

Dor e ansiedade na punção venosa em crianças com e sem problemas de desenvolvimento

Luiza Nobre Lima (1), Lisete Mendes Mónico (2), Célia Silva Fragata (1) & Maria Jorge Ferro (1)

(1) Professora Auxiliar na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

(2) Mestre em Psicologia da Educação, Aconselhamento e Desenvolvimento

Dor e ansiedade na punção venosa em crianças com e sem problemas de desenvolvimento

Resumo

A partir da concepção de dor pediátrica procurou-se com este estudo avaliar o grau de ansiedade e a intensidade da dor relativas ao procedimento invasivo da punção venosa, em crianças com e sem perturbações do desenvolvimento. Numa amostra de 60 crianças, 44 sem perturbação do desenvolvimento (SPD) e 16 com perturbação (CPD), com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos de idade ($M=8,63$; $DP=2,44$), a intensidade da dor (“imaginada”/“sentida”) foi avaliada por meio da Faces Pain Scale (FPS-R), e o grau de ansiedade (“antecipatória”/“verificada”) através da Visual Analogue Scale (VAS). Os resultados obtidos revelaram que, apenas no grupo de crianças CPD a ansiedade antecipatória é superior à ansiedade verificada. Verificou-se existir, para ambos os grupos, uma forte associação entre os valores de ansiedade “antecipatória” e “verificada” e da dor “imaginada” e “sentida”. Os dois grupos não se distinguem em termos da intensidade da dor nem em termos da ansiedade. As associações encontradas entre a dor e a ansiedade no procedimento da punção venosa reforçam o investimento da abordagem pediátrica na dor aguda, tanto em termos procedimentais como em termos da interação dos profissionais de saúde com as crianças, em especial as que são portadoras de perturbações do desenvolvimento.

Palavras-chave: crianças, punção venosa, ansiedade, dor, problemas de desenvolvimento

Pain and anxiety in venipuncture in children with and without developmental disorders

Abstract

Considering the construct of paediatric pain, it has been a goal of this study to assess the anxiety and the related intensity of pain in children with and without developmental disabilities undergoing a venepuncture. In a group of 60 children, 44 without developmental disabilities and 16 with developmental disabilities, aged between 5 and 12 years ($M=8,63$; $SD=2,44$), their intensity of pain (“Imagined”/“Felt”) was assessed with the Faces Pain Scale (FPS-R), and their anxiety (“Anticipatory”/“Verified”) with the Visual Analogue Scale (VAS). Results revealed that only children with developmental problems had more anticipatory than verified anxiety. For both groups a strong association was found between the values of “anticipatory” and “verified” anxiety and “imagined” and “felt” pain. The two groups do not differentiate in terms of intensity of pain or anxiety. Associations found between pain and anxiety in venepuncture procedures reinforces the investment of the paediatric approach in acute pain, not only in terms of procedures but also in terms of interaction between health professionals and children, specially those with developmental disorders.

Key Words: children, venepuncture, anxiety, pain, developmental disorders

INTRODUÇÃO

A atual evidência de que as crianças sentem dor e expressam sentimentos de ansiedade quando são confrontadas com experiências dolorosas, foi até aos finais dos anos 80 um facto praticamente ignorado e desvalorizado, tendo sido vulgar admitir-se que as crianças sentiam menos dor do que o adulto ou que só tardiamente os estímulos dolorosos podiam ser completamente percebidos pelas crianças (Barros, 2003). Tal deveu-se em grande parte à dificuldade das crianças em exprimirem e distinguirem a existência de dor e de ansiedade. Contudo, esta dificuldade foi progressivamente ultrapassada graças ao esforço na identificação de sinais objetivos ou indicadores de dor e ansiedade em procedimentos dolorosos.

As crianças são sujeitas a procedimentos médicos que causam, a si e às suas famílias, ansiedade, medo e stresse, interferindo assim com a sua percepção de dor e até com o próprio procedimento (Broome, Bates, Lilis, & McGahee, 1990). De entre os procedimentos médicos que originam sensações dolorosas, a punção venosa foi descrita pelas crianças como o “pior exame” que conhecem (Soares & Vieira, 2004), desencadeador, nomeadamente, de sentimentos de dor e ansiedade. As crianças que têm medo dos procedimentos médicos relatam níveis mais elevados de stresse e de dor às punções venosas (Broome et al., 1990).

