não remunerado, ou não externar aquiescência por assinatura própria ou de responsável no TCLE (Anexos I, II e III). Acrescenta-se aos critérios anteriormente mencionados as seguintes condições de exclusão segundo o segmento de participantes: 1) para doadores de sangue: ter sido excluído do processo de doação de sangue por motivo de briga com clínica; 2) quando profissional: estar em situação de afastamento da instituição durante o período de coleta de dados (férias, falta ou licença) ou ser estagiário ou estar em

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3768-4587 Fax: (31)3768-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br

Página 07 de 10



Continuação do Parecer: 1.285.381

período de experiência por tempo inferior a três meses e 3) para receptores de hemocomponentes/derivados: não autorizar a realização de transfusão sanguínea.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

7. Não houve exploração sobre o destino do material gravado, apenas do material impresso (guarda por 5 anos). Solicita-se este relato, bem como a forma de destruição do material após o tempo transcorrido e término da guarda. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO

RESPOSTA: Questionamento respondido nos documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633763.pdf, e a brochura de reajuste do projeto enviada à Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

8. Sobre os termos de apresentação obrigatória:

8.1. Embora o TCLE já tenha passado por modificações solicitadas pelo centro pesquisador principal, este CEP julga que ainda há pendências passíveis de correção.

Os termos de consentimento livre e esclarecido de doadores e receptores são iguais no corpo do texto e não levam em conta as especificidades de cada grupo, inclusive explicitando seus riscos. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO

8.2. Os termos de consentimento dos profissionais de Enfermagem também necessitam de adequação. Por serem servidores, eles são considerados grupo vulnerável e deverão ter sua identificação bem como a participação justificadas de acordo com a resolução CNS 466/12. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO

8.3. Conforme a resolução CNS 466/2012, o endereço e contato dos comitês de ética das Instituições participantes devem constar do TCLE. Não há nos presentes modelos o contato do CEP Hemominas. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO

RESPOSTA: Questionamento respondido nos documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633763.pdf, e a brochura de reajuste do projeto enviada à Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3768-4587 Fax: (31)3768-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br

Página 08 de 10



Continuação do Parecer: 1.285.381

Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 11 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Daniel Gonçalves Chaves
(Coordenador)

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 321
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3768-4587 Fax: (31)3768-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br

Página 10 de 10

Anexo 5: Lista de variáveis a serem coletadas, categorização das mesmas, critérios clínicos de coleta e possibilidades de análise.

Variável	Classificação	Tipo de variável	Crítérios clínicos para coletar variáveis	Possibilidades de análise
Caracterização segmento doadores de sangue/ receptores de transfusão				
Gênero	Feminino e masculino	Nominal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Idade	Número	Ordinal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Profissão	Profissão/ocupação	Nominal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Tipo doação	Espontânea, reposição, autóloga	Nominal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Religião	Católica, protestante, espírita, outras	Nominal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Doação anterior	Sim, não	Dicotômica	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Quantas vezes doou	Número	Ordinal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Anos de estudo	Número	Ordinal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Renda familiar	Número	Nominal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Estado conjugal	Solteiro, casado, viúvo, união estável, separado	Nominal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Cor da pele	Número comparado à paleta cromática	Ordinal	Comparação coloração com paleta cromática	Incidência, RR, X ²
Caracterização segmento doadores de sangue				
Experiência prévia com internação	Sim, não	Dicotômica	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Experiência prévia com transfusão	Sim, não	Dicotômica	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Periodicidade doação	Número	Ordinal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Tipo sanguíneo	A, B, AB, O	Nominal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Rh	Positivo, negativo	Nominal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Início coleta	Número	Nominal	Acompanhamento processo de doação	Incidência, RR, X ²
Término coleta	Número	Nominal	Acompanhamento processo de doação	Incidência, RR, X ²
Duração	Número	Nominal	Acompanhamento processo de doação	Incidência, RR, X ²
Reação	Durante, após	Nominal	Acompanhamento processo de doação	Incidência, RR, X ²
Tipo reação	↓PA, ↓glicemia, outros	Nominal	Acompanhamento processo de doação	Incidência, RR, X ²
Caracterização segmento receptores de transfusão				
Razão internação	Aberta	Nominal	Registros profissionais	Incidência, RR, X ²
Período internação	Número	Ordinal	Diferença entre data da internação e alta hospitalar	Incidência, RR, X ²
Setor internação	Clínica, cirurgia, UTI, transplante, TRS, outros	Nominal	Registros profissionais	Incidência, RR, X ²
Presença acompanhante	Sim, não	Dicotômica	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Duração	Visita, parcial, integral	Ordinal	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Razão para transfusão	Anemia, plaquetopenia, albuminemia, TMO, outros	Nominal	Registros profissionais	Incidência, RR, X ²
Experiência prévia internação	Sim, não	Dicotômica	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Experiência prévia transfusão	Sim, não	Dicotômica	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Experiência prévia doação	Sim, não	Dicotômica	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Tipo sanguíneo	A, B, AB, O	Nominal	Indagação ao usuário e registros profissionais	Incidência, RR, X ²
Rh	Positivo, negativo	Nominal	Indagação ao usuário e registros profissionais	Incidência, RR, X ²
Caracterização segmento profissionais que punçionam veias				
Idade	Número	Ordinal	Indagação participante ao	Incidência, RR, X ²
Gênero	Masculino, feminino	Nominal	Indagação participante ao	Incidência, RR, X ²
Cor da pele	Branca, negra, parda, outros	Nominal	Indagação participante ao	Incidência, RR, X ²

