



## CLÍNICA

### PICAR... FAZ DOER! Representações de dor na criança, em idade escolar, submetida a punção venosa

Infecciones as de Oncología Brasileño: análisis de cinco años

\*Guerreiro, MR., \*\*Curado, MA

\*Enfermeira, Hospital de Faro, EPE. \*\* Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal.

Palavras chave: criança; idade escolar; dor; punção-venosa; representações-sociais

Palabras clave: niño; edad escolar; dolor; punción venosa; representaciones sociales

Keywords: child; school-age; pain; venous-puncture; social-representations

### RESUMO

**Introdução:** A dor faz parte da condição humana e é inalienável da sua existência. É entendida como uma experiência universal com início precoce, em cada indivíduo e ganha heterogeneidade de configurações sociais e variabilidade de graus de intensidade. Como experiência intransmissível, irá marcar, de diversas formas, a construção psicológica e social da pessoa. Na criança é uma experiência comum e perturbadora, muitas vezes subestimada e subintencionada em contextos de saúde.

**Metodologia:** Com este estudo exploratório de natureza mista, baseado na teoria das representações sociais pretendemos dar voz às crianças submetidas a punção venosa. Os **objectivos** deste trabalho são identificar as representações associadas à experiência de punção venosa e avaliar o grau de dor associado a esta experiência, em crianças em idade escolar. Foi aplicada a associação livre de palavras com duas questões estímulo: «Dor faz-me pensar em...», «A picada da agulha faz-me sentir...» e a escala numérica de avaliação da dor, a 43 crianças com idades compreendidas entre 6 e 12 anos internadas num hospital da Sub-região de Saúde de Lisboa. Os dados foram analisados com recurso ao *software* SPAD-T (análise factorial de correspondências simples) e SPSS (estatística descritiva).

**Resultados:** Os dados obtidos permitem dizer que as crianças que participaram neste estudo consideraram que a dor funciona como factor desencadeante de sofrimento e está associado a manifestações físicas como o choro e a sentimentos expressos perante a dor, como o medo e ansiedade. O grau de dor associado à punção venosa e apresenta variabilidade com factores como a idade e as experiências anteriores.

**Conclusão:** A punção venosa é um procedimento doloroso e, segundo as crianças que participaram no estudo, provocam medo e ansiedade. No entanto, muitas evitarão ter comportamentos sugestivos de dor por vergonha de serem consideradas mais fracas ou por entenderem que é uma dor necessária. Daí o facto de, algumas crianças, associarem a dor à coragem que é necessário ter para suportá-la.

## RESUMEN

**Introducción:** El dolor forma parte de la condición humana y es inalienable de su existencia. Es entendido como una experiencia universal con inicio precoz en cada individuo y gana heterogeneidad de configuraciones sociales y variabilidad de grados de intensidad. Como experiencia intransmisible, marcará, de diversas formas, la construcción psicológica y social de la persona. En el niño es una experiencia común y perturbadora, muchas veces subestimada y subintervencionada en contextos de salud.

**Metodología:** Con este estudio exploratorio de naturaleza mixta, basado en la teoría de las representaciones sociales, pretendemos dar voz a los niños sometidos a punción venosa.

Los **objetivos** de este trabajo son identificar las representaciones asociadas a la experiencia de punción venosa y evaluar el grado de dolor asociado a esta experiencia, en niños en edad escolar. Se aplicó la asociación libre de palabras con dos cuestiones estímulo: «El dolor me hace pensar en...», «El pinchazo de la aguja me hace sentir...» y la escala numérica de evaluación del dolor, a 43 niños con edades comprendidas entre 6 y 12 años ingresados en un hospital de la Sub-región de Salud de Lisboa. Los datos se analizaron con recurso del *software SPAD-T* (análisis factorial de correspondencias simples) y SPSS (estadística descriptiva).

**Resultados:** Los datos obtenidos permiten decir que los niños que participaron en este estudio consideraron que el dolor funciona como factor desencadenante de sufrimiento y está asociado a manifestaciones físicas como el llanto y a sentimientos expresados ante el dolor, como el miedo y la ansiedad. El grado de dolor está asociado a la punción venosa y presenta variabilidad con factores como la edad y las experiencias anteriores.

**Conclusión:** La punción venosa es un procedimiento doloroso y, según los niños que participaron en el estudio, provoca miedo y ansiedad. Sin embargo, muchos evitaron tener comportamientos sugestivos de dolor por vergüenza de ser considerados más flojos o por entender que es un dolor necesario. De ahí el hecho de que algunos niños, asociaran al dolor la valentía que se necesita tener para soportarla.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pain is a part of human nature and is an unalienable part of our existence. It is understood as a universal experience, with an early beginning, in each person, and it gains heterogeneity from social configurations and varying intensity. As an untransferrable experience, it marks the construction of the psychological and social person in various ways. For children, pain is a common and disturbing experience that is sometimes underestimated in health contexts.

**Methodology:** This exploratory study is of a mixed nature, which was based on the theory of social representations, aims to identify the representation associated to pain, in school age children submitted to venous puncture and to the degree of pain associated to venous puncture. Therefore, the free association of words technique was applied using two stimulus questions: «Pain makes me think about...», «the needle prick makes me feel...», and the numerical scale of pain evaluation, to forty three children with ages between six and twelve years old, who were hospitalized in Lisbon's Health Sub-region. The data have been analyzed using SPAD-T (factorial analysis of simple correspondence) and SPSS (descriptive statistics) software.

**The Results** show that for those children pain is a factor which arouses suffering and is associated, by children, to physical manifestations, such as crying and to feelings expressed in the presence of pain, like fear. This procedure provokes fear and anxiety in hospitalized children. The degree of pain associated to venous puncture changes with factors like age and mainly with previous experience.

**In Conclusion**, venipuncture is a painful procedure and according to the children who participated in the study, it causes fear and anxiety. However, many avoided suggestive feelings of pain, because they were ashamed to be considered weaker or deem it a necessary pain; hence the fact that some children associate pain and the need to have the necessary courage to support it.

## INTRODUÇÃO

A criança, enquanto representante primordial da pessoa humana, constitui cada vez mais a “bússola social” pela qual se norteiam sociólogos, antropólogos, psicólogos, biólogos e, numa perspectiva de saúde, enfermeiros, médicos e outros profissionais. Deste modo, com

o intuito de acompanhar mais de perto a sua evolução no mundo moderno, urge atentar nas suas necessidades, uma vez que é na infância que todo o ciclo vital se começa a delinear.

A investigação na área da dor prende-se com o facto de considerarmos que esta pode ter efeitos extremamente nefastos no ser humano, principalmente na criança, e que esta dimensão é, muitas vezes, relegada para segundo plano, dado o seu carácter subjectivo e de difícil avaliação. A pertinência da abordagem deste tema, para a Enfermagem actual prende-se com o facto de ser da competência do enfermeiro generalista atender aos aspectos relacionados com a dor. Por outro lado, ao ser tornada visível, através da sua avaliação, conseguir-se-á realçar a importância de estabelecer estratégias terapêuticas adequadas ao seu controlo, que irão contribuir, decisivamente, para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir a morbilidade, nomeadamente, no que se refere à dor aguda, cujo controlo é um dever ético dos profissionais de saúde, um dos direitos dos doentes e uma condição indispensável à necessária humanização dos cuidados.