A compreensão que a criança tem acerca da dor acompanha a sua compreensão acerca da doença, e está ligada ao seu desenvolvimento cognitivo, segundo um padrão consonante com a teoria de Piaget (Gaffney, 1993). Todavia, esta autora defende que a forma como as crianças conceptualizam a dor pode não estar diretamente relacionada com a sua experiência de dor, pois representa apenas a sua capacidade de objetivar e exprimir tal experiência. Veja-se que a definição clássica de dor enfatiza o facto de cada pessoa ter um significado próprio de dor, marcado pela particularidade e unicidade do seu ser, daí que esta seja acompanhada de significação afetiva. O componente afetivo mais frequentemente associado à dor da criança é a ansiedade (Katz, Kallerman & Siegel, 1980) de tal modo, que as crianças tendem a viver as experiências de forma global, tendo dificuldade em distinguir entre o estar “assustado” e o estar “magado” (Barros, 2003).

Quando a avaliação da dor abrange a criança com problemas de desenvolvimento, os obstáculos multiplicam-se na medida em que esta tenderá a possuir limitações a nível cognitivo, verbal, e/ou a nível de comportamento que tornam, por vezes, difícil a compreensão da sua dor e até a expressão, da qualidade e tipo de dor experienciada.

Dada esta enorme variabilidade de problemáticas que afetam o desenvolvimento, importa atender à população específica que se pretende avaliar com o intuito de se recorrer aos métodos mais válidos e fiáveis para quantificar e monitorizar a dor neste grupo de crianças.

Apesar de não existirem estudos estatísticos confiáveis que retratem a real incidência do número de crianças com problemas de desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10% da população de qualquer país é constituída por pessoas com algum tipo de deficiência. Da mesma forma, Bottos & Chambers (2006 in Garcia & Fernandes, 2007) destacam que a prevalência da dor nas crianças com deficiência parece ser superior à da população em geral.

De acordo com McGrath (1998), o medo e a ansiedade em relação aos procedimentos médicos invasivos são maiores quando as crianças necessitam de ser submetidas a eles com regularidade. Por conseguinte, a submissão a repetidos procedimentos dolorosos é referida pelas crianças como uma experiência altamente aversiva ou como um dos aspetos mais difíceis da sua enfermidade (McGrath, 1998; Carvalho, 1990). Este é o caso das crianças com problemas de desenvolvimento, em que a sua problemática as leva a recorrerem periodicamente ao hospital e a estarem mais sujeitas a um conjunto de procedimentos médicos, tais como, injeções, punções venosas, e outros.

MÉTODO

1. Objetivos

Pretende-se com este estudo medir e comparar o grau de ansiedade face à intensidade da dor na punção venosa em dois grupos distintos de crianças - com e sem problemas de desenvolvimento. Foram, assim, estabelecidos os seguintes objetivos:

- Medir e comparar, para cada um dos grupos, a intensidade da dor e o grau de ansiedade antes e após o procedimento invasivo da punção venosa.
- Analisar, em cada um dos grupos, a relação entre a ansiedade e a dor.
- Comparar entre os dois grupos os níveis de ansiedade e a intensidade da dor antes e depois da punção venosa

2. Amostra

Este estudo envolveu 60 crianças, das quais 16 crianças apresentam Perturbações do Desenvolvimento (CPD) e 44 não têm qualquer perturbação (SPD). No que respeita ao sexo das crianças envolvidas, verifica-se uma predominância do sexo feminino em ambos os grupos (cf. quadro 1).

Quadro 1 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) do sexo dos sujeitos por grupo

	SPD n (%)	CPD n (%)
Feminino	23 (38.4)	10 (16,6)
Masculino	21 (35)	6 (10)
Total	44 (73,4)	16 (26,6)

Em termos etários, a amostra global compreende crianças entre os 5 e 12 anos de idade, com uma média de idades de 8,63 anos (DP= 2,44). Cada grupo de crianças foi subdividido em duas faixas etárias. A distribuição etária pelos grupos pode ser verificada no quadro 2.

