

Comportamento de Crianças, Acompanhantes e Auxiliares de Enfermagem Durante Sessão de Punção Venosa¹

Isabela Porpino Lemos
Eleonora Arnaud Pereira Ferreira²
Universidade Federal do Pará

RESUMO - Este estudo descreve o repertório comportamental de 14 crianças com diagnóstico de câncer, com idade entre 4 e 12 anos, durante um procedimento de punção venosa para quimioterapia, assim como o de seus acompanhantes e auxiliares de enfermagem. A coleta de dados foi realizada mediante observação direta com auxílio da *Observation Scale of Behavior Distress*. Foram utilizados três sistemas de categorias de comportamento (para as crianças, os acompanhantes e os auxiliares de enfermagem). Não foram observadas diferenças significativas entre comportamentos concorrentes e não concorrentes de crianças pré-escolares e escolares. Observou-se maior variabilidade comportamental entre acompanhantes de pré-escolares e maior frequência de comportamentos verbais dirigidos a escolares em auxiliares de enfermagem. Discute-se a necessidade da preparação psicológica para procedimentos invasivos em oncologia pediátrica.

Palavras-chave: crianças; quimioterapia; acompanhantes; auxiliares de enfermagem; *Observation Scale of Behavior Distress*.

Behavior of Children, Caregivers and Nursing Assistants During Venepuncture Session

ABSTRACT - This study describes the behavioral repertoire of fourteen children, aged 4-12 years old, with cancer diagnoses, during a venepuncture procedure for chemotherapy, and of their caregivers and nursing assistants. Data collection was accomplished through direct observation with the use of the Observation Scale of Behavior Distress. Three systems of behavior categories were used (for children, caregivers and nursing assistants). There were no significant differences between concurrent and non-concurrent behaviors of preschool and school children. There was greater behavioral variability among caregivers of pre-school children and higher frequency of verbal behaviors directed to school children among nursing assistants. It is discussed the need of psychological preparation for invasive procedures in pediatric oncology.

Keywords: children; chemotherapy; caregivers; nursing assistants; Observation Scale of Behavior Distress.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization* - WHO, 1993), procedimentos invasivos são técnicas operativas ou diagnósticas que utilizam instrumentos capazes de penetrar os tecidos ou invadir algum orifício do corpo. Tais procedimentos estão associados a experiências de dor e de ansiedade, em função de implicarem expectativa de sofrimento físico e perda de controle da situação (Cohen, 2008; Costa Jr., 2001; Kennedy, Luhmann & Zempsky, 2008). Dentre os procedimentos invasivos, a punção venosa para a realização de quimioterapia está associada a uma série de consequências de caráter aversivo, como sensações de dor no local onde é introduzida a agulha e administrado o medicamento, bem como a ocorrência de efeitos colaterais do tratamento. No caso de crianças, é frequente que a experiência prolongada com esse procedimento leve ao desenvolvimento de

reações comportamentais e fisiológicas condicionadas de dor e/ou ansiedade, como chorar, gritar, expressar a dor verbalmente, exibir tensão muscular e resistência física, as quais são denominadas de estresse comportamental (Costa Jr., 2001, 2005; Frank, Blount, Smith, Manimala & Martin, 1995).

Cline e cols. (2006) assinalam que comportamentos de estresse da criança em situações potencialmente aversivas podem estar associados a comportamentos emitidos pelos pais e por profissionais de saúde durante o procedimento invasivo, como pedido de desculpas, fornecimento de controle, críticas ao comportamento da criança, ameaças de punição e comentários de tranquilização. Da mesma forma, os adultos também podem atuar como agentes importantes na ampliação de comportamentos de colaboração do paciente pediátrico, ajudando-o a desviar a atenção da situação de dor e a participar de forma mais ativa no tratamento (Mahoney, Ayres & Seddon, 2010; Pederson, 1996).

A literatura aponta também que crianças de diferentes faixas etárias reagem de forma diferenciada aos eventos ambientais presentes no tratamento, com crianças pré-escolares apresentando reações de estresse comportamental mais in-

1 Trabalho parcialmente financiado pela CAPES por meio de bolsa de mestrado para a primeira autora.

2 Endereço para correspondência: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Rua Augusto Corrêa, 1, Cidade Universitária Prof. José da Silveira Netto, Guamá, Belém, PA. CEP 66075-110. Fone: (91) 3201.85.36. Email: eleonora@ufpa.br.

tenso, enquanto crianças escolares exibiriam maior grau de autocontrole em função de possuírem habilidades verbais e cognitivas mais desenvolvidas do que as primeiras (Blount, Sturges & Powers, 1990; Blount & cols., 2009; Dahlquist, Pendley, Landthrip, Jones & Steuber, 2002).

Atualmente, principalmente em função da preocupação com o bem-estar de crianças submetidas a procedimentos de caráter aversivo e do avanço de pesquisas na área de manejo da dor pediátrica, há uma grande disponibilidade de recursos tecnológicos destinados ao manejo de comportamentos da criança em situação de quimioterapia (Mahoney & cols., 2010; Young, 2005). No entanto, para que os mesmos sejam adequados à singularidade comportamental de cada paciente, faz-se necessário avaliar previamente as variáveis das quais o comportamento da criança é função (Broering & Crepaldi, 2008), focalizando-se também o comportamento de acompanhantes e de profissionais.

Considerando-se, portanto, a necessidade de esclarecimentos sobre as variáveis presentes no ambiente de cuidados ofertados ao paciente de oncologia pediátrica, realizou-se um estudo que se propôs a caracterizar o repertório comportamental apresentado por crianças com diagnóstico de câncer, assim como por seus acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante procedimento de punção venosa para administração de quimioterapia em ambulatório.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 14 crianças com diagnóstico de câncer que estavam realizando quimioterapia há menos de um ano no ambulatório de um hospital considerado como referência no tratamento de doenças crônico-degenerativas, na cidade de Belém-PA. As crianças foram divididas em dois grupos: (1) pré-escolares, composto por sete crianças de 4 a 6 anos, e (2) escolares, composto por sete crianças de 7 a 12 anos. Também fizeram parte da amostra os respectivos acompanhantes e auxiliares de enfermagem de cada uma das crianças selecionadas.