A dor é uma experiência comum e perturbadora, na criança, que, por vezes, é subestimada e subintencionada nos contextos de saúde<sup>1</sup>. A falta de compreensão dos profissionais de saúde no que respeita à dor na criança faz, então, com que esta prefira sofrer em silêncio, gerando-se sentimentos de ansiedade e medo desproporcionais à situação, o que poderá conduzir a estados mais graves de *ansiedade* e *terror*. Para que se compreenda, então, verdadeiramente, o processo de dor na criança e para que se proceda a uma correcta avaliação, é fundamental ter em conta a sua idade, uma vez que as manifestações face à experiência dolorosa serão sempre diferentes, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança<sup>2</sup>. Deste modo, sabemos que um lactente reagirá breve mas intensamente ao estímulo doloroso através de um choro vigoroso, movimentos corporais e expressões faciais característicos. O *toddler* irá manifestar o seu medo de forma mais ou menos expansiva realizando movimentos corporais mais especificamente localizados na região dolorosa, acompanhados de verbalizações de desconforto. A criança pode ainda mostrar-se birrenta, hiperactiva e inquieta ou, pelo contrário, reduzir a sua actividade espontânea, evitando brincadeiras e alterando os seus padrões de sono e alimentação. Nesta fase as experiências dolorosas são altamente ansiogénicas. A partir dos quatro, cinco anos, a criança começa a ser capaz de discriminar as diferentes sensações, pelo que mais facilmente se conseguirão perceber as reacções inerentes ao medo e à dor. Estas irão sofrer modificações durante este período, traduzindo já comportamentos complexos e multifacetados que dependerão do conceito de dor da criança, do significado atribuído à experiência dolorosa e das suas estratégias de *coping*. As expectativas culturais começam, também, a evidenciar-se. Por exemplo, o papel estereotipado de que “homens não choram” é comum em meninos neste grupo etário, que tentarão ser fortes e corajosos. As reacções ao medo, *stress* e dor nesta idade traduzem-se pela agressão dirigida ao “responsável pela dor”, expressões verbais de desagrado ou tentativa de dissuasão e por dependência, representando a regressão a modos de comportamento mais reconfortantes. No entanto, o auto-controlo em relação às situações dolorosas é crescente. As queixas psicossomáticas começam a manifestar-se durante este período, principalmente quando a criança já se consegue aperceber de que poderá receber mais atenção ou mimos no papel de doente<sup>2,3,4</sup>.

A criança em idade escolar demonstrará, certamente, menos preocupação com a dor, em si, do que com a incapacidade que poderá dela advir, ou do próprio procedimento que se irá realizar, dado que o seu desenvolvimento cognitivo já lhe permite ter noção da importância de se ser e estar saudável, das consequências de adoecer e do significado da morte. A técnica mais frequentemente utilizada como ansiolítica, pelas crianças neste estágio de desenvolvimento, é a busca de informação acerca do que se irá passar, uma vez que lhes confere sensação de controlo. Geralmente, a criança já adquiriu métodos passivos que lhe

permitem lidar com o desconforto, como é o caso da distração do foco de dor, pelo que é particularmente importante estar-se atento aos indícios não verbais<sup>5</sup>.

A doença de uma criança, principalmente a que requer hospitalização, representa para a família um momento de crise. É comum o papel protector dos pais desaparecer, aos seus olhos e aos da criança, perante a necessidade de aceitar as decisões dos profissionais, detentores do saber, pelo que é indispensável a disponibilidade dos enfermeiros para os ouvir, esclarecer dúvidas e ajudar na reorganização da família dentro da nova situação e contexto. Na situação de doença, e principalmente de sofrimento, provocado pela dor, a família sente-se, geralmente, impotente. O choque inicial alterna com períodos de culpabilização, pânico e revolta, pelo que se não receberem suporte adequado podem cair numa situação de desorganização e depressão<sup>4</sup>.

Tendo conhecimento destes factos, é da responsabilidade do enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, intervir a todos os níveis de forma a minimizar o sofrimento da criança e da sua família, privilegiando os cuidados em parceria com esta, com o objectivo de atingir o máximo bem-estar da criança e otimizar a capacidade da família de interagir e intervir com a criança, durante o tempo em que esta está submetida a níveis elevados de *stress*, como acontece quando sente dor. Case<sup>6</sup> refere mesmo que “os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia da enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança” (p.193)<sup>6</sup>. De acordo com este modelo, o enfermeiro prestaria apenas cuidados técnicos especializados, incentivando os pais ou outros familiares significativos, a prestarem os cuidados de suporte às necessidades básicas da criança, intervindo apenas quando comprovado que a família não possuía capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados. A autora conclui referindo que “(...) para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem desenvolver-se sobre a forma de protecção, estímulo e amor. Assim sendo, ninguém melhor que os pais para o garantir” (p.185)<sup>6</sup>.

Desta forma, a intervenção de enfermagem inicial, junto da criança com dor é a avaliação do nível dessa dor. Uma vez identificado, dever-se-ão implementar estratégias para tratá-la. Estas intervenções passarão por ensinar à criança e à família técnicas de alívio da dor, utilizando, em conjunto, se necessário, terapêutica farmacológica. O envolvimento dos pais é fulcral no controlo da dor pediátrica. Quando estes são informados e sabem o que fazer, para além de se sentirem muito menos impotentes, transmitem sensações de segurança e protecção à criança. As sugestões dos pais sobre a forma de aliviar a dor ao seu filho, são preciosas e ninguém melhor que eles para as colocar em prática, pelo que os profissionais de saúde deverão reforçar esse papel e dar sempre a oportunidade que estes estejam presentes na altura da realização de técnicas que possam provocar dor ou desconforto<sup>7,8</sup>.

### **A representação da dor na criança enquanto objecto de pesquisa**

O campo de estudos das representações sociais é, actualmente, um campo imensamente fecundo. Neste sentido, muitos são os autores que procuram esclarecer e estabelecer os conteúdos simbólicos de múltiplos objectos de estudo. De entre os estudos mais conhecidos encontram-se as representações sociais da doença mental, da violência, da saúde e da doença e da pobreza em meio urbano<sup>9,10</sup>.