Tem filhos	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Anos de estudo	Superior completo, especialização, mestrado, doutorado, residência, outros	Ordinal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Estado civil	Solteiro, casado, separado, viúvo, com companheiro, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Ocupação	Aberta	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Lado dominante	Direito, esquerdo, ambidestro	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Possui prática de punção	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Punções p/ semana	Número	Ordinal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Situações em que é acionado para puncionar	Insucesso outras tentativas, característica do vaso, perfil da clientela, mais experiência com o procedimento, para tomar decisão clínica, avaliação local punção, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Onde aprendeu a puncionar	Formação profissional, treinamento clínico, cotidiano atuação profissional, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Parte do corpo que possui mais habilidade para puncionar	Mão, antebraço, dobra do cotovelo, braço, pescoço, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Lado do corpo que possui mais habilidade para puncionar	Esquerdo, direito, ambos, nenhum deles	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Autoavaliação para prática de punção	Preparado, com domínio e habilidade, com domínio sem habilidade, inseguro, ansioso, despreparado, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Presenciou punção em pessoa com quem mantém vínculo afetivo	Familiar, pessoa que cuidou, amigo, filho, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Onde punçou pessoa pela primeira vez	Internada, atendida PS, ambulatório, policlínica, UBS, UPA, UAPS, em casa, na faculdade, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Quantas punções já realizou	Número	Ordinal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Cateter preferido p/ uso	Jelco/ abocath, agulha com seringa, vacoutainer, escalpe	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Etapas que considera que o usuário percebe ao realizar punção					
Limpar a pele antes de puncionar	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Garrotear estrutura a ser puncionada	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Comprimir local após retirar agulha	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Evidenciar veia com técnicas	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Tremer ou hesitar ao puncionar	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Fixar cateter no sítio de punção	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Avaliar local durante permanência	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Cuidados que recomenda durante processo de punção					
Apara de pelos	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Tenta puncionar mais de uma vez	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Quantas tentativas	Número	Ordinal	Indagação	ao	Incidência, RR, X ²

			participante		
Decide se precisa trocar veia	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Fixação cateter IV	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Material utilizado	Esparadrapo comum, antialérgico, filme, atadura, tipoia	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Quando troca uma veia	Perdeu, tempo de uso no mesmo vaso, assegurar tratamento prescrito, evidência de problema, molhar, sujar, descolar, sangrar, doer, inchar, hematoma/equimose, hiperemia, infecção, flebite, enduredo, edema, outras	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Troca fixação cateter	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Quando troca fixação	Deu tempo, tem problema, molhou, sujou, descolou, sangrou, doeu, inchou, deu equimose, deu hiperemia, infeccionou, deu flebite, deu enduredo, edema, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Adota cuidados após remover agulha	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Cuidados que recomenda	Solicitar que o usuário comprima ou faça-lo, flexionar braço/antebraço, não flexionar braço/antebraço, ocluir c/ esparadrapo, avaliar local, outros	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Tempo médio de compressão	↓5 minutos, ↓6h, 6 a 12 h, 12 a 18h, 18 a 24h	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Recomenda compressa local da punção	Sim, não	Dicotômica	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Quando	Aberta	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Tipo	Quente, fria	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Sensações e comportamentos que tem ao punccionar veias					
Antes de punccionar	Sente: medo, insegurança, sendo avaliado, desconforto, indiferença, alívio, ansiedade, apreensivo, Fica: silêncio, tagarelar, nervosismo, agitado, intolerante, vigilância, foca a atenção, indiferente, ansioso	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Quando puncciona	Sente: medo, insegurança, sendo avaliado, desconforto, indiferença, alívio, ansiedade, apreensivo, Fica: silêncio, tagarelar, nervosismo, agitado, intolerante, vigilância, foca a atenção, indiferente, ansioso	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Durante tempo uso cateter	Sente: medo, insegurança, sendo avaliado, desconforto, indiferença, alívio, ansiedade, apreensivo, Fica: silêncio, tagarelar, nervosismo, agitado, intolerante, vigilância, foca a atenção, indiferente, ansioso	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Após remover cateter	Sente: medo, insegurança, sendo avaliado, desconforto, indiferença, alívio, ansiedade, apreensivo, Fica: silêncio, tagarelar, nervosismo, agitado, intolerante, vigilância, foca a atenção, indiferente, ansioso	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²
Até ter solução continuidade	Sente: medo, insegurança, sendo avaliado, desconforto, indiferença, alívio,	Nominal	Indagação participante	ao	Incidência, RR, X ²