A maioria das crianças era do gênero masculino (n=10). Quanto ao diagnóstico, metade da amostra (n=7) possuía Leucemia Linfoblástica Aguda. Em relação ao tempo de tratamento, houve predominância de crianças pré-escolares com tempo de tratamento de três a quatro meses (n=3) e crianças escolares com tempo de tratamento superior a seis meses (n=3).

Em mais da metade da amostra o acompanhante era a mãe da criança (n=10). Quanto ao nível de escolaridade, a metade dos acompanhantes (n=7) não havia concluído o Ensino Fundamental. O local de procedência ou moradia da maioria dos acompanhantes (n=12) era o interior do estado do Pará (PA). Todos os auxiliares de enfermagem eram do sexo feminino e trabalhavam no setor de quimioterapia do hospital há mais de quatro anos.

Instrumentos

(1) *Observation Scale of Behavior Distress* (OSBD). Essa escala foi originalmente elaborada por Jay, Ozolins, Elliott e Cadwell (1983). Para esse estudo foi utilizada uma adaptação feita por Borges (1999) e Costa Jr. (2001), a qual contém categorias morfológicas de comportamento, definidas operacionalmente, que abrangem respostas verbais, vocais e motoras da criança, indicativas do sofrimento experimentado por ela em situações de procedimentos médicos invasivos. O registro das categorias contidas na OSBD é feito a cada intervalo de 15 segundos, em um sistema de amostragem de tempo, onde cada categoria é registrada como presente ou ausente.

(2) *Roteiro de Entrevista com o Acompanhante*. Esse roteiro continha questões sobre características sociodemográficas, história anterior de hospitalização da criança e experiência atual e anterior da criança com procedimentos invasivos.

Procedimento

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer 057/ICS-UFPA/2006), a coleta de dados foi realizada de acordo com as seguintes etapas:

(1) Entrevista de contrato com acompanhante e auxiliar de enfermagem mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

(2) Observação direta do comportamento da tríade criança-acompanhante-auxiliar de enfermagem durante uma sessão de punção venosa para quimioterapia em ambulatório, realizada por uma única observadora previamente treinada no procedimento. Foi adotada como técnica de observação o registro contínuo, ditado em gravador de áudio, utilizando-se como referência as categorias sugeridas na OSBD; e

(3) Entrevista com o acompanhante, realizada em ambiente extra-hospitalar (domicílio ou casa de apoio), com intervalo de uma semana após a sessão de observação direta, mediante a utilização do roteiro de entrevista estruturado.

Análise de dados

Para a realização das análises estatísticas dos dados foram utilizados os softwares Minitab 15 e o SPSS 16.

Quanto aos dados obtidos por meio de observação direta, foram utilizados três sistemas de categorias de análise: (1) comportamento das crianças, (2) comportamento dos acompanhantes, e (3) comportamento dos auxiliares de enfermagem. A fidedignidade foi avaliada mediante o teste de concordância entre dois juízes, a partir da observação de 30% do total de registros. Obteve-se um índice de concordância de 84,25% para as categorias comportamentais das crianças, de 74,24% para as categorias dos acompanhantes e 75% para as categorias dos auxiliares de enfermagem.

As categorias comportamentais apresentadas pela criança, adaptadas da OSBD a partir dos estudos de Borges (1999) e de Costa Jr. (2001), foram divididas em duas classes: (1) comportamentos não-concorrentes, definidos como com-

portamentos que facilitam ou que não criam obstáculos à realização do procedimento invasivo; e (2) comportamentos concorrentes, definidos como aqueles comportamentos que, de alguma forma, dificultam, atrasam e/ou impedem a realização do procedimento invasivo por parte do profissional de saúde. Tais categorias estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

As categorias comportamentais dos acompanhantes, elaboradas a partir de uma adaptação das categorias observadas no estudo de Borges (1999) e Costa Jr. (2001), foram divididas em oito classes: (1) Verbalização referente ao procedimento invasivo, incluindo a descrição do que seria feito pelo auxiliar de enfermagem; (2) Atenção, incluindo comportamentos referentes ao foco de atenção apresentado pelo acompanhante durante o procedimento invasivo; (3) Tranquilização, contendo comportamentos verbais com o propósito de controlar as reações emocionais e comportamentais de estresse da criança; (4) Colaboração, reunindo comportamentos motores destinados a ajudar o auxiliar de enfermagem na realização do procedimento invasivo na criança; (5) Conforto, incluindo comportamentos motores destinados a fornecer apoio emocional à criança; (6) Distração, incluindo comportamentos motores ou verbais desti-

nados a desviar a atenção da criança dos estímulos relacionados ao procedimento invasivo, direcionando-a para estímulos agradáveis; (7) Bloqueio, reunindo comportamentos motores que tentam impedir que a criança focalize a sua atenção para o local do corpo que está sendo manipulado; e (8) Repreensão, incluindo comportamentos verbais que visam chamar a atenção da criança para aspectos negativos do seu comportamento, apontando de modo geral a insatisfação do acompanhante com o comportamento de não colaboração emitido pela criança (Tabela 3).

As categorias comportamentais do auxiliar de enfermagem, elaboradas a partir de uma adaptação das categorias comportamentais observadas no estudo de Costa Jr. (2001), foram distribuídas em (1) comportamentos verbais e (2) comportamentos motores. A primeira classe inclui os comportamentos verbais do auxiliar de enfermagem direcionados à criança e ao acompanhante, na forma afirmativa, interrogativa ou imperativa, e cujo conteúdo variava desde um simples cumprimento dirigido à criança até instruções sobre o comportamento da criança ou sobre o procedimento a ser executado. A segunda classe abrange 17 categorias que

Tabela 1. Categorias de comportamentos não-concorrentes observados nas crianças.