No entanto, para que não se caia no exagero de estabelecer todo e qualquer fenómeno como objecto de estudo de representações sociais é necessário obter resposta à seguinte

pergunta: Existem representações sociais de tudo? Parte da resposta a esta pergunta é dada por Sá<sup>11</sup> ao referir que “(...) o facto das representações sociais serem estruturadas indica (...) que não há motivo para que exista uma representação social para cada objecto em que se possa pensar. Determinados objectos darão lugar apenas a uma série de opiniões e de imagens relativamente desconexas. Isto também indica que nem todos os grupos ou categorias sociais tenham, necessariamente, de participar numa dada representação (...). É possível, por exemplo, que um grupo tenha uma representação social de certo objecto e que outro grupo tenha somente um conjunto de opiniões e informações ou de imagens acerca desse mesmo objecto, sem que isso suponha a existência de uma representação social” (p.46)<sup>11</sup>.

Esta noção foi, inicialmente proposta por Moscovici<sup>12</sup> ao determinar as condições que afectam o aparecimento de uma representação social num determinado grupo. Estas seriam a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência. Deste modo, é lógico compreender-se que a forma e a intensidade de tais condições podem variar, amplamente, de um objecto para outro, dentro de um grupo, bem como de um grupo para outro, em relação ao mesmo objecto<sup>12</sup>. Noutro sentido, as representações, enquanto modalidades de pensamento, são “(...) alguma coisa que emerge das práticas em vigor na sociedade e na cultura que as alimenta, perpetuando-as ou contribuindo para a sua própria transformação como tal, para que um objecto gere uma representação social, este deveria ter «relevância cultural» e «espessura social», sendo que estas características podem ser traduzidas se o objecto em questão se encontra implicado, de forma consistente, numa prática de grupo incluindo a conversação e a exposição aos meios de comunicação sócia” (p.50)<sup>11</sup>. Desta forma, para definir um objecto de estudo deve ter-se presente que a representação será um saber efectivamente praticado, não apenas uma suposição. Deverá ser um fenómeno detectado em comportamentos e comunicações que aconteçam, de facto. Caso contrário, incorre-se na possibilidade de ter como resultado uma pseudo-representação, emergente da pesquisa e não da prática do grupo pesquisado<sup>11</sup>.

Depois de respondida a questão inicial importa legitimar a dor na criança enquanto objecto de estudo em representações sociais. A dor é uma condição indissociável da própria existência do Homem e, embora seja singular para quem a sente, como qualquer experiência humana, o seu significado pode ser partilhado, tornando-a uma realidade colectiva, embora jamais se possa garantir que o significado que um indivíduo lhe atribui corresponde, exactamente, ao que outro lhe dá. Desta forma, pode afirmar-se que a dor não prescinde da sua dimensão social, pelo que a singularidade da dor como experiência subjectiva a torna um campo privilegiado para se estudar a relação entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que, toda a experiência individual se inscreve num campo de significações colectivamente elaboradas, ou seja, os indivíduos só constróem o significado das suas experiências, incluindo da dor, mediante referências colectivas.

As experiências vividas pelos indivíduos, o seu modo de ser, de sentir ou de agir estão, intimamente, ligados à sociedade à qual pertencem, pois ainda que traduzido e apreendido subjectivamente, o significado de toda experiência humana é sempre elaborado histórica e culturalmente, sendo transmitido pela socialização, iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida<sup>13,14</sup>. Assim sendo, pode afirmar-se que, ao nível do senso comum, em todas as culturas e grupos sociais existem conceitos, símbolos ou imagens associados à dor. Os indivíduos vão buscar à sua memória estes conceitos para os combinar e reproduzir no mundo exterior, através de diferentes práticas e imagens concretas. Desta forma, constitui-se o processo de objectivação, que está na génese da representação social da dor. A ancoragem é outra das operações que se encontra na origem das representações sociais e irá corresponder ao modo como os indivíduos armazenam conceitos novos e os relacionam

com objectos e eventos já conhecidos. É através destes dois processos que se formam e transformam as representações sociais da dor. Uma vez formadas, estas irão constituir uma forma de conhecimento prático, socialmente elaborado e partilhado, com base no qual os grupos sociais constroem ou adaptam a sua própria realidade<sup>9,15</sup>.

Neste sentido, o objectivo geral definido para este trabalho é: conhecer as representações de dor nas crianças, em idade escolar, que tenham sido submetidas a punção venosa e, como objectivos específicos: 1) identificar as representações associadas à palavra dor, em crianças em idade escolar, submetidas a punção venosa; 2) identificar as representações associadas à experiência de punção venosa, em crianças de idade escolar; 3) avaliar o grau de dor associada à punção venosa, em crianças em idade escolar.

## **METODOLOGIA**

Os métodos de pesquisa assentam na determinação de procedimentos sistematizados para a definição e explicitação de fenómenos, consistindo na delimitação de um problema, na observação e interpretação das relações encontradas, pelo que se verifica uma proximidade ao processo utilizado no método científico. Os autores que realizaram estudos no campo das representações sociais referem que uma das questões levantadas na discussão metodológica na investigação em representações sociais é a dicotomia entre as abordagens quantitativas e qualitativas, sendo "(...) esta distinção improdutiva quando impõe uma escolha entre duas posições radicais e "monoteístas" (p.64)<sup>16</sup>. Assim, optámos por um estudo misto, pois consideramos que uma estratégia multimétodo permitirá analisar, mais globalmente as dimensões de uma determinada representação, garantindo uma interpretação integrada dos resultados e das técnicas. O objectivo é que esta proposta não seja considerada como um simples somatório de métodos, mas que possibilite a selecção dos mesmos em função dos fenómenos que se pretendem estudar<sup>16</sup>, uma vez que as variáveis em estudo são qualitativas (o estímulo que dará origem à associação livre de palavras), no entanto, o tratamento dos dados será realizado através de um *software* de análise factorial e a técnica auxiliar utilizada será uma escala de avaliação da dor, o que remete para uma abordagem mais quantitativa.

### **Instrumento de Recolha de Dados**

As técnicas de investigação destinam-se à recolha de dados, seguindo determinados critérios e contingências de modo a que os elementos recolhidos sejam, posteriormente passíveis de ser analisados. Neste sentido Almeida e Pinto<sup>17</sup> definem técnicas de investigação como sendo "(...) conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela actividade de pesquisa" (p.78)<sup>18</sup>.

