

# Representações sociais sobre cateterismo periférico pediátrico na perspectiva da família e enfermagem

Research Article

 Open access



Social representations about pediatric peripheral catheterization from the perspective of the family and nursing

Representaciones sociales sobre el cateterismo periférico pediátrico en la perspectiva de la familia y la enfermería

## Como citar este artigo:

Krempser, Paula; Caldas, Célia Pereira; Arreguy-Sena, Cristina; Melo, Laércio Deleon de. Representações sociais sobre cateterismo periférico pediátrico na perspectiva da família e enfermagem. Revista Cuidarte. 2022;13(3):e2303.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2303>

## Highlights

- Sentimentos e comportamentos atrelados à punção venosa pediátrica, uma representação social.
- A punção venosa em crianças e o cuidado compartilhado com a mãe.
- O impacto do psicológico e das experiências no enfrentamento da punção venosa em crianças.
- Dificuldades e especificidades da punção venosa pediátrica pelos profissionais de enfermagem.

## Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2022; 13(3): e2303

 <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2303>



E-ISSN: 2346-3414

-  Paula Krempser<sup>1</sup>
-  Célia Pereira Caldas<sup>2</sup>
-  Cristina Arreguy-Sena<sup>3</sup>
-  Laércio Deleon de Melo<sup>4</sup>

- 1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Enfermagem da UFJF FACENF-UFJF, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Juiz de Fora, MG – Brasil.  
E-mail: [paula@ufjf.br](mailto:paula@ufjf.br)
- 2 Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade De Enfermagem da UERJ, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.  
E-mail: [celpcaldas@gmail.com](mailto:celpcaldas@gmail.com)
- 3 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Enfermagem da UFJF (FACENF-UFJF), Aposentada. Juiz de Fora, MG – Brasil.  
E-mail: [cristina.arreguy@ufjf.br](mailto:cristina.arreguy@ufjf.br)
- 4 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Enfermagem da UFJF (FACENF-UFJF). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Juiz de Fora, MG – Brasil.  
E-mail: [laerciodl28@hotmail.com](mailto:laerciodl28@hotmail.com)  
Autor de correspondência

## Resumo

**Introdução:** a punção venosa constitui-se num procedimento de atribuição da equipe de enfermagem e destaca-se entre as tecnologias imprescindíveis para garantir a sobrevivência e a terapia das comorbidades agudas/crônicas infantis. Objetivou-se discutir as representações sociais dos profissionais de enfermagem e acompanhantes sobre a punção venosa periférica realizada em crianças hospitalizadas. **Materiais e métodos:** pesquisa delineada nas abordagens processual e estrutural da Teoria das Representações Sociais realizada na pediatria de um hospital geral de Minas Gerais em abril/setembro de 2018. Foram coletados dados de caracterização sociodemográficos que foram tratados por estatística descritiva; evocação livre de palavras não hierarquizada analisadas prototípicas e lexicograficamente e; entrevistas individuais em profundidade que foram submetidas a análise de conteúdo. Atendidos todos os aspectos ético-legais. **Resultados:** as representações sobre a punção segundo os profissionais de enfermagem estruturaram-se sobre as dificuldades em realizar o procedimento e na inserção da mãe no cuidado compartilhado e para os acompanhantes foram impactantes negativamente sobre seu psicológico. **Discussões:** as representações sociais da punção venosa dos profissionais de enfermagem reduziram-se às técnicas de inserção do cateter, negligenciando o cuidado centrado na família que por sua vez representaram os sentimentos ao verem a criança punccionada. **Conclusões:** as aproximações/distinções representacionais identificadas entre os subgrupos sobre a punção nas crianças contribuíram com reflexões apontando a necessidade de um redimensionamento sociocultural e humanizado dos cuidados de enfermagem.

**Palavras chave:** Enfermagem; Cateterismo Periférico; Saúde da Criança; Família; Psicologia Social.

**Recebido:** 1 de julho de 2021

**Aceito:** 29 de junho de 2022

**Publicado:** 1 de setembro de 2022

 \*Correspondência

Laércio Deleon de Melo

E-mail: [laerciodl28@hotmail.com](mailto:laerciodl28@hotmail.com)

## Social representations about pediatric peripheral catheterization from the perspective of the family and nursing

### Abstract

**Introduction:** venipuncture is an attribution procedure of the nursing team and stands out among the essential technologies to ensure the survival and therapy of acute/chronic childhood comorbidities. Objectified to discuss the social representations of nursing professionals and caregivers about peripheral venipuncture performed in hospitalized children. **Materials and methods:** research outlined in the procedural and structural approaches of the Theory of Social Representations carried out in pediatrics at a general hospital in Minas Gerais in April/September 2018. Sociodemographic data were collected and treated by descriptive statistics; free evocation of non-hierarchical words analyzed prototypically and lexicographically and; in-depth individual interviews that underwent content analysis. All ethical and legal aspects are met. All ethical and legal aspects are met. **Results:** the representations about the puncture, according to the nursing professionals, were structured on the difficulties in performing the procedure and the insertion of the mother in shared care and for the companions had a negative impact on their psychological condition. **Discussions:** the nursing professionals' social representations of venipuncture were reduced to catheter insertion techniques, neglecting family-centered care, which in turn represented the feelings of seeing the punctured child. **Conclusions:** the representational approximations/distinctions identified between the subgroups about puncture in children contributed with reflections pointing to the need for a sociocultural and humanized resizing of nursing care.

**Keywords:** Nursing; Catheterization, Peripheral; Child Health; Family; Psychology, Social.

## Representaciones sociales sobre el cateterismo periférico pediátrico en la perspectiva de la familia y la enfermería

### Resumen

**Introducción:** la venopunción es un procedimiento de atribución del equipo de enfermería y se destaca entre las tecnologías imprescindibles para asegurar la supervivencia y el tratamiento de las comorbilidades infantiles agudas/crónicas. Objetivado discutir las representaciones sociales de los profesionales de enfermería y cuidadores sobre la punción venosa periférica realizada en niños hospitalizados. **Materiales y métodos:** investigación esbozada en los enfoques procedimentales y estructurales de la Teoría de las Representaciones Sociales realizada en pediatría en un hospital general de Minas Gerais en abril/septiembre de 2018. Los datos sociodemográficos fueron recolectados y tratados mediante estadística descriptiva; evocación libre de palabras no jerárquicas analizadas prototípicamente y lexicográficamente y; entrevistas individuales en profundidad que se sometieron a análisis de contenido. Se cumplen todos los aspectos éticos y legales. **Resultados:** las representaciones sobre la punción, según los profesionales de enfermería, se estructuraron sobre las dificultades para realizar el procedimiento y la inserción de la madre en el cuidado compartido y para los acompañantes incidió negativamente en su condición psicológica. **Discusiones:** las representaciones sociales de la venopunción de los profesionales de enfermería se redujeron a técnicas de inserción de catéteres, descuidando el cuidado centrado en la familia, que a su vez representó los sentimientos de ver al niño pinchado. **Conclusiones:** las aproximaciones representacionales/distinciones identificadas entre los subgrupos sobre la punción en niños contribuyeron con reflexiones que apuntan a la necesidad de un redimensionamiento sociocultural y humanizado de los cuidados de enfermería.

**Palabras clave:** Enfermería; Cateterismo Periférico; Salud del Niño; Familia; Psicología Social.

## Introdução

A Punção Venosa Periférica (PVP) constitui-se num procedimento de atribuição da equipe de enfermagem e destaca-se entre as tecnologias imprescindíveis para garantir a sobrevivência e a terapia das comorbidades agudas/crônicas infantis atrelada as habilidades e competências específicas quando executada no ambiente hospitalar no público infantil que deve ser acompanhada por um responsável durante o período de internação conforme assegurado em lei<sup>1-3</sup>.