Categoria	Definição
Aceitar (AT)	Estender o braço, permitindo que o profissional execute o procedimento invasivo.
Auxiliar na Execução do Procedimento (AE)	Comportamento da criança que indique participação ativa na realização do procedimento médico invasivo.
Desviar Olhar (DO)	Imediatamente antes ou durante a inserção da agulha, a criança fecha os olhos, podendo fazer movimentos de pressão da pálpebra superior sobre a inferior; vira a cabeça para o lado oposto ao local do corpo que está sendo puncionado.
Explorar Ambiente (EXP)	Orientar o olhar em direção a objetos ou pessoas presentes no local em que está sendo realizado o procedimento durante o momento em que o auxiliar de enfermagem não está tentando inserir a agulha na sua veia.
Falar (FA)	Emitir comportamento verbal espontâneo durante a execução do procedimento invasivo (não incluindo temática de protestos).
Olhar Local (OL)	Orientar o olhar em direção ao local do corpo que está sendo ou acabou de ser manipulado ou puncionado.
Olhar Material (OM)	Orientar o olhar para objetos utilizados no procedimento, tais como seringa, agulha e gaze ou para o frasco de soro.
Responder Verbalmente (RV)	Emitir comportamento verbal em resposta à estímulo verbal emitido por pessoa presente durante a execução do procedimento invasivo.
Buscar Suporte Emocional (SE)	Solicitar, verbalmente ou através de gestos e olhares, abraço, beijo, colo ou outro tipo de consolo físico da mãe ou de outra pessoa presente no ambiente.
Sinalizar Dor (SD)	Evocar expressão facial ou expressões vocais indicativas de dor, como “ai” ou “ui”.
Solicitar Informação (SI)	Qualquer questão, formulada pela criança, acerca do procedimento médico.
Sorrir (SO)	De forma espontânea, em resposta ao cumprimento ou à fala de uma pessoa próxima, a criança retrai os cantos da boca para o lado e para o alto, com ou sem exposição dos dentes.

Tabela 2. Categorias de comportamentos concorrentes observados nas crianças.

Categoria	Definição
Chorar (CH)	Evocação de lágrimas e sons não verbais de intensidade baixa ou moderada, entrecortados por pausa.
Choramingar (CM)	Emissão de sons típicos (anh, anh, anh), não verbais, sem evocação de lágrimas, de baixa intensidade, entrecortados por pausa para respiração.
Comportar-se de Modo Nervoso (CN)	Manifestações físicas que consistem de pequenas ações executadas rápida e repetidamente.
Gritar (GR)	Expressão vocal aguda, de alta intensidade, sem emissão de palavras.
Protestar (PR)	Emissão de comportamento verbal (fala) em protesto à execução do procedimento médico.

estão relacionadas à preparação, execução ou conclusão do procedimento médico invasivo propriamente dito (Tabela 4).

Resultados

Comportamentos observados nas crianças

A Figura 1 apresenta a distribuição dos comportamentos não-concorrentes e concorrentes observados nas crianças pré-escolares e escolares.

Em relação aos comportamentos não-concorrentes, as informações presentes na Figura 1 indicam que, predominantemente, as crianças permaneciam olhando na direção do local do corpo (OL) em que o procedimento invasivo era realizado, seguido de comportamentos que sinalizavam presença de dor (SD). As categorias Aceitar (AT) e Explorar Ambiente (EXP) foram mais frequentes entre as crianças pré-escolares, enquanto as categorias Responder Verbalmente (RV) e Sinalizar Dor (SD) foram as mais frequentes entre as crianças escolares. Em relação aos comportamentos concorrentes, observa-se que Protestar (PR) foi mais frequente nas crianças escolares do que nas pré-escolares, e que o comportamento Choramingar (CM) foi mais observado nas crianças pré-escolares do que nas escolares.

Com o objetivo de avaliar se essas diferenças observadas entre os dois grupos eram estatisticamente significativas, foi utilizado o teste estatístico de contingência C. O resultado apontou um p-valor de 0,1065, sugerindo não haver diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de crianças quanto aos comportamentos observados.

Comportamentos observados nos acompanhantes

A Figura 2 apresenta as categorias comportamentais observadas nos acompanhantes de crianças pré-escolares e de crianças escolares.

As informações presentes na Figura 2 indicam que os acompanhantes de crianças pré-escolares apresentaram maior variabilidade comportamental do que os acompanhantes de crianças escolares. Algumas categorias comportamentais incluídas na classe Tranquilização, como Informar (IN) e

Negar (NE), só foram observadas entre os acompanhantes de crianças pré-escolares. Da mesma forma, a maioria das categorias da classe Conforto só ocorreu entre os acompanhantes de crianças pré-escolares, como Acariciar (AC), Abraçar (AB) e Beijar (BE). Destaca-se que todos os acompanhantes do grupo de pré-escolares interagiram com a criança ao longo do procedimento invasivo. Em relação aos acompanhantes de crianças escolares, três deles chegaram a não interagir com a criança durante o procedimento invasivo.

Comportamentos observados nos auxiliares de enfermagem

A Figura 3 apresenta a frequência das categorias comportamentais observadas no auxiliar de enfermagem e dirigidas às crianças pré-escolares e escolares.

A visualização da Figura 3 indica que Falar (FA) foi a categoria mais frequentemente observada no repertório comportamental verbal dos auxiliares de enfermagem, principalmente quando dirigida às crianças escolares. Ressalta-se, também, que no caso das crianças pré-escolares, o auxiliar de enfermagem realizou somente uma punção venosa até concluir o procedimento, enquanto em dois pacientes escolares foram realizadas até três punções venosas para que o procedimento invasivo fosse finalizado.