Quadro 2. Frequências absolutas (n) e relativas (%) dos sujeitos por faixas etárias de cada grupo

	SPD n (%)	CPD n (%)
5 – 8 A	23 (38.3)	8 (13.3)
9 - 12 A	21 (35.0)	8 (13.3)
Total	44 (73.3)	16 (26.7)

3. Instrumentos

3.1 Visual Analogue Scale (VAS)

Esta escala apresenta a forma de uma régua onde está desenhado um termómetro com um cursor (frente) que mede a dor/ansiedade numa escala de 0 a 10 centímetros (verso). É muito utilizado em estudos de dor, sendo facilmente entendida pelas crianças a partir dos 3 anos. A régua é apresentada na vertical e explica-se à criança que à medida que o cursor vai subindo a ansiedade aumenta. É-lhe, então, pedido que mostre com o cursor o nível que corresponde à sua ansiedade/preocupação, sendo posteriormente esse resultado convertido num valor numérico, lido no verso da régua.

Antes da punção questionaram-se as crianças acerca da sua ansiedade “Qual é a

preocupação que estás a sentir neste momento por ires tirar sangue?” e após a punção venosa questionou-se “Qual a preocupação que sentiste no momento em te tiraram sangue?”.

3.2 Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)

Esta escala assume o formato de régua em cuja face estão ilustradas seis expressões faciais simples que descrevem os vários graus da dor, desde a face neutra para indicar ausência de dor, até à face que exprime muito sofrimento, sendo que no verso, cada face é convertida num valor numérico. É uma adaptação da FPS (com a redução de uma face), apresentando uma boa fiabilidade e validade para o uso em crianças a partir dos 4 anos (Hicks, Von Baeyer, Spafford, Van Korlaar, & Goodenough, 2001). A sua cotação varia entre os 0 e 10 pontos e a categorização da intensidade da dor é: sem dor – face 1 (pontuação 0); dor ligeira – face 2 (pontuação 2); dor moderada - face 3 (pontuação 4); dor intensa – face 4 (pontuação 6); e dor muito intensa – face 5 ou 6 (pontuação 8 ou 10, respetivamente). É explicado à criança que cada mudança de face representa que a dor vai aumentando e pede-se-lhe que aponte a face que corresponde à sua dor.

Antes da punção questionou-se as crianças acerca da sua dor “Qual destas caras mostra a dor que pensas vir a sentir durante a picada da agulha?” e após a punção venosa questionou-se “Qual destas caras mostra a dor que realmente sentiste no momento em te tiraram sangue?”.

Realizou-se ainda, uma entrevista semiestruturada, com questões relativas à presença ou não de problemas de desenvolvimento, ao historial de punções realizadas, e medidas anestésicas eventualmente utilizadas.

4. Procedimentos

O estudo decorreu no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, Portugal, nos serviços de Especialidades Médicas e do Centro de Desenvolvimento da Criança. A investigação foi realizada no procedimento invasivo de punções venosas de rotina, na sala de espera de ambos os sectores.

A seleção de crianças a observar respeitou as faixas etárias de referência dos instrumentos de avaliação utilizados conforme descrito na Circular normativa nº9/DGCG, (2003) da Direção Geral de Saúde. O grupo etário escolhido compreendeu crianças entre os 5 anos e os 12 anos de idade, adotando a classificação de Whaley e Wong (1999) que determina que nesse período as crianças se encontram em condições intelectuais de compreenderem melhor conceitos de dor e preocupação (Soares & Vieira, 2004). O limite etário inferior justifica-se porque segundo Barros (2003) a partir dos quatro, cinco anos a criança começa a ser capaz de discriminar sensações diferentes e de verbalizar e representar dor e medo, enquanto numa idade inferior aos 5 anos existe uma tendência para subvalorizar os extremos das escalas, registando-se uma maior dificuldade na cooperação e na voluntariedade no estudo.

O objetivo de subdividir os grupos em duas faixas etárias, reflete a sequência cognitiva preconizada por Piaget, e evidenciada por Jay e Elliot (1984 in Barros, 2003) que consideram que as crianças mais pequenas e imaturas (idade inferior a 7, 8 anos), pelas próprias características dos processos cognitivos e o significado que atribuem às situações sofrem muito mais do que as crianças com níveis de desenvolvimento cognitivo mais avançados. Também Beales (1982 in Barros, 2003) adianta que a imaturidade cognitiva da criança pode contribuir para uma menor valorização da dor ao contrário do que é esperado por volta dos 9 a 10 anos, em que as crianças comunicam verbalmente a sua dor, e conseguem descrever de forma clara a sua intensidade e qualidade (Batalha, 2010).