	ansiedade, apreensivo, Fica: silêncio, tagarelar, nervosismo, agitado, intolerante, vigiância, foca a atenção, indiferente, ansioso			
Quadro de variáveis: Coorte				
Variável	Classificação	Tipo de variável	Critérios clínicos para coletar variáveis	Possibilidades de análise
Variáveis intervenientes				
Duração da coorte	Número	Ordinal	Diferença entre a data de entrada e saída da coorte	Incidência, RR, X ²
Dimídio	Esquerdo ou direito	Nominal	Visual	Incidência, RR, X ²
Estrutura corporal	Mão, braço e antebraço	Nominal	Visual	Incidência, RR, X ²
Local da inserção do cateter IV periférico	Faces: anterior e posterior; Especificação: lateralmente e medialmente e Terços: proximal, distal e médio	Nominal	Visual	Incidência, RR, X ²
Palpação das veias	Palpável e não palpável	Dicotômica	Palpação	Incidência, RR, X ²
Elasticidade das veias	Endurecida e flexível	Nominal	Palpação	Incidência, RR, X ²
Calibre das veias	Pequeno, médio e grande	Nominal	Visual e palpação	Incidência, RR, X ²
Visualização das veias	Visualizada e não visível	Dicotômica	Visual	Incidência, RR, X ²
Trajetória das veias	Retilínea e tortuosa	Nominal	Visual e palpação	Incidência, RR, X ²
Localização das veias	Mão, antebraço e braço	Nominal	Visual	Incidência, RR, X ²
Veias em articulação	Em articulação e fora da articulação	Dicotômica	Visual	Incidência, RR, X ²
Tipo de cateter IV	Jelco, escalpe e seringa e agulha	Nominal	Visual	Incidência, RR, X ²
Calibre do cateter IV	16G, 18G, 20G, 22G e 24G	Nominal	Visual	Incidência, RR, X ²
Tempo de permanência do cateter IV	< 24 h, um dia, dois dias, três dias....	Ordinal	Duração	Incidência, RR, X ²
Tipo de complexo de fixação do cateter	Esparadrapo, micropore e curativo transparente e estéril	Nominal	Visual	Incidência, RR, X ²
Número de adesivos	Um, dois, três....	Ordinal	Visual	Incidência, RR, X ²
Umidade na fixação	Úmido e seco	Dicotômica	Palpação	Incidência, RR, X ²
Sujidade na fixação	Sujo e limpo	Nominal	Visual	Incidência, RR, X ²
Origem da umidade	Água de banho, suor, SF 0,9%, medicações IV e sangue	Nominal	Palpação, visual e indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Troca da fixação	Trocado e não troca	Dicotômica	Indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Finalidade terapêutica	Medicamentosa e terapêutica	Nominal	Registros profissionais e visual	Incidência, RR, X ²
Registro de enfermagem na fixação	Nome do profissional, data e hora de inserção do cateter IV e calibre	Dicotômica	Registros profissionais e visual	Incidência, RR, X ²
Classe medicamentosa	Analgésico, antibiótico, antiácido, antiemético, anticoagulante, corticóide, antihipertensivo, diurético, SF, SG, e eletrólitos	Nominal	Registros profissionais	Incidência, RR, X ²
Fatores de risco	Diabetes, hipertensão, HIV, câncer, vasculopatia, cardiopatia, trombose, hormônio terapia e tabagismo	Nominal	Registros profissionais, e indagação ao usuário	Incidência, RR, X ²
Exames laboratoriais	Alterado e normal	Nominal	Registros profissionais	Incidência, RR, X ²
Tipo de pele	Normal, fina e espessa	Nominal	Palpação	Incidência, RR, X ²
Pelos no local de inserção do cateter IV	Presença e ausência	Dicotômica	Visual	Incidência, RR, X ²