Análise dos comportamentos mais frequentemente observados na interação da tríade

Para a análise da relação entre os comportamentos observados na interação da tríade, selecionaram-se os comportamentos concorrentes e não-concorrentes mais frequentemente observados nas crianças pré-escolares e escolares. Em seguida, identificaram-se quais os comportamentos antecedentes e consequentes àqueles relacionados e mais frequentemente emitidos pelos acompanhantes e auxiliares de enfermagem. Por fim, identificaram-se os comportamentos que eram emitidos pelas crianças após a interação. A Tabela 5 apresenta essa relação.

Os comportamentos concorrentes mais frequentes foram Protestar (PR), observados em crianças escolares, e Choramingar (CM), em crianças pré-escolares, os quais se

Tabela 3. Categorias de comportamentos observados no acompanhante.

Classe	Categoria	Definição
Verbalização	Falar (FA)	Dirigir à criança ou ao auxiliar de enfermagem uma frase afirmativa ou interrogativa sobre temas que estejam relacionados ao procedimento invasivo ou ao tratamento da criança.
Atenção	Desviar Olhar (DO)	Imediatamente antes ou durante a inserção da agulha no corpo da criança, fechar os olhos, podendo fazer movimentos de pressão da pálpebra superior sobre a inferior; virar a cabeça para o lado oposto ao local do corpo da criança sendo puncionado; ou abaixar a cabeça, olhando em direção ao solo ou à superfície da cama.
	Explorar Ambiente (EXP)	Orientar o olhar em direção a objetos ou pessoas presentes no local em que está sendo realizado o procedimento.
	Olhar Local (OL)	Orientar o olhar em direção ao local do corpo da criança que está sendo ou acabou de ser manipulado ou puncionado.
	Olhar Material (OM)	Orientar o olhar para objetos utilizados no procedimento, tais como seringa, agulha e gaze ou para o frasco de soro.
Tranquilização	Pedir Calma (PC)	Solicitar à criança contenção ou interrupção das respostas emocionais, motoras ou visuais prejudiciais ao procedimento ou estressantes para a própria criança.
	Informar (IN)	Descrever os passos do procedimento enquanto ele acontece, como comunicar seu início ou término, momento em que a agulha é inserida e o tipo de sensação prevista.
	Negar (NE)	Afirmar para a criança que o procedimento ou sensações previstas e prováveis não acontecerão.
	Explicar (EX)	Dizer para a criança o motivo ou importância do procedimento ou da necessidade de contenção de suas respostas emocionais.
Colaboração	Segurar Criança (SC)	Manter a(s) mão(s) parada(s), sobre ou em volta de parte(s) do corpo da criança, exercendo pressão e impedindo ou interrompendo seus movimentos, como flexão de pernas e braços e toque no agente ou em objetos utilizados no procedimento.
	Segurar Material (SM)	Em resposta a um pedido do auxiliar de enfermagem, a mãe segura algum dos materiais que fazem parte do procedimento médico, como o frasco de soro.
Conforto	Acariciar (AC)	Passar levemente a palma, costas ou dedos da mão sobre parte do rosto, cabelo ou corpo da criança, em movimentos horizontais, verticais ou circulares, por pelo menos duas vezes consecutivas, podendo acompanhar sorrisos e verbalizações típicas de afeto como “meu bem” e “coisa linda”.
	Abraçar (AB)	Envolver a criança com os braços e aproximá-la do próprio corpo.
	Beijar (BE)	Tocar lábios unidos e protusos em alguma parte do corpo ou rosto da criança, com ou sem estalido.
	Tocar (TO)	Manter a(s) mão(s) parada(s) sobre ou em volta da(s) coxa(s), do(s) braço(s) ou ombro da criança, sem pressioná-los.
Distração	Mostrar Objeto (MO)	Após obter a atenção da criança, estender a mão em direção a um objeto ou pessoa, olhando naquela direção, ou estender a mão segurando um objeto dentro do campo visual da criança.
	Fala Desvinculada (FD)	Dirigir à criança uma frase afirmativa ou interrogativa sobre assuntos não relacionados ao procedimento.
Bloqueio	Obstruir Visão (OV)	Impedir que a criança olhe em direção ao local do seu corpo que está sendo manipulado ou puncionado por meio da restrição de seus movimentos de cabeça ou da criação de uma barreira física.
Repreensão	Fala Negativa (FN)	Dirigir à criança afirmações de repreensão em relação a algum comportamento de não colaboração emitido por ela ou informá-la sobre as consequências aversivas que podem advir com o seu comportamento.

Tabela 4. Categorias de comportamentos observados no auxiliar de enfermagem.

Comportamentos Verbais	
Categoria	Definição
Cumprimentar Criança (CC)	Expressar verbalmente algum tipo de cumprimento dirigido à criança.
Falar (FA)	Emitir comportamento verbal sobre qualquer temática, dirigido à criança ou ao acompanhante.
Perguntar (PE)	Emitir questão verbal, sobre qualquer temática, dirigida à criança ou ao acompanhante.
Instruir Acompanhante (IA)	Dar instrução verbal ao acompanhante sobre o procedimento a ser executado ou o comportamento da criança durante sua execução.
Instruir Criança (IC)	Dar instrução verbal à criança sobre o procedimento a ser executado.
Dar Ordem (DOR)	Emitir estímulo verbal dirigido à criança em tom imperativo de ordem.
Pedir Braço (PB)	Solicitar à criança que estenda um dos braços com o propósito de dar início ao procedimento invasivo.
Comportamentos Motores	
Categoria	Definição
Entrar na Sala (ES)	Entrar na sala onde será realizado o procedimento.
Aproximar-se (AP)	Dirigir-se à criança, posicionando-se para conduzir o procedimento de punção venosa.
Pendurar Soro (PD)	Fixar o frasco de soro sobre suporte móvel.
Cortar Pedacos de Esparadrapo (CE)	Separar pedaços de esparadrapo, fixando-os temporariamente sobre a bandeja de material ou sobre a superfície da cadeira ou cama em que a criança está sentada.
Fixar Garrote (FG)	Amarrar o garrote sobre o braço da criança.
Segurar Braço (SB)	Pegar braço da criança e exercer força para mantê-lo sobre preensão.
Olhar Braço (OB)	Inspecionar o braço da criança, geralmente com o objetivo de localizar veia(s).
Passar Algodão com Álcool (PA)	Realizar a assepsia do braço da criança para introduzir a agulha.
Expôr Agulha (EA)	Retirar capa plástica do escalpo e posicionar agulha para a punção venosa.
Puncionar Veia (PV)	Introduzir a agulha do escalpo na veia escolhida para punção.
Retirar Garrote (RG)	Emitir estímulo verbal dirigido à criança em tom imperativo de ordem.
Fixar Escalpo (FE)	Colocar esparadrapo sobre o escalpo com o objetivo de fixá-lo sobre o braço da criança.
Olhar Soro (OS)	Verificar frasco de soro e tempo de diluição do soro sobre o equipo.
Pegar Material (PM)	Segurar o frasco de soro para posteriormente entregá-lo ao acompanhante.
Sair da Sala (SS)	Retirar-se da sala onde ocorreu o procedimento invasivo na criança.