Conciliar a preferência do local da punção, reunir esforços e co-participação da equipe de saúde, da criança e do acompanhante, priorizar o conforto e a liberdade da criança e assegurar uma execução técnica exímia, interativa e comunicacionalmente efetiva constitui estratégia tecnológica capaz de minimizar desconfortos<sup>4</sup>, atender as recomendações da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde com foco na criança (eixo 14- saúde materno-infantil)<sup>5</sup>, garantindo a continuidade das atividades diárias e de recreação da criança durante a hospitalização, fato que distingue essa técnica quando executada em adultos/idosos, em virtude da fase de desenvolvimento em que elas se encontram e de vulnerabilidades peculiares à idade<sup>1-2</sup>.

A segurança da terapia infusional, justifica-se por reduzir eventos adversos e múltiplas punções que impactam sobre o significado e as vivências infantis e dos acompanhantes sobre uma internação hospitalar e ainda no desenvolvimento e crescimento da criança após alta hospitalar<sup>2,6</sup> no contexto das internações. Tal fato justifica a necessidade em se discutir as Representações Sociais dos profissionais de enfermagem e acompanhantes sobre a PVP realizada em crianças hospitalizadas visando a captação das construções simbólicas consideradas do “senso comum” na perspectiva da Teoria das Representações Sociais (TRS)<sup>7,8</sup>, mediante a existência de uma lacuna literária em relação a temática.

Dessa forma, as Representações Sociais (RS) da PVP em crianças elaboradas pelos profissionais de enfermagem e acompanhantes constituiu-se no objeto de investigação que se propõe a contribuir para que seja preenchida a lacuna identificada na literatura no que tange a superação da fragmentação das ações e condutas profissionais em resposta aos comportamentos dos acompanhantes das crianças durante a internação hospitalar numa perspectiva de redução da dicotomia assistencial e reunião de condutas terapêuticas compartilhadas que favoreçam a segurança e o enfrentamento da PVP.

A realização desse estudo se justifica na necessidade: 1) de uma releitura na perspectiva dos sujeitos sociais que compartilham vivências e experiências de um procedimento (des)conhecido e doloroso; 2) de reconhecer o significado e a forma de enfrentamento dos acompanhantes e profissionais da equipe de enfermagem diante da PVP pediátrica para convergir esforços e redimensionar um cuidado efetivo e menos traumático, congruente com o contexto e necessidades infantis<sup>2</sup> e que almeje a segurança, o enfrentamento eficaz e as condições para o crescimento e desenvolvimento da criança; e 3) de aproximação das percepções grupais sobre o procedimento rotineiro da PVP nas terapêuticas pediátricas em um cenário socialmente constituído<sup>6,8</sup>. Justificando-se assim a espessura social do fenômeno para os componentes do grupo social (acompanhantes e profissionais de enfermagem).

Esta pesquisa teve como pressuposto o fato de os profissionais de enfermagem atuantes em setores pediátricos e os acompanhantes destas crianças, ao cuidarem, vivenciarem e

compartilharem do mesmo contexto social (ambiente terapêutico hospitalar) durante o processo de PVP<sup>2</sup>, formarem um grupo socialmente constituído, visto sua “espessura social” a ponto de, serem capazes de ancorarem e objetivarem o objeto investigado<sup>7,8</sup> que é PVP realizada em crianças hospitalizadas enquanto “pertença social” do mesmo grupo de cuidadores da Criança em relação ao procedimento de PVP.

Objetivou-se analisar as representações sociais dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes sobre a PVP realizada em crianças hospitalizadas.

## Materiais e Métodos

Investigação qualitativa com triangulação de dados delineada no referencial teórico-metodológico da TRS conciliando as abordagens estrutural<sup>7</sup> e processual<sup>9</sup>. Foi atendido o protocolo *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados estruturado em: a) caracterização dos participantes; b) evocações livres não hierarquizadas (abordagem estrutural da TRS) e c) entrevistas individuais em profundidade gravadas (abordagem processual da TRS).

A investigação foi desenvolvida no setor de pediatria de um Hospital Geral de Minas Gerais, Brasil, com a participação de 118 acompanhantes das crianças hospitalizadas e submetidas à PVP e 22 profissionais de enfermagem em ambas as abordagens da TRS. Cabe mencionar que, nessa investigação o acompanhante da criança foi concebido como a pessoa que estava presente em tempo integral junto a ela durante o período de hospitalização, considerada a cuidadora principal e significativa por vínculo consanguíneo/afetivo.

Para os acompanhantes das crianças hospitalizadas o delineamento amostral baseou-se nas recomendações para estudos em TRS na abordagem estrutural ( $n \geq 100$ )<sup>10</sup> e para os profissionais de enfermagem foram incluídos todos os elegíveis (N=22). Tal fato justifica pela análise prototípica ser estratégia que organiza dados de acordo com a finalidade da pesquisa, não configurando em uma técnica de análise estatística inferencial que necessita de uma amostra com tamanho mínimo para sua realização efetiva pois há evidências de que outras técnicas de abordagem estruturais na TRS também possuam pontos limitantes e facilitadores,<sup>11-13</sup> sendo a triangulação de técnicas e métodos (abordagens processual e estrutural) uma estratégia utilizada para minimizá-las<sup>14-17</sup>.

O recrutamento foi realizado pela pesquisadora principal no setor de pediatria, após ambiência e inserção no cenário de investigação, no qual realizou o convite individual aos potenciais participantes e a explicitação dos objetivos, potenciais benefícios e riscos e esclarecimentos de dúvidas. A aquiescência foi registrada por assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado. Houve duas perdas de profissionais que estavam de licença médica, não havendo recusa ou desistência em participar.

Foram critérios de elegibilidade: a) ser acompanhantes das crianças hospitalizadas e em uso de PVP e b) ser profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos/auxiliares) atuantes no setor pediátrico da instituição de todos os turnos/plantões. Foram excluídos: acompanhantes que não possuíam cognição compatível com a abordagem em profundidade e/ou não tinham presenciado a PVP na criança e os profissionais que estavam de férias ou licença médica.

A abordagem estrutural da TRS precedeu as demais etapas de coleta e organização dos dados, a fim dessas não influenciarem nos dados produzidos. Ela foi realizada a partir da aplicação da técnica da associação livre de palavras não hierarquizada, sendo solicitado aos participantes que mencionassem as cinco primeiras palavras que lhes viessem à mente ao ouvirem o termo indutor “pegar veia de uma criança”, cujo registro foi documentado na ordem de menção.

Foram questões norteadoras na abordagem processual da TRS: Conte-me um caso sobre pegar veia (puncionar veia) que tenha ocorrido com sua(uma) criança, que o(a) Sr(a) se lembre. Como é para o(a) Sr(a) quando pegam (puncionam) a veia da sua(uma) criança? O que você conhece sobre pegar veia em crianças? Se o(a) Sr(a) fosse representar a punção de veia numa criança qual objeto o(a) Sr(a) usaria? Como sua(as) criança(s) reage(m) quando pega(m) a veia dela(s)?

Os dados da abordagem estrutural e de caracterização sociodemográfica foram coletados e registrados com auxílio do aplicativo *Open Data Kit* (ODK) reduzindo-se assim possíveis vieses de digitação. O processo de coleta de dados dos acompanhantes foi realizado pela pesquisadora principal, no leito da criança e dos profissionais de enfermagem individualmente em sala reservada, no período compreendido entre abril/setembro de 2018 com duração de  $\pm 60$  minutos.