Foi obtida a autorização formal do Conselho de Ética e do Conselho de Administração do Hospital Pediátrico para a realização desta investigação, assim como o consentimento

formal dos pais e o consenso verbal das respetivas crianças, após lhe terem sido fornecidas informações detalhadas acerca do estudo.

A avaliação da ansiedade e da dor, realizou-se em duas fases distintas: na primeira, cerca de 5 minutos antes da punção venosa (na sala de espera), avaliou-se a intensidade de dor que a criança imagina vir a sentir (imaginada) através da FPS-R e o grau de ansiedade que a criança está a sentir (antecipatória) com a VAS. Numa segunda fase, imediatamente após a punção, avaliou-se a intensidade da dor que a criança realmente sentiu (sentida) e o grau de ansiedade experienciado no momento da punção (verificada).

Numa grande parte das crianças avaliadas foi administrado um anestésico tópico - EMLA® e técnicas de distração. Geralmente, os pais permaneciam com a criança durante o procedimento.

RESULTADOS

1. Grupo de Crianças Sem Problemas de Desenvolvimento (GSPD)

1.1. Comparação da Ansiedade Antecipatória e Ansiedade Verificada

Os resultados obtidos através da medida de autorrelato da ansiedade (VAS) mostraram que o grau de ansiedade antes do procedimento reportado pelas crianças foi em média de 4.69 (DP=2.77). Após o procedimento o grau de ansiedade referido por este grupo de crianças foi em média de 4.13 (DP=3.02). Tais valores indicam que tanto a ansiedade antecipada como a ansiedade verificada é moderada para as crianças sem problemas de desenvolvimento.

Comparando a média da ansiedade “antecipatória” (M=4.69, DP=2.77) e da ansiedade “verificada” (M=4.13; DP=3.02), podemos considerar que não existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(43)=1.319$, $p=0.194$), o que significa que o grau de ansiedade referido por este grupo é relativamente uniforme em ambas as fases do procedimento.

1.2. Comparação da Dor Imaginada e a Dor Verificada

Relativamente, à autoavaliação das crianças face à intensidade da dor (FPS-R) “imaginada” e “sentida” na punção venosa, os valores médios obtidos são, respetivamente, de 3.27 (DP=3.08) e de 2,86 (DP=3.515). Apesar da proximidade entre as médias, os valores obtidos permitem classificar a dor “imaginada” numa intensidade moderada e a dor “sentida” numa intensidade ligeira.

Numa análise comparativa das médias da intensidade da dor “imaginada” (M=3.27; DP=3.08) e “sentida” (M=2.89; DP=3.55), verificou-se não existir uma diferença com significado estatístico ($t(43)=0.829$, $p=0.412$). Logo, a intensidade da dor que as crianças imaginam vir a sentir é semelhante à dor que as crianças efetivamente sentem.

1.3. Relação entre ansiedade e dor

Foram encontradas correlações positivas significativas entre a ansiedade “antecipatória” e a dor “imaginada” ($r = 0.608$, $p<0.01$), o que significa que quanto maior é a ansiedade “antecipatória” maior é também a dor imaginada.

Do mesmo modo, quanto maior forem os valores da ansiedade “antecipatória” maiores são os valores da ansiedade “verificada” ($r = 0.511$, $p<0.01$). Por sua vez, a ansiedade “antecipatória” e a dor “sentida” estão positivamente correlacionadas ($r = 0.576$, $p<0.01$), sucedendo o mesmo para a dor “imaginada” e dor “sentida” ($r = 0.515$, $p<0.01$).

Verifica-se, ainda, que a ansiedade “verificada” está positivamente associada com a dor

“imaginada” ($r = 0.446$, $p < 0.01$) e com a dor “sentida” ($r = 0.645$, $p < 0.01$).

2 Grupo de Crianças Com Perturbações de Desenvolvimento (GCPD)

2.1. Comparação da ansiedade antecipatória e ansiedade verificada

Relativamente ao grau de ansiedade, o valor médio da ansiedade “antecipatória” situa-se ao nível de uma ansiedade moderada ($M = 5.22$; $DP = 2.77$), enquanto os valores da ansiedade “verificada” se classificam num grau de ansiedade ligeira ($M = 2.94$; $DP = 2.91$).