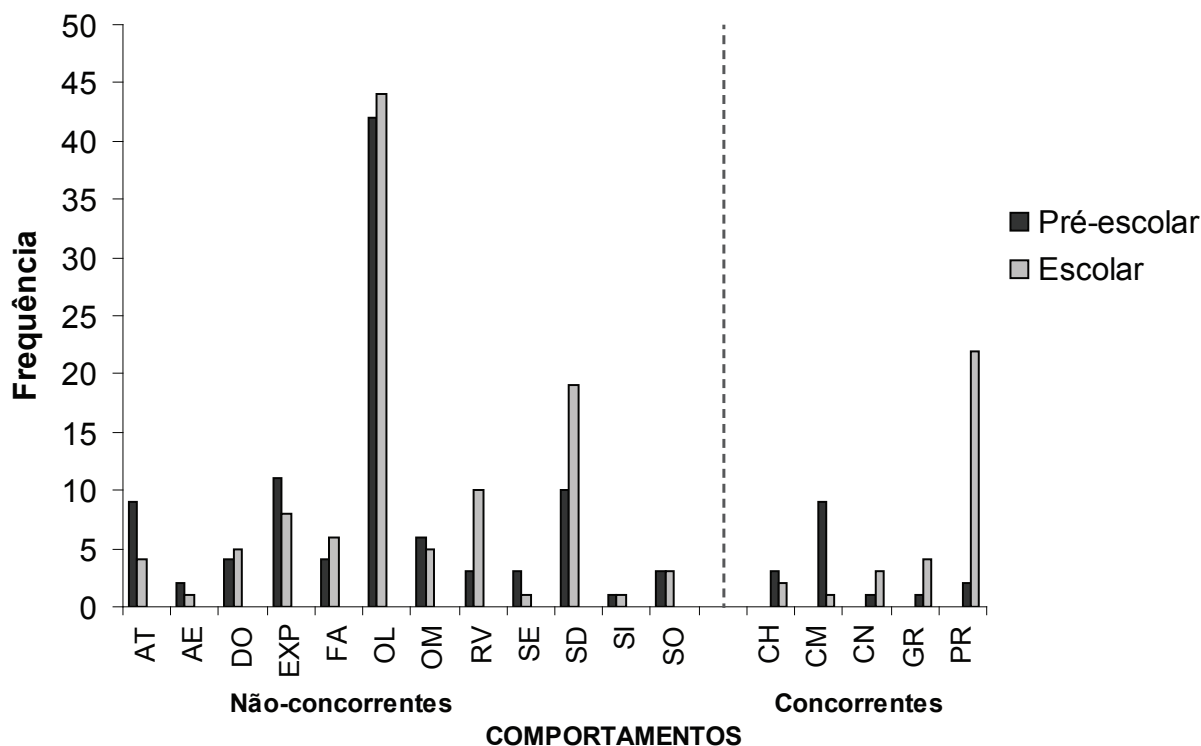


Figura 1. Comportamentos não-concorrentes e concorrentes observados em crianças pré-escolares e crianças escolares durante procedimento de punção venosa para quimioterapia em ambulatório.