Os dados de caracterização foram consolidados e analisados com apoio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26 e tratados com estatísticas descritivas (medida de dispersão e centralidade). Os cognemas evocados foram consolidados para a elaboração do dicionário de termos equivalentes, utilizando a técnica lexicográfica para posterior análise prototípica. O *corpus* foi tratado no software *Ensemble de Programmes Permettant L'Analyses des Evocations* (EVO) 2005 que forneceu o quadro de quatro casas. Foram contabilizadas: 526 e 105 palavras evocadas, com 56 e 39 cognemas diferentes, respectivamente para os acompanhantes e profissionais. Foi padronizado a média das ordens médias (*Rang*) de evocação em 2,6. Como o número de participantes dos segmentos sociais eram distintos foram adotados os seguintes parâmetros na análise prototípica: 12 e três; e 20 e seis como frequência mínima e média, respectivamente para acompanhantes e profissionais. A base de dados foi armazenada no Mendeley Data<sup>18</sup>.

A ordenação dos cognemas evocados ocorreu a partir dos critérios de frequência, *Rang* e Ordem Média de Evocação (OME) cuja alocação foi estruturada em quatro quadrantes possibilitando a interpretação do processo hierárquico e dos conteúdos das RS. No quadrante superior esquerdo (QSE), o provável núcleo central, foram alocados os cognemas evocados com maior frequência, menor *Rang* e menor OME, retratando conteúdos consensualizados pelo grupo social. No quadrante superior direito (QSD), a primeira periferia, estão as evocações de maior frequência, *Rang* e OME altos que configuram comportamentos, informações, valores ou objetos traduzindo posicionamentos individuais e não de grupo. No quadrante inferior direito (QID), a segunda periferia, estão localizados os cognemas evocados de baixa frequência, *Rang* e OME altos, que possuem função de estabilizar o conteúdo do núcleo central. E no quadrante inferior esquerdo (QIE), a área de contraste, foram alocados os cognemas de menores frequências, *Rang* e OME, contrastando com o conteúdo do núcleo central pela frequência, mas com potencial de ascensão ao núcleo da representação devido os valores de *Rang*.

Os conteúdos discursivos (abordagem processual) advindos das entrevistas em profundidade constituíram o *corpus*, sendo tal conteúdo transcrito na íntegra no programa *Word for Windows 2016*. Para identificação das regras da exaustividade, representatividade, pertinência

e homogeneidade procedeu-se a leitura de todo o *corpus* em profundidade, inserindo-o no software *Nvivo Pro11*<sup>®</sup>. Foram percorridas as seguintes etapas metodológicas para a análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>18</sup> e utilizadas categorias predefinidas (alocadas em “nós”- unidades de análise) segundo a análise de conteúdo temático-categorial, tendo por base as configurações das unidades de análise e registro na configuração das categorias<sup>19-20</sup>.

Os critérios adotados para definição das categorias predefinidas foram: as dimensões (comportamentais/atitudinais, informativa/cognitiva, valorativa/afetiva e objetiva/imagética) e as origens dos conteúdos representacionais (experiências pessoais; com terceiros, familiares, acompanhantes, etc.). Para reunir as unidades de análise e registro na configuração das categorias foram agregados ou separados conteúdos dos *corpus* e alocados nos “nós”, utilizando como critério valores de Pearson  $\geq 0,7$  na busca pelo equilíbrio interno e homogeneidade entre as estruturas categoriais.

Desse procedimento técnico foi possível identificar que emergiram duas categorias. A análise realizada no *NVivo Pro11*<sup>®</sup> possibilitou identificar 118 e 22 fontes e 1102 e 456 Unidades de Registro (URs), respectivamente para os acompanhantes e profissionais de enfermagem.

Cabe mencionar ainda que, da conciliação das abordagens representacionais com os cognemas evocados de forma triangulada com as duas categorias favoreceu a identificação das funções essenciais da TRS dentre os conteúdos representacionais: 1) saber- permite compreender e explicar a realidade através dos conhecimentos adquiridos; 2) identitária- define as características específicas do grupo, permitindo a elaboração de uma identidade social; 3) orientação- orientam os comportamentos e as práticas do grupo social; e 4) justificatória- justificam o posicionamento e os comportamentos dos atores sociais em um dado contexto<sup>9</sup>.

Foram atendidos todos os aspectos ético-legais em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo a investigação aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa sobre o parecer consubstanciado nº 2.543.592, de 14/03/2018). Foram garantidos o anonimato/sigilo dos participantes com o uso de códigos alfanuméricos (ex: AC012 e PR020) para acompanhantes e profissionais respectivamente.

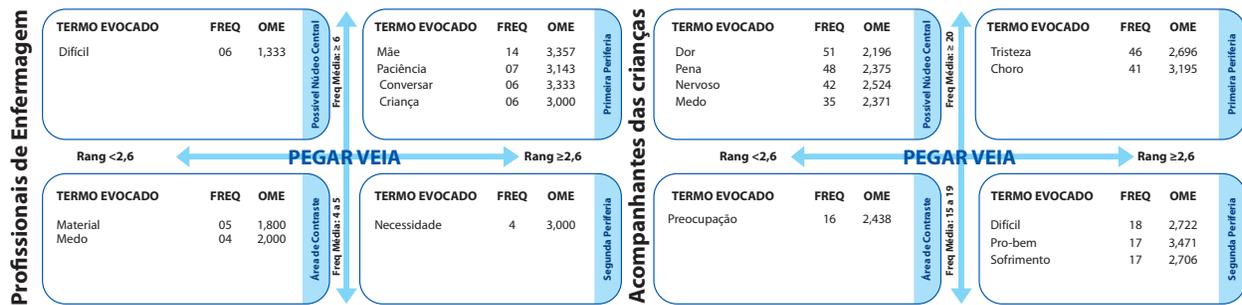
## Resultados

No perfil dos profissionais predominou: 20 mulheres (90,9%); 11 solteiras (50%); 15 com filhos (68,2%); 13 delas com idade de 31 a 50 anos (59,1%, variabilidade de 23-57 anos e média 42 anos); brancas (8) e pardas (8) (72,8%); 14 católicas (63,6%); 15 técnicas em enfermagem (68,2%), quatro enfermeiras e três auxiliares de enfermagem; dez com tempos de atuação dez a 20 anos na enfermagem (45% e média 17,1%); e 15 delas com um a 20 anos na pediatria (63,4% e média 12,7%).

No perfil dos acompanhantes das crianças caracterizou-se por: 103 mulheres (87,3%); 53 solteiras (44,9%); 115 com filhos (97,5%); 74 delas com idade entre 21 a 40 anos (69,7%, variabilidade de 18-65 anos e média 32 anos); 45 pardas (38,1%); 54 católicas (45,8%); 68 com escolaridade de nove a 12 anos (57,7% e variabilidade nove a 16 anos); 106 com renda entre uma a três salários mínimos (90%); 86 com vínculo maternal com a criança (72,8%); 116 delas com relato de experiência com a PVP (98,3%, quer seja para infusão ou coleta de material) e 91 com período de internação da criança entre uma a sete dias (77,2%). Na figura 1 foram apresentados os quadros

de quatro casas sobre “pegar veia” (abordagem estrutural da TRS) segundo os profissionais de enfermagem e acompanhantes das crianças.

Na análise prototípica, foi possível obter o quadro de quatro casas (Figura 1 A e B).