Quando comparadas as médias obtidas no grau de ansiedade, antes e após o procedimento, verificou-se existir uma diferença estatisticamente significativa ($t(15) = 3.005$, $p = 0.009$). Este resultado revelou que a ansiedade que as crianças com perturbação do desenvolvimento sentem por antecipação é superior à ansiedade que efetivamente experimentam.

2.2. Comparação da Dor Imaginada e a Dor Verificada

Apesar da dor “imaginada” ser de intensidade moderada ($M = 3.50$; $DP = 3.89$) e a dor “sentida” de intensidade ligeira ($M = 2.00$; $DP = 2.53$), a comparação estatística das médias não revelou uma diferença estatisticamente significativa ($t(15) = 1.861$, $p = 0.083$).

2.3. Relação entre ansiedade e dor

Foram positivas, moderadas e significativas as correlações encontradas entre a ansiedade “antecipatória” e três outras variáveis: a dor “imaginada” ($r = 0.481$, $p < 0.01$), a ansiedade “verificada” ($r = 0.430$, $p < 0.01$), e a dor “sentida” ($r = 0.382$, $p < 0.01$); Os valores obtidos demonstram que o aumento da ansiedade “antecipatória” está associado ao aumento da dor “imaginada”, da dor “sentida” e da ansiedade “verificada”.

Verificou-se também quanto maior for a ansiedade “verificada” maior é a dor “sentida” ($r = 0.699$, $p < 0.01$), assim como, quando os valores da dor “sentida” aumentam, aumentam também os valores da dor “imaginada” ($r = 0.568$, $p < 0.05$).

3. Comparação entre grupos

Após uma análise descritiva da forma como cada subgrupo antevê e responde à experiência afetiva (ansiedade) e sensorial (dor) da punção venosa, interessa estabelecer uma comparação entre ambos os grupos.

Os valores médios das respostas obtidas pelas crianças sobre a intensidade da dor e o grau de ansiedade, antes e após a punção venosa, surgem listados no quadro 1 em função de cada subgrupo.

Quadro1 – Médias e desvios-padrão de dor e ansiedade para os grupos de crianças sem e com Perturbação do Desenvolvimento considerando a faixa etária

	Grupo Sem Problemas de Desenvolvimento (SPD) M (DP)		Grupo Com Problemas de Desenvolvimento (CPD) M (DP)	
	5-8	9-12	5-8	9-12
	Dor imaginada	3,74 (3,63)	2,76 (2,32)	4,50 (4,38)
Ansiedade Antecipatória	5,06 (2,96)	4,31 (2,56)	5,33 (3,59)	5,12 (1,88)
Dor Sentida	3,91 (3,93)	1,71 (2,63)	2,00 (3,38)	2,00 (1,52)
Ansiedade Verificada	4,94 (3,28)	3,24 (2,47)	2,38 (3,25)	3,48 (2,63)

Subgrupo etário dos 5-8 anos

Ao comparar a dor imaginada no subgrupo etário do 5-8 anos entre o grupo de crianças sem problemas de desenvolvimento e o grupo com problemas de desenvolvimento verificou-se não existir uma diferença estatisticamente significativa ($t= 0,495$, $p= 0,624$).

Em relação à ansiedade “antecipatória” também não existe uma diferença com significado estatístico ($t= 0,303$, $p= 0,764$) entre as crianças de 5-8 anos em ambos os grupos, sendo as médias desta variável muito semelhantes entre os dois grupos.

A dor sentida apesar de ter média superior no grupo SPD, não se distingue estatisticamente da dor das crianças deste subgrupo etário no grupo CPD ($t= 1,145$, $p= 0,262$), o mesmo acontecendo relativamente à ansiedade “verificada” ($t= 1,815$, $p= 0,080$).

Subgrupo etário dos 9-12 anos

Tal como no subgrupo etário das crianças mais novas não foram encontradas diferenças significativas em termos estatísticos nas variáveis dor “imaginada” ($t= 0,092$, $p= 0,927$), ansiedade “antecipatória” ($t= 0,762$, $p= 0,453$), dor “sentida” ($t= 0,306$, $p= 0,762$), e ansiedade “verificada” ($t= 0,176$, $p= 0,862$) quando comparado o grupo de crianças SPD e o grupo CPD.