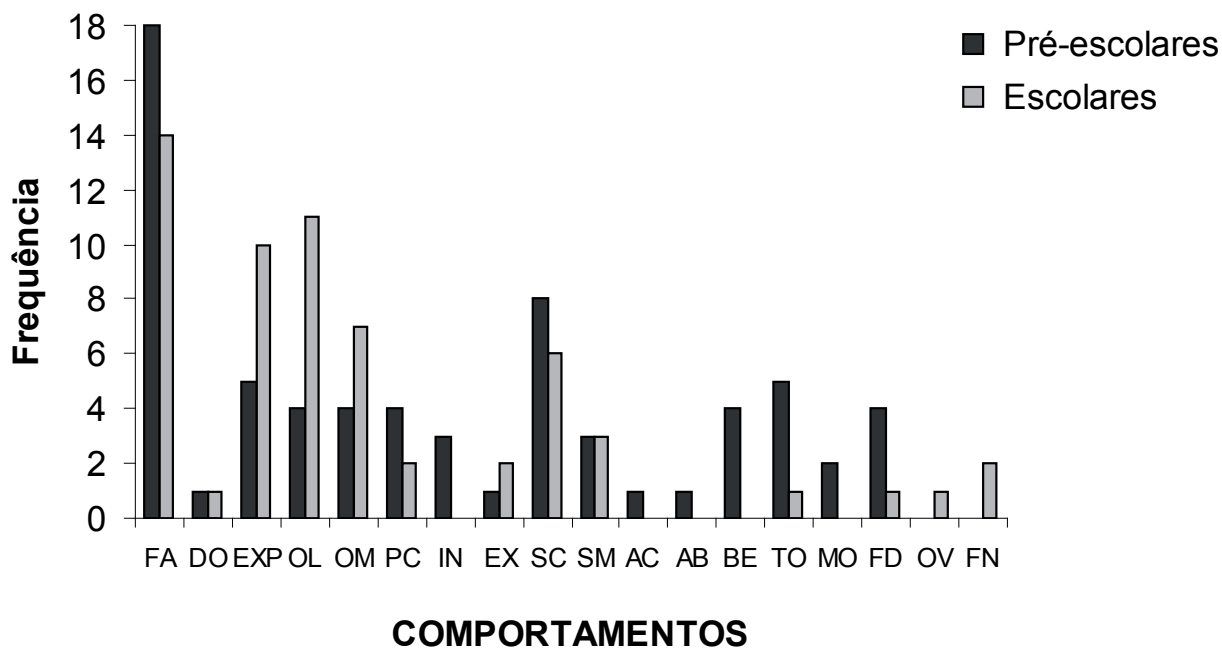


Figura 2. Comportamentos observados em acompanhantes de crianças pré-escolares e crianças escolares durante o procedimento de punção venosa para quimioterapia em ambulatório.

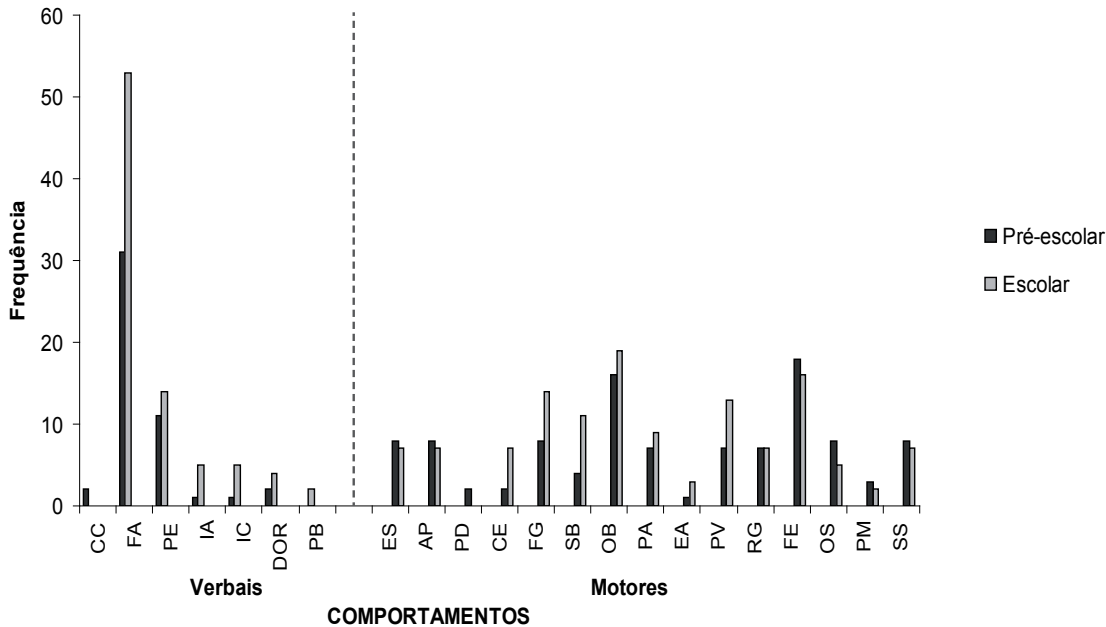


Figura 3. Comportamentos observados em auxiliares de enfermagem durante procedimento de punção venosa para quimioterapia em ambulatório realizado com crianças pré-escolares e crianças escolares.

mostraram relacionados a comportamentos antecedentes que envolviam a manipulação da criança pelo auxiliar de enfermagem ou à realização do procedimento invasivo em si, bem como a comportamentos do acompanhante de Pedir Calma (PC), Falar (FA) e Segurar Criança (SC), das classes Tranquilização, Verbalização e Colaboração.

Os comportamentos dos acompanhantes e auxiliares de enfermagem consequentes aos comportamentos Protestar (PR) e Choramigar (CM) estavam relacionados a comportamentos pertencentes às classes Tranquilização [Pedir Calma (PC), Informar (IN) e Explicar (EX)] e Colaboração [Segurar Criança (SC)] emitidos pelos acompanhantes, e a comportamentos verbais emitidos pelos auxiliares de enfermagem.

Os comportamentos não-concorrentes mais frequentemente observados nas crianças pré-escolares e escolares foram Explorar Ambiente (EXP), Olhar Local (OL) e Sinalizar Dor (SD). O comportamento Explorar Ambiente (EXP) era antecedido pelo comportamento Falar (FA) do auxiliar de enfermagem e, também, por verbalizações do acompanhante dirigidas à criança e ao auxiliar de enfermagem, sobre temas relacionados ou não ao procedimento invasivo. O comportamento Explorar Ambiente (EXP) era emitido pela criança nas fases iniciais do procedimento invasivo, antes de o auxiliar iniciar a manipulação da criança para executar a punção venosa ou, então, antes da execução do procedimento invasivo. Esse comportamento era seguido pelo comportamento de Explorar Ambiente (EXP) emitido pelo acompanhante (pertencente à classe Atenção) e pela manipulação da criança pelo auxiliar de enfermagem.