**Figura 1. Esquema representativo dos quadros de quatro casas dos participantes: profissionais de enfermagem (A- n=22) e acompanhantes (B- n=118). Juiz de Fora (MG), Brasil, 2021.**

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: conteúdos extraídos do Programa Evoc 2005.

Foram identificadas duas categorias na abordagem processual: 1) Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na PVP em crianças ao compartilhar o cuidado com a mãe e 2) Sentimentos e comportamentos manifestados pelos acompanhantes frente a PVP nas crianças, conforme evidenciadas nas URs dos participantes (Quadro 1).

A análise de conteúdo temático categorial consta no quadro 1.

A categoria “Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na PVP em crianças ao compartilhar o cuidado com a mãe” retratou conteúdos representacionais da abordagem processual que corroboraram com a estrutura representacional expressa pelo cognema valorativo *dificil* presente no possível núcleo central (Figura 1), conforme consta nas URs PR005 e PR011 (Quadro 1). Na área de contraste emergiu o sentimento de *medo* justificando a dificuldade na realização da PVP e o objeto *material* retratou a forma de instrumentalização do procedimento (PR004 e PR011-Quadro 1).

Na primeira periferia os cognemas *mãe* e *criança* foram objetos representacionais interligados e vinculados a representação de ser *dificil*, podendo ainda considerar o cognema *mãe* como um elemento periférico superativado visto sua alta frequência de evocação, fato corroborado pelas URs (PR001, PR002 e PR014- Quadro 1). A presença dos comportamentos periféricos *paciência* e *conversar*, essenciais ao êxito do procedimento e a *necessidade*, como um valor justificatório da PVP corroborados pela abordagem processual (PR003 e PR009 - Quadro 1).

A categoria “Sentimentos e comportamentos manifestados pelos acompanhantes frente a PVP nas crianças” aproximada da análise prototípica (Figura 1) apontou que as RS foram objetivadas pela *dor* (possível núcleo central) ancorada nos sentimentos de *pena*, *nervoso*, *medo*, *preocupação* (área de contraste) e *tristeza* (primeira periferia), cuja percepção foi mensurada pelo comportamento de *choro* das crianças (primeira periferia). Esses cognemas reforçam o possível núcleo central dando-lhe sentido e agregando valor social (ancoragem) que foram reafirmados pela abordagem processual (AC003, AC008, AC010, AC015 e AC023 - Quadro 1).

Os elementos periféricos: *dificil*, *pro-bem* e *sofrimento* expressam valores e sentimentos dos acompanhantes (Figura 1) oriundos do compartilhamento de experiências entre o binô-

mio profissional-acompanhante, corroborado pela abordagem processual AC004 e AC043 (Quadro 1).

**Quadro 1. Esquema representativo da análise de conteúdo dos participantes: profissionais de enfermagem (A- n=22) e acompanhantes (B- n=118). Juiz de Fora (MG), Brasil, 2021.**

	<b>Categoria 1:</b> Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na PVP em crianças ao compartilhar o cuidado com a mãe	<b>Categoria 2:</b> Sentimentos e comportamentos manifestados pelos acompanhantes frente a PVP nas crianças
Dimensões representacionais	<p><b>COMPORTAMENTAL-ATITUDINAL:</b> Além de você puncionar, o que a gente comenta muito aqui é que você lida com a ansiedade da criança, com choro, com medo e o pior, as mães. Elas acham que você está fazendo a criança chorar... Judando. PR004 Ah! As crianças, os grandinhos são mais... A gente tem um pouco mais de trabalho, né? Tem que ter um diálogo bom, muita paciência... Muita paciência! Não pode pegar logo, pegar o braço, pegar e furar e pronto não, sabe? Tem que conversar... PR009</p> <p><b>COGNITIVA-INFORMATIVA:</b> Se o médico pedir pra tentar, a gente tenta quantas vezes o médico pedir. E quando é assim, a gente pede para o médico ficar presente, conversa com a mãe, explica que é para o bem da criança, que é necessário, deixa a criança descansar um pouco e tenta de novo. PR003</p> <p><b>VALORATIVA:</b> Uma criança difícil de veia é muito ruim. Você vê que ela está precisando do acesso e você não consegue. Isso tem acontecido bastante aqui! É um procedimento demorado, porque a gente precisa de uma pessoa pra segurar, e muitas vezes, a mãe tem que estar junto, porque a criança não fica quieta. Se for uma criança maior, tem que segurar as perninhas, outra o bracinho e alguém pra poder fazer a punção. No momento que está fazendo a punção, a criança mexe o braço e depois que punccionou uma das pessoas que está ajudando a segurar, acaba fixando (cateter). Uma pessoa sozinha não consegue. PR011 Tem até uma criança que o acesso perdeu hoje e tentamos várias vezes e não conseguimos. Está sem acesso! Ligamos pra médica assistente e ela falou que tem que puncionar. A gente faz revezamento (equipe). Olha!... A noite que passou foram 12 tentativas, Até agora, com a gente foram 6. Não tem condição mesmo! Não tem! E tem que pegar porque precisa da veia antes de ir embora. PR005</p> <p><b>OBJETIVAL:</b> Só mesmo, o escalpe ou o cateter venoso. Eu falo escalpe porque tem lugares que não são padronizados, aqui mesmo não é... Mas o escalpe é usado porque é mais rápido. PR011 Porque puncionar a veia de uma criança já é um pouquinho mais complicado e se a mãe não estiver ajudando... Aí a coisa é pior. PR001 Bom... Criança... Vou ser honesta com você. Criança não é o problema para a gente. O problema nosso é a mãe! Tem mãe que maltrata muito a gente. PR014 Tem que prestar atenção na criança e, também na mãe. Saber como ela tá se sentindo. Teve uma vez que a gente estava puncionando e a mãe desmaiou e aí a gente não sabia se acudia a criança na maca ou a mãe. PR002</p>	<p><b>COMPORTAMENTAL-ATITUDINAL:</b> Da pena! Dá, vontade de pedir pra não fazer. AC015 Eu reagi muito mal porque a moça não estava conseguindo pegar a veia, estava insistindo... Teve que transferir ela para a outra moça tentar. Eu fiquei muito nervosa porque eu estava falando que ela não estava conseguindo e ela tentando e a menina chorando e eu mais nervosa ainda. Tentaram umas duas vezes e ficou mexendo com a agulha dentro da menina. Nossa... É muito ruim isso. A criança sofre... AC023 Vem muito sangue! Tenho medo de não conseguir pegar veia e ficar sangrando... AC008 Eu fiquei um pouco apavorada em relação a ela, por ela ser novinha e me arrasou. Chorei junto com ela, fiquei chateada e triste. AC003 Preocupada! Porque nunca tinha visto e ela chorando me desesperou... AC010 Não sei outro jeito, né? Se tivesse outra forma que não tivesse que furar seria melhor. A criança não está acostumada com isso! Não sabe controlar a dor e entender isso. Mas não tem outra forma e é a melhor solução pra sarar mais rápido... Melhor sofrer rapidinho agora do que ficar sofrendo pra sempre, né? A gente sabe que é pro bem dele AC004</p> <p><b>COGNITIVA-INFORMATIVA:</b> Ele chora e faz muita força e pra segurar ele precisa de umas 3 ou 4 pessoas, porque ele pede socorro e pede ajuda e pra não deixar furar e fica desesperado. AC002 Preocupada! Porque eu nunca tinha visto e ela chorando me desesperou... AC010 Não conheço muita coisa não. A gente só conhece de ver eles fazendo mesmo. Mas de informação a gente não tem não AC002</p> <p><b>VALORATIVA:</b> Não conseguiram pegar a veia dele, muito difícil e tentaram, nossa... Umas cinco ou dez vezes... Tentaram de noite e de dia umas 4 ou 5 profissionais. Tentaram de noite e deu. Aí de dia a veia dele arrebentou e perdeu e aí eu falei desisto, tadinho. Ele ficou todo inchadinho por causa disso. Ele sofreu pra caramba! Aí eu falei: Ah! Não. Eu não quero que meu filho sofra não! Chega! Chega! Tá doído! AC043 É ruim quando não consegue e tem que ficar espertando a criança e você fica olhando assim e dá dó e vontade de sair correndo. AC005 É horrível! Ah... É muito triste! Você não pode fazer nada e sua filha está sentindo dor. AC006</p> <p><b>OBJETIVAL:</b> Para te falar a verdade, tive vontade na hora de pegar ela (criança) e ir embora. A hora que vi ela chorando, desesperada e tremendo e teve uma hora que a enfermeira precisou pegar ela e abrir a mão dela e ela fechou a mão gritando e chorando, porque ela é brava...Eu tive vontade de pegar ela e as coisas dela e ir embora, mas a gente tem que pensar no bem estar, né? AC003</p>
	Origens representacionais	<p><b>PRÓPRIA:</b> Tem que prestar atenção na criança e, também na mãe como ela tá se sentindo. Teve uma vez que a gente estava puncionando e a mãe desmaiou e aí a gente não sabia se acudia a criança em cima da maca ou se acudia a mãe. PR002</p> <p><b>CONHECIDOS:</b> Já teve uma veia que foi pega e que era artéria. A criança ficou toda roxa, o rostinho e o bracinho. Cheia de petéquias. Foi no braço e na mesma hora que punccionou e tirou na mesma hora. PR007</p> <p><b>MÃE-ACOMPANHANTE:</b> A gente orienta a mãe e desde que ela entre na sala e não fique atrapalhando, querendo pegar a criança na "cachola", falando que já chega, que está furando muito. PR004 A mãe já está chorando, então a criança já está vendo a mãe chorar por causa de puncionar a veia e atrapalha. [...] Dificuldade que existe mesmo é o nervosismo até dos pais que atrapalha. PR006</p> <p><b>PROFISSIONAIS:</b> A gente chama até a enfermeira para conversar, a gente tenta conversar primeiro, mas quando elas (mães) não escutam, a gente chama a enfermeira pra conversar. Aí, quando não deixa mesmo, pede o médico para mandar medicação via oral. PR013</p>