Neste estudo, a técnica de recolha de dados utilizada foi a associação livre de palavras. Esta técnica foi originalmente concebida por Carl Gustav Jung na prática clínica, tendo como objectivo realizar o diagnóstico psicológico sobre a estrutura da personalidade dos indivíduos. Trata-se de uma técnica projectiva orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica do sujeito se torna palpável através das condutas, das reacções, das evocações, constituindo-se, assim, índices reveladores da personalidade. Enquanto técnica projectiva, deveria actuar sobre a estrutura psicológica do sujeito, tornando-a evidenciada a partir das quatro principais condições de um teste projectivo: estimular, tornar observável, registar e obter a comunicação verbal<sup>19</sup>. A associação livre de palavras foi adaptada ao campo da psicologia social por Di Giacomo, em 1981 e, desde então, tem vindo a ser cada vez mais aplicada nas pesquisas sobre representações sociais. No entanto, os objectivos da

aplicação desta técnica diferem dos objectivos iniciais propostos por Jung. Os pesquisadores, em representações sociais visam identificar as dimensões latentes das representações, através da configuração dos elementos que constituem a rede associativa dos conteúdos evocados, em relação a cada estímulo indutor, e por se tratar de uma técnica projectiva, os conteúdos latentes salientam-se. Trata-se de um instrumento que se apoia sobre um repertório conceptual no que diz respeito ao tipo de investigação que permite evidenciar universos semânticos e que colocam em evidência os universos comuns de palavras face aos diferentes estímulos e sujeitos ou grupos. O instrumento estrutura-se, então, sobre a evocação de estímulos indutores que devem ser previamente definidos em função do objecto a ser pesquisado ou ao objecto da representação, tomando, sempre, em consideração as características dos sujeitos empíricos. O instrumento pode ter um ou vários estímulos (verbais ou icónicos) escolhidos de acordo com os critérios de saliência e de coerência com os objectos da pesquisa<sup>16</sup>.

O questionário é composto por duas partes: uma diz respeito às questões em forma de estímulo, e os estímulos apresentados aos participantes reportam-se a «DOR faz-me pensar em...» e «A PICADA DA AGULHA faz-me sentir...» e a segunda parte inclui variáveis de caracterização sócio demográfica (o sexo, a idade, o lugar ocupado na fratria, o número de internamentos anteriores e o grau de dor associado à punção venosa) e de avaliação da dor (escala numérica de avaliação de dor, constituída por uma linha recta, em cujos extremos está assinalado “sem dor” e “dor máxima”. A linha está dividida em unidades de 0 a 10 e a criança escolhe o número que acredita corresponder à intensidade da dor que sente. Estas são principalmente utilizadas em crianças em idade escolar e em adolescentes)<sup>2</sup>.

### **Técnica de análise de dados**

Para identificar os universos semânticos associados à dor efectuou-se uma análise de correspondências lexicais (análise factorial de correspondências simples – AFC - S) para cada um dos estímulos. Para efectuar este tratamento, recorreu-se ao programa de análise textual SPAD-T (Sistema Portátil de Análise de Dados Textuais). A análise factorial de correspondências é um processo através do qual se determina o menor número de factores que explicam uma dada tabela ou matriz de correlações<sup>19</sup>.

Os métodos de análise factorial de correspondências, em particular, são técnicas de estatística descritiva multivariada, que permitem obter a representação simultânea de dois ou mais conjuntos de dados, que correspondem a variáveis nominais definidas pelas linhas e pelas colunas numa determinada matriz de dados, de forma a evidenciar as afinidades entre essas linhas e colunas. A análise factorial de correspondências possibilita a organização dos dados em frequências, bem como a representação gráfica de diferentes conjuntos de inter-relações existentes dentro de cada um dos conjuntos e variáveis, correspondentes às linhas e às colunas, e entre ambos, numa tabela de dados<sup>15</sup>.

O programa SPAD-T é, então, aplicado a dados obtidos através da associação livre de palavras, com o objectivo de encontrar a estrutura e o conteúdo dos campos representacionais associados às palavras estímulo. Através da análise de correspondências lexicais, o programa permite obter uma síntese da informação contida na matriz preliminar de dados, através da extracção de um determinado número de factores, relevantes para a análise<sup>17</sup>.

## Selección e Caracterización dos Participantes

No decurso de uma investigação, é necessário que se tenha presente que será impossível incluir todas as pessoas de eventual interesse para o estudo, conseqüentemente, terão de se seleccionar apenas algumas, as quais constituem a amostra<sup>20</sup>. A amostragem utilizada neste estudo, é uma amostragem por conveniência. Este é um sub-tipo da amostragem não aleatória ou não probabilística e define-se pela selecção, de entre toda a população, dos elementos mais acessíveis<sup>21</sup>. No caso deste estudo, ao pretender recolher os significados associados à dor e à punção venosa, encontrando-me a realizar um estágio num serviço de Pediatria de um hospital central, aplicámos a técnica de associação livre de palavras às crianças que aí recorreram, ao longo de dois meses.

A amostra foi, então, composta por quarenta e três crianças (N=43) com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, de ambos os sexos, que não apresentassem défice cognitivo, submetidas a punção venosa. Das 43 crianças inquiridas, 44.2% eram do sexo masculino e 55.8% do sexo feminino. A média de idades das crianças é de 10 anos ( $X=9.63$ ), sendo que a maioria delas tinha 12 anos (32.6%) e as restantes tinham idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (6 anos – 9.3%; 7 anos – 14%; 8 anos – 11.6%; 9 anos – 11.6%; 10 anos – 9.3% e 11 anos – 11.6%). Relativamente ao número de internamentos anteriores, 44.2% inquiridos referiram nunca ter estado internados, 30.2% tiveram um internamento anterior aos actuais, 7% estiveram internados, anteriormente, duas vezes, 14% três vezes, e os restantes 2.3% estiveram internados quatro e sete vezes respectivamente.

## RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados serão feitos tendo por base cada estímulo: «DOR faz-me pensar em...» e «A PICADA DA AGULHA faz-me sentir...», bem como os resultados decorrentes da avaliação da dor associada à punção venosa, em crianças de idade escolar. Dos resultados obtidos através da técnica de associação livre de palavras, numa primeira análise, foram retidas as palavras com uma frequência superior a 3 ocorrências, em cada um dos estímulos. Numa segunda fase do tratamento dos dados é apresentada a análise factorial de correspondências simples a qual utiliza as palavras (variáveis qualitativas) como unidades de análise, pelo que é possível atribuir significado a um conjunto de palavras que surgem agrupadas em factores. As palavras surgem agrupadas em pólos positivos e negativos, correspondentes à sua projecção nos eixos factoriais, não tendo, no entanto, qualquer conotação valorativa em termos de análise de dados. Os valores numéricos das contribuições absolutas que surgem associados às palavras irão corresponder ao “peso” que essa palavra tem na explicação do factor<sup>22</sup>. Em relação à avaliação da dor associada à punção venosa, apresentar-se-ão os resultados obtidos acerca desta variável, cruzados com as outras variáveis independentes como o grupo etário e o número de internamentos.

