

## MANEJO DA DOR EM PUNÇÃO VENOSA PEDIÁTRICA: UM PACOTE DE MEDIDAS

**Resumo:** Apresentar o processo de elaboração de um pacote de medidas para manejo da dor de crianças submetidas à punção venosa pela equipe de enfermagem. Pesquisa Convergente Assistencial, do tipo antes e após intervenção, realizada com a equipe de enfermagem de uma unidade pediátrica do sul do Brasil. Elaboração de pacote de medidas com seis estratégias selecionadas pela equipe de enfermagem a serem utilizadas antes e durante a punção venosa: preparo da criança e/ou acompanhante, posicionamento da criança, distração, amamentação, solução adocicada associada ou não à sucção não nutritiva e anestésico tópico. Os participantes manifestaram satisfação quanto ao modo de elaboração do mesmo, destacando a contribuição deste para seu crescimento profissional. O pacote de medidas otimizou a adoção das estratégias para manejo da dor. A Pesquisa Convergente Assistencial alicerçada na prática baseada em evidências mostrou-se adequada, visto que propiciou a aplicação de achados científicos no cenário assistencial considerando suas particularidades.

**Descritores:** Manejo da Dor, Criança, Cateterismo Periférico, Enfermagem Baseada em Evidências.

Management of pediatric venipuncture pain: a package of measures

**Abstract:** To present the process of elaboration of a patient care package for pain management in children undergoing venipuncture by the nursing staff. Convergent Care Research, before and after intervention, conducted with the nursing staff of a southern pediatric unit in Brazil. Patient care package with six strategies, selected by the nursing staff, to be used before and during venipuncture: preparation of the child and/or companion, child positioning, distraction, breastfeeding, sweet-tasting solution with or without non-nutritive suction and topical anesthetic usage. The package of measures optimized the adoption of pain management strategies, highlighting its contribution to their professional growth. The patient care bundle optimized the adoption of strategies for pain management. The Convergent Care Research grounded in evidence-based practice showed appropriate, since it allowed the application of scientific findings in the care setting, considering its peculiarities.

**Descriptors:** Pain Management, Child, Catheterization, Peripheral, Evidence-Based Nursing.

Manejo del dolor de la venopunción pediátrica: un paquete de medidas

**Resumen:** Presentar el proceso de elaboración de un paquete de medidas para manejo del dolor de niños sometidos a la venopunción por el equipo de enfermería. Investigación Convergente Asistencial, del tipo antes y después de la intervención, realizada con el equipo de enfermería de una unidad pediátrica en el sur de Brasil. Paquete de medidas con seis estrategias seleccionadas por el equipo de enfermería que deben ser utilizadas antes y durante la venopunción: preparación del niño y/o acompañante, posicionamiento del niño, distracción, amamantamiento, solución dulce asociada o no a succión no nutritiva y anestésica tópica. Los participantes manifestaron satisfacción en cuanto al modo de elaboración del mismo, destacando la contribución de este para su crecimiento profesional. El paquete de medidas optimizó la adopción de estrategias para manejo del dolor. La Investigación Convergente Asistencial cimentada en la práctica basada en evidencias se mostró adecuada, visto que propició la aplicación de hallazgos científicos en el escenario asistencial considerando sus particularidades.

**Descriptores:** Manejo del Dolor, Niño, Cateterismo Periférico, Enfermería Basada en la Evidencia.

### Larissa Grispan e Silva Guimarães

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. Servidora pública do estado do Paraná na Secretaria de Saúde (SESA) atuando no Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. E-mail: [lgrispan@hotmail.com](mailto:lgrispan@hotmail.com)

### Natália Shinkai Binotto

Enfermeira. Doutoranda pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. E-mail: [natalia\\_binotto@hotmail.com](mailto:natalia_binotto@hotmail.com)

### Stela Faccioli Ederli

Enfermeira. Doutoranda pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. Docente na Universidade do Oeste Paulista. E-mail: [stelaaccioli@hotmail.com](mailto:stelaaccioli@hotmail.com)

### Mauren Teresa Grubisch Mendes

#### Tacla

Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: [maurentacla@gmail.com](mailto:maurentacla@gmail.com)

Submissão: 25/07/2020  
Aprovação: 01/12/2020

### Como citar este artigo:

Guimarães LGS, Binotto NS, Ederli SF, Tacla MTGM. Manejo da dor em punção venosa pediátrica: um pacote de medidas. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(33):157-168.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.157-168>



## Introdução

A dor é um sintoma comum durante a hospitalização infantil devido à realização de inúmeros procedimentos invasivos. Embora não seja possível eliminar completamente as experiências de dor vivenciadas pelo recém-nascido e criança no período de internação, o manejo adequado desse sintoma é essencial, sobretudo pela equipe de enfermagem<sup>1,2</sup>.