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: conteúdos extraídos do Programa Nvivo Pró11®.

## Discussão

Na análise concomitante dos constructos representacionais (abordagens estrutural e processual) o termo *difícil*, de dimensão valorativa emergiu no possível núcleo central para os profissionais de enfermagem e na segunda periferia para os acompanhantes, retratando a dimensão valorativa ao determinar a avaliação ou julgamento sobre o procedimento executado e função justificatória da TRS ao representar o conceito socialmente compartilhado pelos profissionais de enfermagem de que se trata de um procedimento de difícil execução, corroborado pelas URs dos profissionais de enfermagem (PR011 e PR005) e dos acompanhantes (AC005) (Quadro 1).

O ato de pegar a veia de crianças pelos profissionais de enfermagem foi avaliado como difícil, porém, necessário e influenciado por diversos fatores como a presença, aceitação, sofrimento (choro e dor) e nervoso dos acompanhantes e da criança; as diversas tentativas para êxito; a idade e a agitação da criança. A dificuldade em se estabelecer um acesso Intravenoso (IV) por um profissional qualificado e experiente está relacionado a visibilidade e a palpabilidade da rede venosa, idade, prematuridade e tonalidade da pele além de questões físicas, psicológicas, pessoais e interpessoais, tipo de material utilizado e terapêutica instituída<sup>21</sup>.

Os profissionais de enfermagem se sentem inseguros em realizar o procedimento de PVP, diante das dificuldades, caracterizada pelas especificidades da rede venosa de difícil visualização e palpação; a pouca idade, sendo maior a dificuldade quanto menor for à criança; acrescido do período de desenvolvimento cognitivo que ela se encontra o que gera agitação, não aceitação e agressões físicas/verbais aos profissionais que executam o procedimento somado a presença dos acompanhantes que pode contribuir ou dificultar na imobilização e convencimento da criança<sup>4,21</sup>.

Na zona de contraste para os profissionais de enfermagem, o cognema *material* (Figura 1), com dimensão representacional objetiva e função identitária e justificatória, demonstrou o caráter de cientificidade e especificidade do procedimento, remetendo a técnica de realização e a necessidade de tecnologias especializadas quando os profissionais são levados a assegurar o êxito do procedimento, caracterizando a preocupação inicial, o qual se tem que ter atenção. Essa constatação é exemplificada nas falas dos participantes (PR001 e PR0011 - Quadro 1).

Os materiais utilizados para viabilizar a PVP ou facilitar a sua execução são identificados pelo cateter, escalpe, leito/maca, berço, mesa e sala de punção. Para a realização da PVP é necessário, primeiramente, o preparo do material evitando idas e vindas durante o procedimento por esquecimento de algo o que pode gerar insegurança na pessoa a ser puncionada e seu familiar, uma imagem de desorganização do serviço, desgaste físico do profissional e aumentar o tempo de realização do procedimento o que aumenta também o estresse ao procedimento<sup>4,22</sup>.

Uma revisão integrativa realizada com objetivo de caracterizar os passos da técnica de PVP por profissionais de saúde apontou que dentre os 12 artigos inclusos sobre a temática, sete citavam o *material* como item presente nas observações iniciais dos profissionais na etapa que antecede o procedimento<sup>23</sup>. Este dado é confirmado com o cognema mencionado pelos profissionais de enfermagem que ficou alocado na área de contraste do quadro de quatro casas. Ele retrata que esse conteúdo foi mencionado prontamente nas primeiras posições (OME=1,8), na medida em que remete aos equipamentos necessários utilizados pelos profissionais ao realizarem a PVP e, que é capaz de influenciar no êxito do procedimento. A potencialidade desse conteúdo ascen-

der ao núcleo central da representação social se deve ao seu valor de *Rang*, e depende que sua frequência seja aumentada na medida em que for consensualizada entre no grupo social<sup>8</sup>.

Na abordagem processual foi mencionada a preocupação do profissional com o material, sendo uma das primeiras etapas do procedimento de PVP, por poder minimizar a dificuldade e requerer o atendimento da especificidade dessa técnica quando realizado na criança; fato corrobora pelos conteúdos mencionados pelos participantes PR005, PR011 e PR004.

Dentre os acompanhantes das crianças, no possível núcleo central emergiram os cognemas, *dor, pena, nervoso e medo* todos componentes da dimensão comportamental e função de orientação e justificatória. Essa RS é mencionada pelos acompanhantes das crianças AC003, AC004, AC008, AC010, AC015 e AC023 (Quadro 1). Os acompanhantes justificam seus comportamentos como consequência do auxílio na colaboração da criança visando o êxito da PVP, dessa forma, elas tentam controlar seus sentimentos e as reações negativas das crianças manifestadas por dor e medo frente à necessidade da realização da PVP. Porém os comportamentos das crianças refletem no de seus acompanhantes que reagem com sentimentos de pena e nervoso quando avaliam a competência do profissional mediante as suas atitudes, habilidades, dificuldades e êxitos durante a execução do procedimento.