DISCUSSÃO

Os valores médios da intensidade da dor e do grau de ansiedade foram descritos pelas crianças de ambos os grupos, como sendo mais elevados antes do procedimento do que após. Contudo, esta diferença somente tem poder estatístico entre a ansiedade “antecipatória” e a ansiedade “verificada” no grupo de crianças com problemas de desenvolvimento. Tal facto, foi igualmente verificado no estudo de Goodenough e colaboradores (2004) em que a utilização da VAS, quer na medição da intensidade da dor, quer da ansiedade, demonstrou obter resultados mais baixos para ambos os constructos após a punção venosa. Uma vez que as crianças com perturbação do desenvolvimento são submetidas a punções venosas com maior frequência, este resultado pode ser interpretado à luz da literatura, pelo facto das crianças tenderem a possuir expectativas de perigo e sofrimento muito aumentadas, baseadas tanto em memórias anteriores como em crenças sociais, que deturpam a experiência dolorosa (Barros, 2003).

Apesar de diversos estudos mostrarem que, geralmente, as crianças mais novas relatam níveis de dor mais elevados que as crianças mais velhas (e.g. Fradet et al., 1990; Johnston et al., 1993 in Goodenough et al., 1997), não foi clara esta diferença em termos estatísticos entre os dois subgrupos etários de ambos os grupos de crianças. Contudo, quando comparadas as médias da intensidade da dor e do grau de ansiedade como resposta à punção venosa, esta, mostrou ser maior no grupo de crianças dos 5-8 anos do que nas crianças dos 9-12,

A razão desta relação da dor com a idade é ainda desconhecida. Coloca-se, contudo, a hipótese de as crianças mais novas relatarem mais dor devido a uma maior imaturidade na avaliação da severidade da dor do que as crianças mais velhas (McGrath & Goodman, 2004). As diferenças de idade podem refletir em grande escala as mudanças no desenvolvimento e influenciar a resposta à dor e à ansiedade (Goodenough et al., 1999). Também poderá relacionar-se com o facto das escalas de self-report mostrarem que a maioria das crianças com menos de 9 anos tem dificuldade em discriminar entre experiências sensoriais da dor da sua resposta afetiva (por exemplo, medo e *distress*) (Goodenough et al., 1999). De facto, as crianças entre os 9 e 12 anos de idade apresentaram maior controlo sobre as suas reações verbais acerca da ansiedade e dor “sentida” do que crianças de idade inferior. Tal pode dever-se ao processo de socialização da criança nesta idade, que adquire maior controlo do seu comportamento e regulação da impulsividade, permitindo desta forma inibir as manifestações sobre a dor experienciada na presença de outras pessoas (Goodenough et al., 1997). Outra explicação reside na subvalorização dos extremos das escalas pelas crianças mais novas, que podem traduzir-se em falsas ausências de dor/ansiedade ou falsas dores/ansiedade muito intensas.

O facto dos resultados da intensidade da dor e do grau de ansiedade no presente estudo se situarem nos extremos inferiores das escalas VAS e FPS-R, poderá estar relacionada com a utilização de procedimentos que visam diminuir os níveis de dor como a terapêutica farmacológica (eg. EMLA) e o uso de técnicas de distração. Da mesma forma, importa ter em conta que uma criança pode negar a existência da dor, se o profissional de saúde lhe for estranho, se pensar que lhe pode ser administrado algo para tratar a dor, se sentir medo, ou pode ser uma demonstração de coragem ancorada nas crenças sociais e culturais que a acompanham (Barros, 2003). Verifica-se ainda que as crianças tendem a relatar menos preocupação e ansiedade face ao procedimento doloroso (conseguindo regular mais a sua ansiedade e dor) do que a observação comportamental demonstra, pois foram visíveis comportamentos (e.g., choro, gritos, manifestações corporais) que traduziam níveis de ansiedade superiores àqueles que eram relatados. Tal facto, poderia ser contemplado em estudos posteriores através da inclusão de medidas observacionais para além das de autorrelato, apesar deste ser influenciado por fatores linguísticos, cognitivos, emocionais, culturais e motivacionais ou por fatores ambientais como o contexto, quem faz a pergunta e porquê (McCaffery & Beebe, 1994).