Procedimentos potencialmente dolorosos como a punção venosa (PV) são frequentes em unidades pediátricas e necessários para o tratamento das crianças hospitalizadas<sup>3</sup>. Porém, muitas vezes o paciente pediátrico tem sua dor subestimada e subtratada, o que pode gerar implicações fisiológicas, elevados níveis de sofrimento e estresse no recém-nascido e criança, em sua família e na equipe de saúde<sup>4,5</sup>. Os sentimentos provenientes de tais experiências podem acarretar danos ao sistema nervoso, prejuízos ao processo de desenvolvimento e crescimento da criança, em diversas dimensões, cerebral, cognitiva, motora e emotiva, além de trazer consequências futuras, entre as quais a tendência a evitar cuidados médicos<sup>5,6</sup>.

Tendo em vista os efeitos deletérios da dor não tratada, observa-se uma crescente preocupação com esta temática, considerada um grande desafio para a equipe de saúde<sup>6</sup>. Nesse sentido, estudos têm sido desenvolvidos com os objetivos de contribuir para a desmistificação de crenças e fornecer recomendações de estratégias a serem utilizadas na criança com dor e sua repercussão na prática clínica<sup>1-3,5,6</sup>.

Considerando os profissionais de enfermagem os principais executores da PV e sua possível contribuição para o alívio da dor durante esse procedimento, pressupõe-se que a reconheçam como algo doloroso.

No entanto, estudos demonstram que na realidade assistencial muito pouco é feito para que se previna ou alivie a dor da criança nesse momento<sup>4,6</sup>. Diante disso, a equipe deve refletir sobre a sua prática, buscar constantemente atualizar-se sobre as evidências científicas e estar atenta à aplicação de intervenções para o manejo adequado da dor relacionada à PV, tornando-a mais amena para a criança e sua família<sup>7</sup>.

A analgesia ideal para procedimentos potencialmente dolorosos de curta duração deve ser livre de riscos, eficaz, com início de ação e efeito rápidos e provocar mínima ou nenhuma reação adversa, ou seja, as estratégias utilizadas devem facilitar a realização do procedimento com a menor dor possível e a máxima segurança<sup>8</sup>.

Atualmente, uma das formas utilizadas para aumentar a eficácia do cuidado prestado, são os denominados pacotes de medidas, definidos como um conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas que, quando aplicadas de forma associada, geram melhores resultados<sup>9</sup>. Este instrumento pode ser uma alternativa viável para otimizar o tratamento da dor infantil, pois tendo em vista o caráter multifatorial da experiência dolorosa, a combinação de abordagens amplia as possibilidades terapêuticas e propicia seu rápido alívio<sup>9</sup>.

A literatura nacional e internacional apresenta diversas evidências científicas no que se refere ao alívio da dor<sup>1-3,10-14</sup>, porém, a utilização nas mesmas na prática ainda é incipiente. Sendo assim, é fundamental que se desenvolvam estratégias para otimizar a aplicação dos resultados das pesquisas no cenário assistencial.

Nessa pesquisa foi considerada a hipótese de que trabalhar o manejo da dor relacionada à PV por meio

da implantação de um pacote de medidas poderia contribuir para sensibilizar, padronizar e aprimorar a atuação da equipe de enfermagem, substituindo o empirismo empregado, com frequência, durante esse procedimento reduzindo assim a dor sentida pelo paciente. É importante ressaltar que o envolvimento dos profissionais é fundamental para o sucesso das ações. Sendo assim, presume-se que a construção coletiva de um pacote de medidas para o manejo da dor relacionada à PV favoreça a adesão às intervenções selecionadas, tão importante para que as mudanças sejam incorporadas à prática.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi descrever o processo de elaboração de um pacote de medidas com enfoque na assistência de enfermagem para o manejo da dor de crianças submetidas à PV.