As RSs da PVP pelos acompanhantes das crianças se aproximam da perspectiva de outros grupos sociais como adultos hospitalizados, profissionais de enfermagem atuantes em setor pediátrico ao remeterem respostas humanas negativas oriundas da experiência pessoal da observação de vivências de pessoas hospitalizadas e do contato com os profissionais. Houveram relatos que caracterizaram sentimentos e comportamentos negativos expressos por medo, dor, sofrimento, desconforto e nervosismo, acrescidos de incômodo, insegurança, ansiedade, choro, dúvida, pavor, restrição de movimentos e submissão ao profissional executor da PVP, sendo neste grupo social aproximado também a função justificatória do procedimento como indispensáveis ao tratamento e reabilitação clínica<sup>24-27</sup>

A dor, uma reação ao medo do ato de perfurar a veia com uma agulha, é uma ocorrência corriqueira e sua prevenção deve ser encorajada, visto a complexidade desta sensação e por englobar elementos multidimensionais referentes à própria criança, profissionais e aos pais<sup>28,29</sup>.

A pena foi compreendida como um sentimento de misericórdia, representando o cuidado, preocupação com o outro no momento da PVP diante do medo e do choro das crianças e da atuação dos profissionais de enfermagem que assistem/cuidam em diferentes condições de tratamento/reabilitação e níveis de sofrimento<sup>3,26</sup>. O nervoso, sentimento do acompanhante frente ao sofrimento repetitivo da criança ocorre pela perda do papel de cuidador durante a hospitalização, o que culmina com comportamentos agressivos e negação dos procedimentos ameaçadores<sup>3,30</sup>.

O termo *medo* presente no possível núcleo central dos acompanhantes e na área de contraste dos profissionais de enfermagem, foi um comportamento expresso com importância diferenciada, capaz de fortalecer o possível núcleo central dos profissionais de enfermagem ressaltando as dificuldades ao puncionar crianças (Figura 1). O medo se refere ao sentimento da criança relacionado ao procedimento, que gera comportamentos/atitudes como agitação, choro e negação ao procedimento. Este é evidenciado como o sentimento predominante nos profissionais de enfermagem ao puncionar crianças e foi corroborado por outras investigações<sup>2,29</sup>.

O medo é definido como uma resposta produzida por uma informação que vem do mundo externo (o procedimento de PVP) ou interno às crianças (sentimento) que é valorado negativamente, automático, inconsciente e prepara a criança para agir diante do perigo e estresse da necessidade da PVP. As crianças de acordo com a idade ainda não sabem lidar e controlar suas emoções e assim reagem de formas inadequadas, agressivas, verbal e/ou fisicamente contra o profissional que o punciona ou o imobiliza para a realização do procedimento como forma de negar a ocorrência dessa situação desconhecida e desconfortável para ela<sup>2</sup>.

Na zona de contraste dos acompanhantes das crianças identificou-se o termo *preocupação*, que representou a dimensão comportamental e função do saber conforme apresentado no relato do acompanhante (AC010 - [Quadro 1](#)). A preocupação é um sentimento dos acompanhantes frente à (des) informação a respeito dos procedimentos/tratamentos realizados na criança durante a terapêutica implementada e internação hospitalar. Desse modo, reforça-se a necessidade de inclusão do familiar/acompanhante no cuidado à criança, compartilhando informações necessárias para o enfrentamento eficaz ao procedimento e planejamento de ações de cuidado<sup>2,30</sup>.

Existe na abordagem estrutural da TRS a possibilidade dos elementos alocados na primeira periferia serem centrais, por seu caráter quantitativo, quando empregados critérios como conexidade ou afinidade com outros elementos centrais.<sup>7</sup> Nesse sentido, o termo *mãe* foi identificado como o cognema com maior frequência (14 evocações) ([Figura 1](#)), configurando sua importância representacional sobre PVP pelos profissionais e sendo considerado, portanto um elemento periférico superativado, na dimensão objetiva e com capacidade de refletir as quatro funções representacionais a medida que a presença da mãe durante a PVP pode ser exitosa ou dificultadora quando assume ou não a modulação do enfrentamento da criança, conforme descrito pelo profissionais PR001, PR002 e PR0014 ([Quadro 1](#)).

Dessa forma, a presença do termo *mãe* em todo o processo de PVP, como possível núcleo central, complementaria o significado representacional de “pegar veia”. Assim, a RS de pegar veia pelos profissionais de enfermagem foi objetivada ao retratarem uma “imagem” ao objeto representacional e ancorada ao classificar o procedimento como difícil.

Os profissionais identificam a mãe, presente durante o procedimento, de forma dicotômica sendo (des) favorável. Houve relatos de ajuda e em contraponto reações negativas durante o procedimento (negação, resistência e desmaios) que reforça a dificuldade de realização do procedimento ([Quadro 1](#)). Evidencia-se uma dificuldade em inserir a família no cuidado das crianças, apesar do familiar ser fundamental como apoio à criança (processo de significação)<sup>30</sup>.

As crianças, identificadas na primeira periferia dos profissionais de enfermagem, são caracterizadas como outro dificultador à realização da PVP, sendo um elemento representacional capaz de fortalecer/protege o núcleo central. As crianças vivenciam períodos de desenvolvimento psicossocial e cognitivo que geram comportamentos instáveis e imprevisíveis frente à necessidade de PVP, pois cada criança apresenta velocidade de desenvolvimento diferenciado, individual a cada ser que pode ser influenciado pela sua cultura, ambiente, estímulos e genética<sup>28</sup>.

Os demais cognemas da primeira periferia dos profissionais de enfermagem reforçam o possível núcleo central por caracterizarem a PVP como um procedimento *difícil* que precisa ter *paciência* ao realizá-lo e requer diálogo e orientação com os acompanhantes da criança para o êxito do procedimento. O cognema *paciência* permeia a conduta laboral quando lida

com o medo das crianças e com a ameaça percebida no comportamento dos acompanhantes durante o procedimento. Isso requer habilidade ao lidar com ambos o que justifica a percepção dicotômica do profissional quanto a contribuição da presença dos pais durante a PVP<sup>2-3</sup>.

A presença dos cognemas *conversar* (função orientadora), *paciência* (função justificadora) e *criança* (função identitária) são corroborados na abordagem processual na dimensão comportamental e objetiva que expressam a necessidade de os profissionais esclarecerem a razão do procedimento, acalmar a criança e inserir o acompanhante no cuidado, uma vez que, a experiência junto a eles foi considerada um ponto dificultador (PR009 e PR014 - [Quadro 1](#)).

As funções orientadora e justificadora desses cognemas remetem a necessidade de corroboração e aceitação da díade criança-acompanhante melhorando o enfrentamento dos mesmos frente a PVP e da hospitalização, o que retrata o redimensionamento do planejamento da assistência de enfermagem<sup>25</sup>; caracterizada por ser desafiadora por ser estabelecida diariamente em busca de vínculos e confiança pautados no diálogo e na paciência para uma assistência humanizada<sup>29</sup>.

Na segunda periferia estão os cognemas menos frequentes ( $F < 6$ ) e que foram mais tardiamente evocados ( $OME > 2,1$ ). Nela emergiu o termo *necessidade* para os profissionais e, *difícil*, *pro-bem*, (dimensão valorativa e função justificadora) e *sofrimento* (dimensão comportamental e função identitária) para os acompanhantes das crianças ([Figura 1](#)). Estes foram considerados os menos importantes para a determinação do significado da RS abrangendo aspectos relativos à realidade individual dos sujeitos baseado em suas vivências,<sup>7-9</sup> exemplificados e corroborados pelos fragmentos da abordagem processual segundo os profissionais de enfermagem (PR003, PR004, PR005 e PR011 - [Quadro 1](#)).