### Representações de dor na criança

De forma a identificar as representações associadas à palavra dor, em crianças em idade escolar, submetidas a punção venosa; e às questões de investigação: quais as ideias que surgem associadas ao estímulo dor em crianças? Quais as que surgem mais frequentemente? De que carácter são essas ideias? Foi feita a análise dos resultados obtidos a partir do estímulo: «DOR faz-me pensar em...». Foram, então, produzidas 98 palavras, 24 (24.5%) das quais são distintas, umas das outras. Do total de palavras, foram



retidas 87, correspondentes a 88,8% das palavras iniciais, das quais 13 são diferentes, conforme se observa no **Quadro 1**.

| Palavra          | Frequência |
|------------------|------------|
| Sufrimento       | 18         |
| Hospital         | 9          |
| Medo             | 9          |
| Chorar           | 9          |
| Doer             | 6          |
| Estar doente     | 6          |
| Ferida           | 6          |
| Ir ao médico     | 5          |
| Não ir à escola  | 5          |
| Acidente         | 5          |
| Vou ficar melhor | 3          |
| Nada             | 3          |
| Morte            | 3          |

**Quadro 1** - «DOR faz-me pensar em...» - Palavras retidas por ordem de frequência

Numa primeira análise deste quadro, pode referir-se que as palavras mais frequentemente associadas à dor (sofrimento, hospital, medo e chorar) sugerem que esta é desencadeadora de sofrimento, que pode ser expressado através do choro e que está, muitas vezes, associada ao medo da hospitalização. Numa outra perspectiva, vê-se, também, a dor associada à própria doença ou à existência de um ferimento, que poderá ser consequência de um acidente. Surge, então, aqui associada, a necessidade de “ir ao médico”. Como é característico nas crianças desta idade, a dor é também associada aos ganhos que poderá acarretar, como por exemplo não necessitar de ir à escola<sup>2,3,4</sup>. No entanto, a criança ao associar a dor ao não ir à escola também pode estar a atribuir-lhe uma conotação negativa uma vez que nesta fase a criança atribui grande importância à escola e ao seu papel no desenvolvimento de competências, valores e aprendizagens<sup>23</sup>. Com a crescente compreensão da importância de se ser e estar saudável, das consequências de adoecer e do significado da morte, a criança, em idade escolar, já alia a dor à morte e à vontade de melhorar rapidamente, sem que haja sequelas como se pode ver pelas expressões “morte” e “vou ficar melhor”. Há, ainda crianças que associam a dor à própria dor pelo que já se encontra subjacente a desvalorização de uma possível transgressão, que muitas vezes, parece ser a causa explicativa para a dor, em crianças mais pequenas<sup>2</sup>.

A partir da Análise Factorial de Correspondências simples das palavras retidas, foram construídos três factores, sendo que os principais elementos de interpretação destes factores estão resumidos no **Quadro 2** e representados graficamente no **Gráfico 3**.

O primeiro factor é representado pela palavra NADA (96.6), o que parece representar algo característico desta fase de desenvolvimento das crianças. O facto de responderem que a dor não lhes lembra nada, não quererá dizer que não têm qualquer tipo de representação da dor mas sim, que não sabem como desenvolver a ideia ou que não têm certezas suficientes para o fazer, pelo que preferem não a transmitir. Segundo Erik Erikson, a criança, em idade escolar, encontrar-se-á na quarta idade caracterizada pela dualidade mestria *versus* inferioridade. Neste estágio, é descrito que se a criança não se sentir confiante nas suas capacidades, preferirá não se pronunciar acerca de um assunto sobre o qual não tem certezas, coagida pelo medo do erro<sup>24</sup>.

| N=43  |  |   |
|---|--|---|
| Factores  | Coordenadas +<br>Contribuições absolutas                     | Coordenadas –<br>Contribuições absolutas  |
| F1<br>Nada  | Nada (96.6)  |   |
| F2<br>O Psicológico e o físico                        | Medo (40.8)<br>Sofrimento (5.8)<br>Doer (5.1)<br>Morte (1.1) | Ir ao médico (13.3)<br>Hospital (10.1)<br>Ferida (8.3)<br>Estar doente (5.8)<br>Não ir à escola (3.9) |
| F3<br>Preocupação com a incapacidade que advém da dor | Chorar (4.4)<br>Acidente (3.7)                               | Vou ficar melhor (76.1)   |

**Quadro 2 – AFC simples - Estímulo 1 “Dor faz-me pensar em...”**

% F1 = 17.36    % F2 = 13.95    % F3 = 12.07

No segundo factor estão representadas as ideias que parecem traduzir a experiência dolorosa, revelando-se, no entanto, uma oposição entre pensamentos concretos ou processos de objectivação da dor, nas coordenadas negativas, manifestados através de ideias como “ir ao médico”(13.3), “hospital”(10.1), “ferida”(8.3), “estar doente”(5.8) e “não ir à escola”(3.9) e pensamentos difusos ou sentimentos expressos perante essa dor, nas coordenadas positivas, através de expressões como “medo”(40.8), sofrimento”(5.8), “doer”(5.1) e “morte” (1.1).

O terceiro factor exprime a preocupação da criança com as incapacidades que possam advir de uma situação de doença e, conseqüentemente, de dor. Pode constatar-se essa preocupação através de expressões como “vou ficar melhor”(76.1) e “acidente”(3.7). Esta situação é bastante comum nesta idade. Luísa Barros<sup>2</sup> refere, mesmo, que a criança em idade escolar, demonstrará, certamente menos preocupação com a dor, em si, do que com a incapacidade que poderá dela advir, ou do próprio procedimento que se irá realizar, dado que o seu desenvolvimento cognitivo já lhe permite ter noção da importância de se ser e estar saudável, das conseqüências de adoecer e do significado da morte.

Da análise do **gráfico 3** consegue perceber-se que nas coordenadas positivas, onde aparecem expressões como “medo”, “sofrimento”, “doer” e “morte”, estão expressos sentimentos e pensamentos de carácter interno caracterizadores da dor e nas coordenadas negativa, onde encontramos expressões como “ir ao médico”, “hospital” e “ferida”, estão presentes algumas dimensões onde se objectiva a dor.