Em relação aos comportamentos Olhar Local (OL) e Sinalizar Dor (SD), referentes ao foco de atenção da criança e à expressão de sofrimento físico, respectivamente, ambos ocorriam durante o momento em que ela era manipulada pelo auxiliar de enfermagem ou quando o mesmo tentava

introduzir a agulha na veia da criança. Após a emissão do comportamento Olhar Local (OL) pela criança, o auxiliar de enfermagem dava continuidade à punção venosa, enquanto o acompanhante dirigia à criança e ao auxiliar comentários sobre assuntos relacionados ao procedimento invasivo ou ao tratamento da criança. Quanto aos comportamentos que seguiam o comportamento Sinalizar Dor (SD) pela criança, observam-se comportamentos do acompanhante de Pedir Calma (PC), Falar (FA), Segurar Criança (SC) (das classes Tranquilização, Verbalização e Colaboração, respectivamente), bem como verbalizações do auxiliar de enfermagem, como perguntas ou tentativas de tranquilizar o paciente.

Em todos os casos, observou-se que a criança, quer pré-escolar ou escolar, permaneceu predominantemente emitindo comportamentos Protestar (PR), Choramigar (CM) e Sinalizar Dor (SD), em continuidade à interação estabelecida com o acompanhante e o auxiliar de enfermagem.

Discussão

Os resultados encontrados nesta pesquisa não confirmam estudos que sugerem que crianças pré-escolares apresentam maior nível de estresse comportamental em procedimentos invasivos do que crianças escolares (Blount & cols., 2009; Dahlquist & cols., 2002), já que a análise estatística dos dados não mostrou diferença significativa nos comportamentos concorrentes e não-concorrentes observados entre as crianças dos dois grupos. Destaca-se, no presente estudo, que a frequência de comportamentos concorrentes considerados como típicos de crianças pré-escolares, como chorar, gritar e comportar-se de “modo nervoso”, não diferiu entre os dois grupos.

Dessa forma, a análise da ocorrência dos comportamentos concorrentes e não-concorrentes apresentados

Tabela 5. Relação entre comportamentos observados na interação da tríade considerando-se os comportamentos concorrentes e não-concorrentes mais frequentemente emitidos pelas crianças.

Comportamentos antecedentes	Comportamentos concorrentes	Comportamentos consequentes	Comportamentos emitidos pela criança
Auxiliar: Olhar Braço; Passar Álcool; Falar.	Choramingar	Auxiliar: Falar; Perguntar; Fixar escalpo. Acompanhante: Pedir Calma; Informar; Segurar Criança; Explicar.	Sinalizar Dor; Choramingar; Chorar.
Acompanhante: Pedir Calma; Falar; Segurar Criança.			
Auxiliar: Falar; Perguntar; Olhar Braço; Puncionar Veia.	Protestar	Auxiliar: Falar; Perguntar. Acompanhante: Explicar; Pedir Calma; Segurar Criança.	Olhar local; Protestar; Gritar; Chorar; Sinalizar Dor.
Acompanhante: Pedir Calma; Falar; Olhar Local.			
Comportamentos antecedentes	Comportamentos não-concorrentes	Comportamentos consequentes	Comportamentos emitidos pela criança
Auxiliar: Entrar na Sala; Aproximar-se; Falar.	Explorar Ambiente	Auxiliar: Falar; Olhar Braço; Segurar Braço. Acompanhante: Explorar Ambiente; Olhar Local.	Explorar Ambiente
Acompanhante: Fala Desvinculada; Falar; Explorar Ambiente .			
Auxiliar: Falar; Fixar Garrote; Olhar Braço; Puncionar Veia.	Olhar Local	Auxiliar: Falar; Olhar Braço; Segurar Braço Acompanhante: Falar	Sinalizar Dor; Protestar; Choramingar.
Acompanhante: Pedir Calma; Falar; Segurar Criança			
Auxiliar: Falar; Olhar Braço; Fixar Garrote; Puncionar Veia.	Sinalizar Dor	Auxiliar: Falar; Puncionar Veia; Retirar Garrote, Fixar Escalpo; Perguntar. Acompanhante: Pedir Calma; Falar; Segurar a Criança; Olhar Local.	Olhar Local; Sinalizar Dor; Protestar.
Acompanhante: Pedir Calma; Falar; Segurar Criança			

pelas crianças participantes da presente pesquisa parece corresponder à afirmação de Costa Jr. (2005) de que a idade da criança não é uma variável suficiente para explicar a variabilidade de desempenho comportamental observada em procedimentos invasivos, podendo ser considerada mais como um dado descritivo.

Outras variáveis contextuais das quais o comportamento de pacientes pré-escolares e escolares são função poderiam explicar as diferentes reações comportamentais apresentadas por eles durante o procedimento invasivo de punção venosa. Costa Jr. (2005) e Young (2005) sugerem: (a) variáveis

biológicas, incluindo condições orgânicas do paciente no momento em que o procedimento é realizado; (b) variáveis psicológicas, tais como variações diárias do estado emocional; (c) variáveis históricas, identificadas, principalmente, pelas experiências anteriores do paciente com procedimentos médicos invasivos e pela aprendizagem familiar e social de comportamentos de dor; (d) variáveis sociais, como interações que a criança estabelece com outras pessoas dentro e fora do contexto hospitalar; e (e) variáveis situacionais, como as configurações de estímulos presentes na sala onde é conduzido o procedimento invasivo.

Em relação aos comportamentos apresentados pelos acompanhantes, os resultados da presente pesquisa também diferem dos apresentados por outros estudos, como o de Borges (1999), cujos registros observacionais dos comportamentos dos acompanhantes de crianças entre 0 e 3 anos apontam para uma alta frequência de comportamentos pertencentes às classes Conforto, Tranquilização e Colaboração. Na presente pesquisa, os comportamentos mais observados entre os acompanhantes pertenciam às classes Verbalizações, Atenção e Colaboração. Essas diferenças talvez sejam, em parte, explicadas pela diferença de idade dos pacientes dos dois estudos, pelas características do próprio contexto onde eram realizados os procedimentos e pela natureza dos procedimentos médicos invasivos aos quais os participantes das duas pesquisas foram submetidos.