Perante o autorrelato das crianças através da VAS e da FPS-R acerca do procedimento da punção venosa, salienta-se que a ansiedade foi um sintoma vivenciado pela totalidade das crianças, estando associada a sensações de preocupação, medo e dor. Esta ansiedade comprovou a perceção de dor que a punção venosa acarreta, dor esta, também comprovada através dos relatos das crianças “*Estou com muito medo porque costuma doer muito*” (8 anos, sem problemas de desenvolvimento), fazendo valer a importância que as memórias anteriores têm na valorização da dor (Noel, McMurtry, Chambers, & McGrath, 2010).

CONCLUSÕES

No desenrolar deste processo de investigação, surgiram algumas dificuldades de natureza distinta, que se prendem, desde logo, com a reduzida amostra, sobretudo ao nível do

grupo de crianças com problemas de desenvolvimento, que coloca em risco a representatividade da amostra em relação aos dois grupos alvo de estudo (validade externa). O mesmo acontece relativamente aos subgrupos etários do subgrupo de crianças com problemas de desenvolvimento.

O facto das medidas de avaliação serem exclusivamente instrumentos de auto-relato constitui outra limitação do estudo, uma vez que estas estão sujeitas a problemas de interpretação e desejabilidade social, ignorando o peso das manifestações fisiológicas e comportamentais.

Não obstante as limitações salientadas, este estudo mostrou que a dor e a ansiedade são dimensões intimamente relacionadas no procedimento da punção venosa, o que faz com que esta seja uma área a valorizar na abordagem pediátrica da dor aguda, podendo os profissionais de saúde, após um controlo e avaliação eficazes e sistemáticos, orientar o tratamento mais adequado com vista a diminuir o sofrimento e a ansiedade das crianças. Este é um desafio e incentivo tanto para os profissionais que lidam diretamente com estas crianças, como para os pais enquanto principais agentes modeladores da perceção da dor e ansiedade das suas crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel, pp. 17-82.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi, pp. 93-115.

Broome M, Bates T, Lillis P, McGahee T (1990) Children's medical fears, coping behaviors, and pain perceptions during a lumbar puncture. *Oncology Nursing Forum*, 17, 361-367.

Carvalho, M. (1990). *Dor: um estudo multidimensional* (2ªed.). S. Paulo: Sannus, pp. 267-269.

Gaffney, A. (1993). Cognitive developmental aspects of pain in school-age children. In N. Schechter, C. Berde, & B. Yaster (Eds.). *Pain in infants, children and adolescents* (pp.75-85). Baltimore: Williams & Wilkins

Garcia, M. & Fernandes, A. (2007). Avaliação da Dor nas Crianças com Deficiência Profunda: a escala DESS. *Revista Referencia*, 2(5), 17-22.

Goodenough, Kampel, Champion, Laubreaux, Nicholas, Ziegler & McInerney, (1997). An investigation of the placebo effect and age-related factors in the report of needle pain from venipuncture in children. *Pain*, 72, 383-391.

Goodenough, B., Thomas, E., Champion, D., Perrott, D., Taplin, J., Von Baeyer, C., & Ziegler, J. (1999). Unravelling age effects and sex differences in needle pain: ratings of sensory intensity and unpleasantness of venipuncture pain by children and their parents. *Pain*, 80, 179-190.

Goodenough, B., Roschar, F., Cole, A., Piira, T., & Kuttner, L. (2004). Self-report of

pain-related distress before and after pediatric venipuncture: a validation study of the children`s anxiety and pain scale. *Psychologica*, 37, 101-114.

Hicks, C., Von Baeyer, C., Spafford, P., Van Korlaar, I. & Goodenough, B. (2001). The faces pain scale-revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 80, 173-183.

Katz, E.; Kellerman, J.; Siegel, S. (1980). Behavioral distress in children undergoing medical procedures: developmental considerations. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 48, 356-365

McCaffery, M. & Beebe, A. (1994). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. London: Mosby

McGrath, P.J. (1998). Behavioral measures of pain. In. G. A. Finley, & P. J. McGrath (Eds.). *Measurement on pain in infants and children: progress in pain research and management* (pp.83-102). Seattle: IASP Press

McGrath, P.J. & Goodman, J.E. (2004). Pain in childhood. In P.J. Graham (Ed.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families*. Cambridge University Press.

Noel, M., McMurtry, M., Chambers, & C., McGrath (2010). Children`s memory painful Procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviours to subsequent recall. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 626-636

Soares, V., & Vieira, L. (2004). Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. *Revista Escola Enfermagem USP*, 38(3), 298-306.

Whaley, L. & Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.