Os cognemas periféricos mencionados pelos acompanhantes ([Figura 1](#)) expressam que, o *choro* da criança ocorre devido à *dor* e ao *medo* do desconhecido, decorrentes da PVP. Os acompanhantes relataram *tristeza* como um sentimento derivado de sua proximidade e vínculo com a criança frente às dificuldades na PVP. A atuação da equipe de enfermagem frente a esses sentimentos objetiva melhorar a adaptação da família frente às situações vividas durante a internação e a PVP<sup>31</sup>. O ato de chorar é uma atitude de enfrentamento diante de situações estressoras para a criança hospitalizada, ao gerar dor fisiológica que impacta sobre todos os envolvidos<sup>28</sup>.

Visto a necessidade e importância de se viabilizar um Cateter Intravascular (CIV) pérvio em uma criança hospitalizada para a farmacoterapia prescrita as crianças apresentam estranhamento diante do procedimento de PVP, vinculando-o a uma fonte de sofrimento, sendo a educação para a saúde realizada pelo enfermeiro capaz de reduzir tensões, estimular o cuidado e a aceitação para o tratamento clínico-farmacológico humanizado que contribua para a tranquilidade dos envolvidos<sup>30</sup>.

Ao analisar as RS de pegar veia segundo os atores sociais investigados, entende-se que a identificação da caracterização da dificuldade de pegar veia na criança pelos acompanhantes não é "consensualizada", uma vez que, está presente o cognema "difícil" na segunda periferia com função justificadora que permite explicar como os acompanhantes atribuem as várias tentativas de PVP no público infantil ao despreparo e inexperiência dos profissionais na medida em que não conhecem as características cientificamente comprovadas dos fatores dificultadores de PVP em crianças.

As RS de “pegar veia” em crianças pelos profissionais de enfermagem se estruturou sobre a dificuldade na realização do procedimento acrescido da necessidade de inserção da mãe como coparticipante do cuidado com a criança. O ato de pegar veia da criança possui um impacto psicológico negativo para os acompanhantes, gerando medo, pena, dor e nervoso. Cabe ressaltar que o sentimento de medo das crianças e dos acompanhantes foi identificado pelos profissionais de enfermagem como outro dificultador da instalação do CIV.

Portanto, devido o procedimento de PVP nas crianças ser caracterizado como de difícil execução pelos profissionais de enfermagem que geralmente necessitam de mais de uma tentativa para se estabelecer o CIV, ele gera manifestações de medo da agulha, de dor física na criança e psicológica no acompanhante, vinculando a sentimentos de nervoso e pena frente ao sofrimento da criança e as reações de negação que apresentam frente às várias tentativas de PVP.

As RS dos acompanhantes das crianças foram permeadas na pena frente ao sofrimento experimentado/vivenciado pela criança ao puncionarem sua veia. Seus comportamentos e sentimentos expressos por medo, nervoso e dor, aproximaram as RS da PVP identificado em outros grupos (pessoas adultas e crianças escolares) com o dos acompanhantes de crianças, porém ocorreu de modo diferenciado no público infantil pela presença do sentimento de pena<sup>24,33</sup>. Estes dados proporcionam reflexões sobre os sentimentos de sofrimento que estão presentes nas RS das pessoas que possuem seus vasos puncionados, ou ainda, ao presenciarem outra pessoa puncionada com o qual possui vínculo afetivo<sup>17,32</sup>.

Estudo que identificou as RS da PVP em adultos hospitalizados descreveu a percepção desse procedimento, através de relatos de dor, medo, ansiedade e sofrimento<sup>17</sup>. Isso remete a compreensão de que os acompanhantes identificam as RS de PVP pelas crianças (dor e medo) seja por transferirem valores e experiências próprias a ela e/ou por compartilharem a vivência deste procedimento.

Os sentimentos dos acompanhantes acerca da PVP em crianças são resultados novos, não sendo encontrados na literatura outros estudos que avaliassem as RS dos acompanhantes de crianças. Isso aponta a necessidade de incorporação de pesquisas que incluam o acompanhante como pessoa integrante do cuidado compartilhado. O acompanhante está presente no ambiente hospitalar desde 1990 e até hoje negligenciado no que tange a sua inserção na operacionalização da PVP<sup>30</sup>.

Observou-se que a relação entre os profissionais que puncionam e o acompanhante da criança puncionada é de percepções permutadas, isto é, as múltiplas PVP ocorrem no público infantil devido à dificuldade de realizar o procedimento, evidenciando representações que expressam sentimentos negativos por parte dos acompanhantes, enquanto grupo social<sup>24,33</sup>.

Os dados revelam que as RS da PVP pelos profissionais de enfermagem reduzem-se às técnicas de inserção do CIV, negligenciando o cuidado centrado na família. Evidências apontam para um *déficit* na formação profissional, acarretando desgaste emocional para as crianças, para a equipe e família. Sugere-se a utilização de tecnologias que auxiliem na inserção e manutenção do CIV visando minimizar a fragmentação do cuidado à criança e viabilizar a inserção do acompanhante, ao instrumentalizá-los para o preparo em uma atuação conjunta no cuidado integral à criança<sup>4,17,25,30</sup>.

Este fato também é apontado durante o cuidado de enfermagem na etapa de manutenção do acesso venoso em crianças, em que prevalecem comportamentos tecnicistas com a preocupação voltada para a infusão medicamentosa e a importância da fixação para um acesso venoso pérvio contrapondo a representação social dos acompanhantes das crianças norteado por sofrimento, relatos de tristeza e a valoração da necessidade da procedimento<sup>27</sup>.

Foram consideradas possíveis limitações desta investigação a impossibilidade de transposição dos resultados para outras realidades pode ser justificada pelo reduzido número de profissionais de enfermagem (N). Para minimizar essas limitações fez-se a triangulação de abordagens (estrutural e processual).

São contribuições para a área da enfermagem e saúde a identificação dos significados e sentimentos do processo de PVP em crianças numa perspectiva das RS de profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças hospitalizadas estimulam reflexões sobre a abordagem profissional e a importância de se inserir os acompanhantes, vínculos de estabilidade da criança, após eles receberem apoio para o enfrentamento de um procedimento técnico, visto tratar-se de um conteúdo reificado para o qual ele necessita ser atendido em suas necessidades quando se pretende inseri-lo em um cuidado compartilhado, humanizado e específico ao grupo socialmente contextualizado.

## Conclusões

Para os profissionais de enfermagem a PVP se estruturou sobre a dificuldade de realização do procedimento e de se inserir a mãe em um cuidado compartilhado, uma vez que sua forma de enfrentamento da PVP se mostrou segundo suas vivências como um desafio adicional que se depara no exercício profissional. Para os acompanhantes as RS foram valoradas negativamente visto o impacto psicológico ao verem a criança exposta a um procedimento doloroso, necessário e que requer um posicionamento participativo e colaborativo no cuidado compartilhado com a enfermagem.

Ao se refletir sobre a PVP pediátrica à luz das RS evidenciadas identificou-se como contribuição a necessidade de se repensar estratégias que favoreçam o processo de enfrentamento da PVP pelo acompanhante quando se almeja seu engajamento no cuidado compartilhado.