Destaca-se, na presente pesquisa, a maior variabilidade comportamental observada entre os acompanhantes de crianças pré-escolares quando comparados aos acompanhantes do grupo de escolares. Entretanto, a maior frequência de comportamentos das classes Tranquilização e Conforto, observada entre os primeiros, não deve ser somente atribuída à variável idade da criança, pois possivelmente existem variáveis individuais e contextuais que podem explicar essa diferença, mas que não foram identificadas por este estudo.

Um dado relevante do presente estudo e confirmado na literatura (Costa Jr, 2001; Frank & cols., 1995) diz respeito ao elevado número de verbalizações que os auxiliares de enfermagem dirigiram à criança durante o procedimento invasivo. Autores como Blount e cols. (1990) destacam que as verbalizações que o auxiliar de enfermagem dirige ao paciente podem ajudá-lo a desviar a atenção da situação aversiva, ou, então, a instalar comportamentos de enfrentamento ativo durante a execução do procedimento invasivo. É possível que as interações sociais que o auxiliar de enfermagem estabeleceu com as crianças participantes do presente estudo sejam um dos fatores que contribuíram para a não ocorrência de comportamentos concorrentes tipicamente observados em crianças durante procedimentos invasivos, como agredir fisicamente, fugir e movimentar-se até a imobilização, conforme sugerido por Frank e cols. (1995).

Considerando a influência exercida pelos auxiliares de enfermagem no comportamento de crianças expostas a procedimentos médicos invasivos, ressalta-se a importância de que serviços de oncologia pediátrica desenvolvam programas de intervenção com esses profissionais, treinando-os em técnicas psicológicas de manejo da dor e da ansiedade.

Um elemento indispensável no planejamento de intervenções mais sistemáticas, cujo objetivo é preparar pacientes pediátricos para procedimentos médicos invasivos no tratamento do câncer, consiste na análise do comportamento dos pacientes em função dos eventos ambientais presentes no contexto de procedimento invasivo (Costa Jr., 2001). No presente estudo, por exemplo, a análise dos comportamentos emitidos durante interação da tríade permitiu identificar quais comportamentos apresentados pelos acompanhantes e auxiliares de enfermagem estavam relacionados à ocorrência e à manutenção dos comportamentos concorrentes e não-concorrentes mais frequentes no repertório comportamental dos pacientes pediátricos, confirmando sugestões de Cline e cols. (2006) e de Mahoney e cols. (2010).

Considerando-se que os resultados do presente estudo apontam para uma influência mútua entre paciente, acompanhante e auxiliar de enfermagem durante o procedimento invasivo de punção venosa para a administração de quimioterapia em ambulatório, sugere-se a realização de pesquisas futuras que focalizem os seguintes aspectos: (a) efeitos do treinamento do acompanhante e do auxiliar de enfermagem em técnicas comportamentais de manejo da dor e da ansiedade sobre o repertório apresentado pelo paciente pediátrico durante o procedimento invasivo de punção venosa para a administração de quimioterapia; e (b) refinamento das categorias de análise de comportamentos da criança, do acompanhante e do auxiliar de enfermagem utilizadas no presente estudo.

Referências

- Blount, R. L., Sturges, J. W., & Powers, S. W. (1990). Analysis of child and adult behavioral variations by phase of medical procedures. *Behavior Therapy, 21*, 33-48.
- Blount, R. L., Zempsky, W. T., Jaaniste, T., Evans, S., Cohen, L. L., Devine, K. A., & Zeltzer, L. K. (2009). Management of pediatric pain and distress due to medical procedures. Em M. C. Roberts & R. G. Steele (Orgs.), *Handbook of pediatric psychology* (4th ed.) (pp. 171-188). New York: Guilford.
- Borges, L. M. (1999). *Treinamento de respostas de enfrentamento e colaboração em mães de crianças submetidas a procedimentos médicos invasivos*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia, 18*, 61-72.
- Cline, R. J. W., Harper, F. W. K., Penner, L. A., Peterson, A. M., Taub, J. W., & Albrecht, T. L. (2006). Parent communication and child pain and distress during painful pediatric cancer treatments. *Social Science & Medicine, 63*, 883-898.
- Cohen, L. L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics, 122*, 134S-S139S.
- Costa Jr., A. L. (2001). *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Costa Jr., A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. Em M. A. Dessen & A. L. Costa Jr. (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp.171-189). Porto Alegre: Artmed.
- Dahlquist, L. M., Pendley, J. S., Landthrip, D. S., Jones, C. L., & Steuber, P. (2002). Distraction intervention for preschoolers undergoing intramuscular injections and subcutaneous port access. *Health Psychology, 21*, 94-99.
- Frank, N. C., Blount, R. L., Smith, A. J., Manimala, M. R., & Martin, J. K. (1995). Parent and staff behavior, previous child medical experience, and maternal anxiety as they relate to child procedural distress and coping. *Journal of Pediatric Psychology, 20*, 277-289.

Jay, S. M., Ozolins, M., Elliott, C. H., & Cadwell, S. (1983). Assessment of children's distress during painful medical procedures. *Health Psychology, 2*, 133-147.

Kennedy, R. M., Luhmann, J., & Zempsky, W. T. (2008). Clinical implications of unmanaged needle-insertion pain and distress in children. *Pediatrics, 122*, 130S-133S.

Mahoney, L., Ayres, S., & Seddon, P. (2010). The association between parent's and healthcare professional's behavior and children's coping and distress during venepuncture. *Journal of Pediatric Psychology, 35*, 1-11.

Pederson, C. (1996). Promoting parental use of nonpharmacologic techniques with children during lumbar punctures. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 13*, 21-30.

World Health Organization – WHO (1993). *Behavioral science-preparation for invasive procedures* (pp. 1-23). Geneva: WHO.

Young, K. D. (2005). Pediatric procedural pain. *Annals of Emergency Medicine, 45*, 160-171.

Recebido em 28.11.08

Primeira decisão editorial em 05.07.10

Versão final em 20.09.10

Aceito em 20.09.10 ■