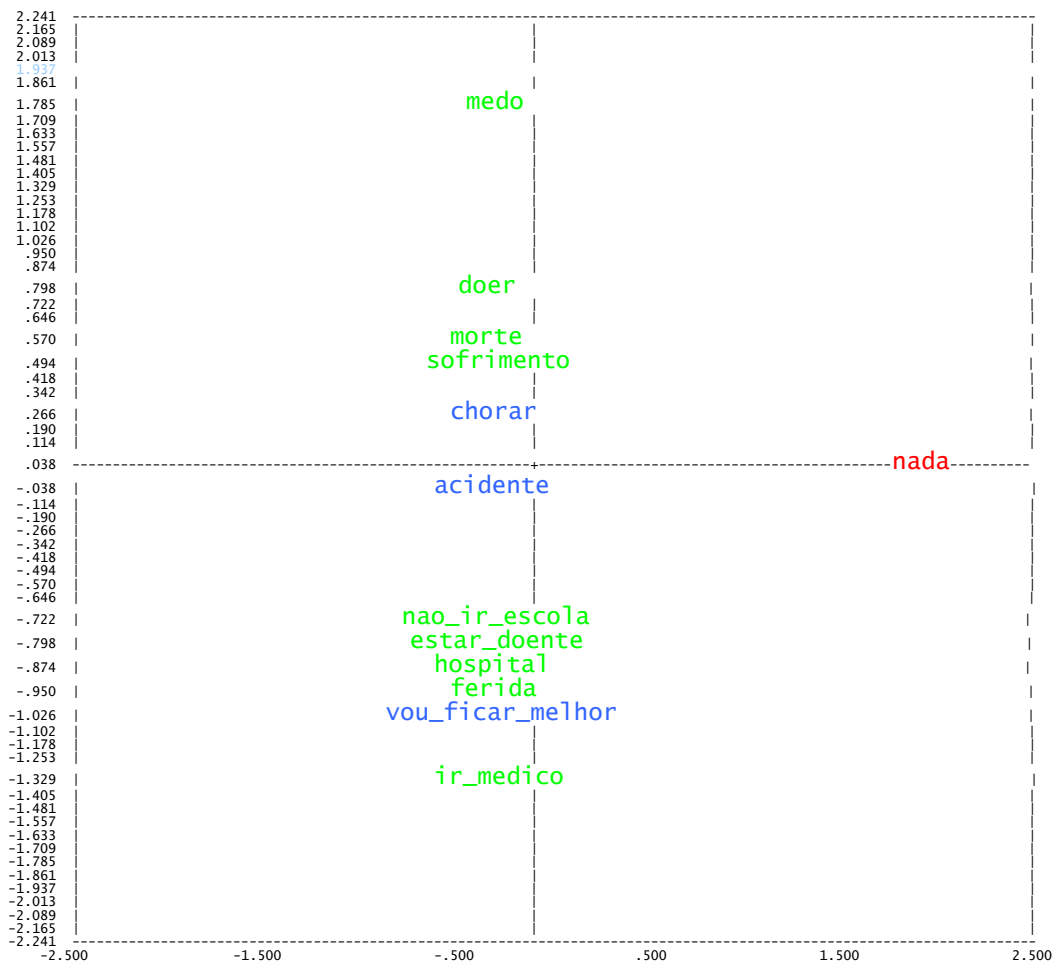


Gráfico 3 - AFC simples das palavras associadas a “Dor faz-me pensar em...”

### Representações de punção venosa na criança

Neste ponto pretende-se dar resposta ao objectivo: identificar as representações associadas à experiência de punção venosa, em crianças de idade escolar, e às seguintes questões de investigação: quais as ideias que surgem associadas à experiência de punção venosa nas crianças? Quais as mais frequentes? Qual o carácter dessas ideias?

Desta forma, foi feita a análise dos dados obtidos a partir do estímulo «A **PICADA DA AGULHA** faz-me sentir...». Foram, então, produzidas 80 palavras, das quais 15 (18.8%) são distintas. Das palavras totais foram retidas 73, correspondentes a 91,25% das palavras iniciais. Destas, 9 são diferentes, conforme se pode observar no **Quadro 3**.

| <i>Palavra</i>     | <i>Frequência</i> |
|--------------------|-------------------|
| Dor                | 18                |
| Medo               | 17                |
| Aperto no coração  | 13                |
| Vergonha de chorar | 7                 |
| Dor necessária     | 5                 |
| Comichão           | 4                 |
| Nada               | 3                 |
| Coragem            | 3                 |
| Sufrimento         | 3                 |

**Quadro 3 - «A PICADA DA AGULHA faz-me sentir...» - Palavras retidas por ordem de frequência**

A partir da análise deste quadro pode referir-se que as palavras mais frequentemente associadas à experiência de punção venosa (dor, medo e aperto no coração) sugerem que este procedimento é doloroso e provoca medo e ansiedade (aperto no coração). No entanto, muitas crianças evitarão manifestar essa dor por vergonha ou por considerarem que é uma dor necessária. Existem, ainda, crianças que consideram que é necessário ser-se corajoso, ideia que está grandemente difundida nas crianças desta idade, principalmente do sexo masculino, uma vez que a partir dos 4/5 anos começam a evidenciar-se expectativas culturais, como, por exemplo o papel estereotipado de que “homens não choram”<sup>2,3,4</sup>.

Pode ainda constatar-se, através da análise do quadro, a subjectividade da experiência dolorosa, uma vez que, para um mesmo procedimento, existem crianças que o associam a uma comichão e outras que o associam a sofrimento. Tal como para o estímulo anterior, também foram construídos três factores a partir da Análise Factorial de Correspondências das palavras retidas, em que os principais elementos de interpretação desses factores estão apresentados no **Quadro e Gráfico 4**.

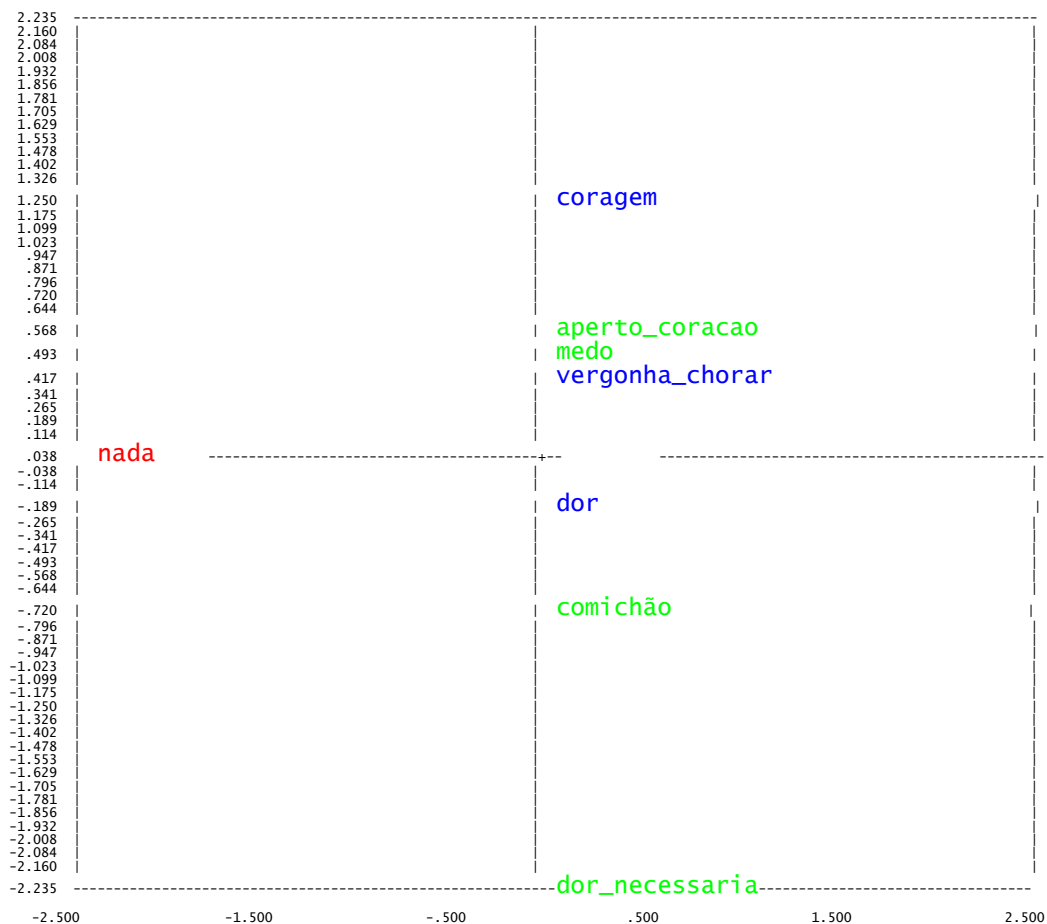
| N=43                        |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| Factores                    | Coordenadas +<br>Contribuições absolutas  | Coordenadas –<br>Contribuições absolutas |
| <b>F1<br/>Nada</b>          |   | Nada (95.9)                              |
| <b>F2<br/>Aceitação</b>     | Aperto no coração (5.9)<br>Medo (5.9)     | Dor necessária (71.4)<br>Comichão (4.3)  |
| <b>F3<br/>Enfrentamento</b> | Vergonha de chorar<br>(21.2)<br>Dor (4.6) | Coragem (66.1)                           |