**Conflito de interesses:** os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse.

## Referências

1. **Bitencourt ES, Leal CN, Boostel R, Mazza VDA, Felix JVC, Pedrolo E.** Prevalence of phlebitis related to the use of peripheral Intravenous devices in children. *Cogitare Enferm.* 2018; 23(1): e49361. <https://doi.org/10.5380/ce.v23il.49361>
2. **Ribeiro JP, Gomes GG, Thofehrn MB, Mota MS, Cardoso LS, Cecagno S.** hospitalized children: perspectives for the shared care between nursing and family. *Rev. Enferm. UFSM.* 2017; 7(3):350-62. <https://doi.org/10.5902/2179769226333>
3. **Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Silva JH, Carvalho JS, Zamberlan KC.** Family perception about their presence or not in a pediatric emergency situation. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(3):1-8. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000230015>
4. **Infusion Nurses Society.** Infusion therapy standards of practice. *J Infus Nurs.* 2021; 44 (1). [www.journalinfusionnursing.com](http://www.journalinfusionnursing.com)

5. **Ministério da Saúde (Br).** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS. *Brasília*, 2018. 26p.:il.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf)
6. **Almeida TJC, Oliveira JFM, Santos LM, Santana RCB, Camargo CL, Sobrinho CLN.** Peripheral venous accesses in hospitalized children: a photographic study. *Rev. Enferm. UFPE*. 2016; 10(Supl.2):701-7. <https://doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2>
7. **Sá CP.** Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2015.
8. **Moscovici S.** O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici. Representações sociais: investigações em psicologia social. (pp.29-109). *Petrópolis: Vozes*. 2017. [https://www.researchgate.net/publication/348691530\\_O\\_fenomeno\\_das\\_representacoes\\_sociais](https://www.researchgate.net/publication/348691530_O_fenomeno_das_representacoes_sociais)
9. **Abriç JC.** Prácticas sociales y representaciones. 13 ed. México, DF: Ediciones Coyoacán. 2013. <https://www.redalyc.org/pdf/2654/265425848008.pdf>
10. **Wolter R.** Structural Approach: Theory and Method. *Psico-USF*. 2018; 23(4): 621-31. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230403>
11. **Wachelke J, Wolter R, Matos FR.** Effect of the size of the sample in the analysis of evocations for social representations. *Liber*. 2016; 22(2): 153-60. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2016.v22n2.03>
12. **Sá CP.** Núcleo central das representações sociais. *Petrópolis: Vozes*. 2002. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1996000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300002)
13. **Abriç JC.** Méthodes d'étude des représentations sociales. 2.ed. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès. 2007. [https://www.researchgate.net/publication/289066259\\_Methodes\\_d\\_etude\\_des\\_representations\\_sociales](https://www.researchgate.net/publication/289066259_Methodes_d_etude_des_representations_sociales)
14. **Melo LD, Arreguy-Sena C, Gomes AMT, Parreira PMD, Pinto PF, Rocha JCCC.** Social representations elaborated by elderly people about being elderly or aged: structural and procedural approaches. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020; 10:1-19. <https://doi.org/10.5902/2179769238464>
15. **Gomes ICR, Lira MOSC, Rodrigues VP, Vilela ABA.** Representaciones sociales de mujeres en situaciones de violencia doméstica en la asistencia jurídica. *Rev Cuidarte*. 2020; 11(1): e927. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.927>
16. **Pereira APN, Arreguy-Sena C, Queiroz ABA, Dutra HS, Melo LD, Krempser P.** Social representations of primary care nurses on nursing records. *Enfermagem Brasil*, 2020; 18(6):759-66. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i6.3219>
17. **Arreguy-Sena C, de Melo LD, Braga LM, Krempser P, Lemos RDCPB, Lopes DP.** Peripheral vein puncture in hospitalized adults: nested sequential mixed method. *Enfermagem Brasil*. 2019; 18(6): 775-83. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i6.3255>
18. **Krempser P; Caldas, CP.** Banco\_dados\_RS\_PVP\_Família\_Enfermagem, 2022. *Mendeley Data*, V1. 2022. <https://doi.org/10.17632/25c95kvzw9.1>
19. **Bardin L.** Análise de Conteúdo. Reimpressão da Edição revista e atualizada de 2009. São Paulo: Edições 70. 2016. <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
20. **Oliveira DC.** Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: metodologias de pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria para a prática. 1 ed. Porto Alegre: Moriá. 2016.
21. **Freire MHS, Arreguy-Sena C, Muller PCS.** Cross-cultural adaptation and content and semantic validation of the Difficult Intravenous Access Score for pediatric use in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:e2920. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1785.2920>
22. **Floriano CMF, Avelar AFM, Peterlini MAS.** Time-related factors for peripheral intravenous catheterization of critical children. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(Suppl 3): 58-64. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0856>

- 23. Lomba L, Gomes AC, Bogalho C, Jesus I, Sousa AF.** Prevention of complications in peripherally inserted central lines: an integrative review of the literature. *Rev. Iberoam. Educ. Invest. Enferm.* 2020; 10(2):47-58. Available form: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/329/prevencao-de-complicacoes-em-cateteres-centrais-de-insercao-periferica-revisao-integrativa-da-literatura/>
- 24. Krempser P, Caldas CP, Arreguy-Sena C, Melo LD.** Social representations and pediatric venous puncture stressors: contributions to nursing care. *Enferm. Foco.* 2020; 11(4): 15-21. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3032>
- 25. Campos LB, Martins JR, Arreguy-Sena C, Alves MS, Teixeira CV, Souza LC.** Experiences of hospitalized patients with the venipuncture process. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2016; 20(3): e20160078. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160078>
- 26. Melo LD, Arreguy-Sena C, Krempse P, Braga LM, Gomes AMT.** Peripheral venipuncture in hospitalized people: GIBI technique supporting the procedural approach to social representations. *Research, Society and Development*, 2021; 10(9):e33510918256., 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18256>
- 27. Krempser P, Caldas CP, Arreguy-Sena C, Melo LD, Krepker FF.** Maintenance of peripheral venipuncture in children: perspectives of nursing professionals and companions. *Research, Society and Development*, 2020; 9(11):e849119600-e849119600. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9600>
- 28. Mendes-Neto JM, Santos SL.** Vibration associated with cryotherapy to relieve pain in children. *BrJP.* 2020; 3(1): 53-7. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200012>
- 29. Gonçalves KG, Figueiredo JR, Oliveira SX, Davim RMB, Camboim JCA, Camboim FEF.** Hospitalized child and the nursing team: opinion of caregivers. *Rev. Enferm. UFPE.* 2017; 11(Supl. 6): 2586-93. <https://doi.org/10.5205/reuol.9799-86079>
- 30. Silva CG, Santos L, Souza M, Passos S, Santos S.** Validación de cartilla sobre cateterización intravenosa periférica para familias. *Av. Enfermería.* 2020; 38(1): 28-36. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79397>
- 31. Krempser P, Arreguy-Sena, Parreira PMSD, Salgueiro-Oliveira AS.** Nursing protocol in vascular trauma prevention: peripheral catheterization bundle in urgency. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(6): 1512-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0457>
- 32. Antão C, Rodrigues N, Souza F, Anes E, Pereira A.** Hospitalization of the child: parental feelings and opinions. *Rev. INFAD de Psicología.* 2018; 2(1): 125-32. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1201>
- 33. Facioli SC, Tacla MTGM, Cândido LK, Ferrari RAP, Gabani FL.** Punção venosa periférica: o olhar da criança hospitalizada. *REAS.* 2017; 9(4): 1130-4. [https://www.acervosaude.com.br/doc/26\\_2017.pdf](https://www.acervosaude.com.br/doc/26_2017.pdf)