**Quadro 4 – AFC simples - Estímulo 2 “A picada da agulha faz-me sentir...”**

% F1 = 21.63    % F2 = 17.29    % F3 = 14.60

O primeiro factor, à semelhança do que aconteceu para o estímulo «DOR faz-me pensar em...», é também representado pela palavra NADA (95.9), o que pode ser justificado pelo medo do e da inferioridade que daí possa advir, como foi anteriormente explicitado. O segundo factor representa a aceitação das crianças, em relação à dor associada à punção venosa, uma vez que a palavra com maior peso explicativo para esse factor refere que esta é uma “dor necessária”(71.4), apesar do “medo”(5.9) e da ansiedade (“aperto no coração” – 5.9) inerentes ao procedimento. O terceiro factor exprime os mecanismos de enfrentamento da criança em relação à punção venosa, contrapondo, por um lado a “dor”(4.6) e a “vergonha de chorar”(21.2) e por outro a “coragem” (66.1).

Na análise do **gráfico quatro**, atendendo ao posicionamento das palavras, no que diz respeito às coordenadas positivas e negativas, consegue perceber-se que enquanto nas coordenadas negativas aparecem expressões relacionadas com a dor da picada, em si, como “dor”, “dor necessária”, “comichão”, nas coordenadas negativas estão expressas ideias de foro mais íntimo e individual como é o caso do “medo”, da vergonha de chorar e do aperto no coração. Estas expressões são, ainda, reveladores, dos sentimentos despoletados, na criança, ao pensarem que irão ser submetidas a um procedimento invasivo, como é o caso da punção venosa.



**Gráfico 4 - AFC simples das palavras associadas a “A picada da agulha faz-me sentir...”**

### Dor associada à punção venosa na criança

Ao analisarmos os dados relativos à avaliação da dor associada à punção venosa verificámos que o grau de dor associado à punção venosa nas 43 crianças do nosso estudo oscilou entre um grau de dor mínimo de 1, referido por 2.33% das crianças e o grau de dor máximo referido foi de 9.3%. A média da dor associada à punção venosa, avaliada nestas crianças, situa-se nos 5.23.

No gráfico 5 procedeu-se ao cruzamento das variáveis grupo etário, média de grau de dor associado à punção venosa e número de internamentos anteriores. A média corresponde ao ponto assinalado com um círculo, sendo que a amplitude de cada representação gráfica mostra a variância das respostas em relação à média. Como se observa nas crianças que tiveram entre zero e dois internamentos anteriores, apesar de pertencerem a grupos etários diferentes, a média e a variância em relação à média é muito semelhante. Já nas crianças com três ou mais internamentos anteriores as médias são diferentes, bem como a variância é superior o que remete para a importância que as experiências anteriores têm no grau de dor experienciado. Luisa Barros, escreve que embora a idade seja um dado crucial para a forma como a criança experiencia e manifesta a dor, isoladamente representa muito pouco, necessitando de outros factores que conjuntamente com ela façam sentido. Desta forma há

que ter em conta elementos como experiências passadas, quer directamente, quer com as pessoas mais próximas da criança. Estas serão determinantes para que a criança construa, no seio da cultura familiar, a sua noção de sofrimento e defina formas de evitá-lo<sup>2</sup>

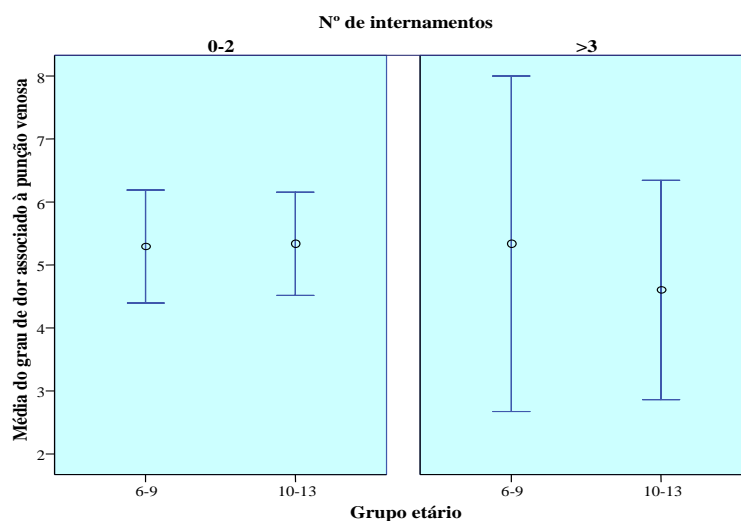


Gráfico 5 – Participantes por grupo etário/ nº de internamentos e grau de dor associado à punção venosa (média)

## CONCLUSÕES

Neste estudo, procurou-se conhecer as representações de dor nas crianças, em idade escolar, que tivessem sido submetidas a punção venosa e neste sentido foi elaborado um instrumento de recolha de dados, recorrendo-se à associação livre de palavras com dois estímulos: «DOR faz-me pensar em...» e «A PICADA DA AGULHA faz-me sentir...». Foi, ainda, considerado que a avaliação da dor associada ao procedimento de punção venosa seria importante para objectivar um conceito tão relativo e individual como a dor.

Neste sentido, em relação às representações que as crianças fazem da dor, conclui-se que esta é, frequentemente, considerada um factor desencadeador de sofrimento, muitas vezes exteriorizada através do choro e associada ao medo da hospitalização. Pode concluir-se também que as crianças associam dor a doença, a estar doente e a ir ao médico, como forma de procurar alívio para a dor e para a doença. Numa outra perspectiva também se verifica que a dor também pode ser associada tanto à preocupação de não poder realizar as mesmas actividades que as outras crianças, por exemplo, não poder ir à escola, como pode ser associada a uma “desculpa” para não ter de realizar uma actividade menos aprazível. As crianças associam, ainda, a dor à morte e à incapacidade, demonstrando uma compreensão crescente da importância de se ser e estar saudável, das consequências de adoecer e do significado da morte. Ainda em relação às representações que a criança faz da dor pode concluir-se estas revelam uma oposição entre pensamentos concretos, ligados às manifestações físicas da dor e pensamentos difusos ou sentimentos expressos perante essa dor, como o medo, o sofrimento e a morte.

As ideias mais frequentemente associadas à punção venosa, permitem concluir que este procedimento é doloroso e provoca medo e ansiedade, nas crianças. No entanto, muitas evitarão ter comportamentos sugestivos de dor por vergonha de serem consideradas mais fracas ou por entenderem que é uma dor necessária. Daí o facto de, algumas crianças, associarem a dor à coragem que é necessário ter para suportá-la. A partir dos resultados

obtidos pode, também, concluir-se que a dor é uma realidade altamente subjectiva, tal como tem vindo a ser referido ao longo de todo o trabalho, uma vez que as concepções de dor da criança variam quer em intensidade quer em termos dimensionais. Enquanto algumas crianças associam a dor da picada a comichão outras associam-na à própria dor, bem como ao sofrimento. Por outro lado, também se pode constatar a individualidade da dor através das dimensões valorizadas. Enquanto algumas crianças se centram em factores de ordem física outras valorizam factores de ordem abstracta como o medo e a ansiedade.

Em relação à dor associada à punção venosa interessa realçar os factores que poderão condicionar diferentes graus de dor relacionada com um mesmo procedimento. Através da análise dos dados obtidos conclui-se que as experiências anteriores têm um grande peso na variação do grau de dor. Isto pode ser explicado pelo facto de haver crianças que nunca tiveram contacto com o meio hospitalar e com os procedimentos que lá são executados, como é o exemplo da punção venosa. Nestes casos o medo e a ansiedade estão aumentados pelo desconhecido. É por isso determinante esclarecer a criança sobre o que se vai passar, transmitindo-lhe, desta forma segurança. Outro factor determinante para a atribuição de significado ao procedimento doloroso e conseqüentemente à dor que ele acarreta está relacionado com a idade. As crianças mais velhas avaliaram a dor inerente à punção venosa em graus mais baixos que as crianças mais novas pelo que se pode concluir que a sua maturidade intelectual já lhes permite compreender que a punção venosa não irá causar danos irreversíveis e que é uma situação passageira.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caetano, Ana Cristina Tadeia Ferreira; et al (2003), "Reflexões sobre a actuação do enfermeiro perante a dor na criança e família" *Nursing*, n.º 176, pp. 13-17.
2. Barros, Luísa (2003), *Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentalista*, Lisboa, Climepsi Editores.
3. Sorensen e Luckmann (1998), *Enfermagem Fundamental - Abordagem psicofisiológica*, Lisboa, Lusodidacta.
4. Whaley, Lucille F. e Wong, Donna L. (1999), *Enfermagem Pediátrica*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.
5. Gaffney, Anne (1993), "Cognitive Development Aspects of Pain in School – Age Children" *in* Schechter, Berde e Yaster (eds), *Pain in Infants, Children and Adolescents*, Baltimore: Williams&Williams, 75-85.
6. Casey, Anne (1993), "Development and use of Partnership Model of Nursing Care" *in* Glasper e Tucher, *Advances in child health nursing*, Londres, Scutari, pp. 193 – 238.
7. Bowden, Vicky R. e Greenberg, Cindy Smith (2005), *Procedimentos de enfermagem pediátrica*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
8. Mansson, Marie Edwinson e Dykes, Anna-Karin (2004), "Practices for Preparing Children for Clinical Examinations and Procedures in Swedish Pediatric Wards", *Pediatric Nursing*, Vol.30, nº 3, pp. 182-187.
9. Jodelet, Denise (2001), "Representações Sociais: Um domínio em expansão", *in* Denise Jodelet (org), *As Representações Sociais*, Rio de Janeiro, Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pp. 17-44.
10. Vala, Jorge (2004), "Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano", *in* Jorge Vala e Maria Benedicta Monteiro (coord.), *Psicologia Social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp 457-502.
11. Sá, Celso Pereira de (1998), *A Construção do Objecto de Pesquisa em Representações Sociais*, Rio de Janeiro, Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



12. Moscovici, Serge (2003), *Representações Sociais – Investigação em psicologia social*, Petrópolis, Editora Vozes.
13. Abric, Jean-Claude (2000), “A Abordagem Estrutural das Representações Sociais”, *in* Antónia Silva Paredes Moreira e Denize Cristina de Oliveira, *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*, Goiânia, AB Editora, pp. 27-38.
14. Wagner, Wolfgang (2000), “Sócio-Génese e Características das Representações Sociais”, *in* Antónia Silva Paredes Moreira e Denize Cristina de Oliveira, *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*, Goiânia, AB Editora, pp. 3-25.
15. Oliveira, Abílio (1995), *Percepção da Morte: Realidade Interdita*, Tese de Mestrado em Psicologia Social Especialidade Cognição Social, Instituto Superior de Ciências de Trabalho e da Empresa, Lisboa.
16. De Rosa, Annamaria Silvana (2005), “A rede associativa: Uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos semânticos relacionados com as representações sociais”, *in* Antonia Silva Paredes Moreira; Brígido Vizeu Camargo Jorge Correia Jesuíno, Sheva Maia Nóbrega (org.), *Perspectivas Teorico-Methodológicas em Representações Sociais*, Paraíba, Editora Universitária – UFPB, pp. 61-127.
17. Almeida, João Pereira de e Pinto, João Madureira (1990), *Investigação nas ciências sociais*, Lisboa, Editorial Presença.
18. Nóbrega, Sheva Maia da e Coutinho, Maria da Penha de Lima (2003), “O Teste de Associação Livre de Palavras”, *in* Maria da Penha de Lima Coutinho; Aloísio da Silva Lima; Francisca Bezerra de Oliveira e Maria Lucinete Fortunato (orgs), *Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar*, Paraíba, João Pessoa Editora Universitária, pp. 67-77.
19. Pereira, Francisco José Costa (2005), “Análise de Dados Qualitativos Aplicados às Representações Sociais”, *in* Antonia Silva Paredes Moreira; Brígido Vizeu Camargo Jorge Correia Jesuíno, Sheva Maia Nóbrega (orgs), *Perspectivas Teorico-Methodológicas em Representações Sociais*, Paraíba, Editora Univeritária – UFPB, pp. 25-60.
20. Hicks, Carolyn M (2006), *Métodos de Investigação para Terapeutas clínicos – Concepção de projectos de aplicação e análise*, Loures, Lusociência.
21. Maroco, João (2007), *Análise Estatística com Utilização do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.
22. Gaspar, Maria Filomena *et al* (2000), “Percepção e imagens do papel do Enfermeiro Chefe”, *Pensar em Enfermagem*, vol 4, nº2, 2º sem, pp.4-11.
23. Monteiro, Manuela e Santos, Milice Ribeiro dos (2002), *Psicologia*, Porto, Porto Editora.