## Material e Método

Pesquisa Convergente Assistencial, do tipo antes e após intervenção, realizada em uma unidade pediátrica de um hospital universitário de caráter público e nível terciário do sul do Brasil. Este artigo, extraído da dissertação de mestrado intitulada “Punção venosa periférica em pediatria: protocolo para manejo da dor e percepções da equipe de enfermagem e das crianças”.

Tal convergência é responsável por reger quatro pressupostos importantes na PCA: dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade. O diálogo proporciona o conhecimento por meio do compartilhamento de ideias e significados entre os membros do grupo no campo da prática. Outros construtos importantes na PCA defendem a expansibilidade do propósito inicial do pesquisador durante o processo assistencial-investigativo e a simultaneidade na junção das ações do pesquisador

inserido na assistência, pois ao praticar esta, desenvolve-se a investigação durante todo o processo<sup>15</sup>.

O projeto de PCA deve ser norteado por quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. A fase de concepção corresponde ao processo de definição do problema emergente da prática assistencial a ser investigado; a fase de instrumentação caracteriza-se pelo detalhamento das seleções do local, participantes e coleta de dados; a fase de perscrutação abrange as estratégias de investigação minuciosa nas mudanças e inovações na assistência; e a fase de análise consiste na apreensão, síntese, teorização e transferência dos conteúdos coletados<sup>15</sup>.

A população de estudo foi a equipe de enfermagem. Considerou-se critério de inclusão ser profissional de enfermagem atuante na unidade pediátrica estudada e critério de exclusão estar em férias ou licença durante a realização da pesquisa. Não houve preferência por gênero, idade, nem tempo de experiência na unidade, visto que o foco era avaliar sua assistência atual.

A coleta de dados ocorreu em três etapas:

1. Elaboração do diagnóstico situacional da unidade: foram realizadas observações estruturadas com o objetivo de verificar as práticas adotadas pela equipe de enfermagem em relação ao manejo da dor da criança submetida à PV e avaliar sua dor durante o procedimento utilizando escalas apropriadas à idade. As observações seguiram um roteiro e foram coletadas pela autora principal e por uma residente capacitada pela mesma.

Todas as PV executadas entre janeiro e fevereiro de 2015 eram alvo de observação, porém, devido a

questões de logística não foi possível acompanhar todos os procedimentos efetuados neste período. Foram realizadas 26 observações distribuídas entre os turnos (manhã, tarde, noite A e noite B). Destas, três foram excluídas: duas por terem sido realizadas por profissionais que não eram da enfermagem e uma devido à criança estar sob o efeito de medicação sedativa, o que poderia prejudicar a avaliação da dor.

2. Reuniões com a equipe de enfermagem: após o término do período de observação a pesquisadora se reuniu com os membros da equipe de enfermagem, em cada turno de trabalho (manhã, tarde, noite A e noite B) abrangendo 22 dos 29 profissionais que compõem a escala da unidade (76% do total). Somente não participaram os colaboradores que estavam em férias ou licença no período da realização do estudo. Durante essa reunião foi exibido um pequeno vídeo sobre o uso de estratégias para alívio da dor durante a PV para sensibilização do grupo, realizada uma breve explanação sobre os objetivos da pesquisa e, em seguida, apresentado o diagnóstico situacional da unidade realizado na primeira etapa. Nessa ocasião, os profissionais foram convidados a participar, voluntariamente, da elaboração do pacote de medidas.

3. Elaboração do pacote de medidas: seis membros da equipe de enfermagem se dispuseram a participar desse processo, sendo dois enfermeiros, um técnico e três auxiliares de enfermagem.

Foram realizados cinco encontros coordenados pela pesquisadora e previamente agendados com o grupo, com média de duas horas de duração cada, sempre no período da tarde, na Sala de Reuniões da unidade. Os participantes receberam como incentivo um certificado com 10 horas de duração, sendo estas

contabilizadas como horas trabalhadas para os profissionais que compareciam fora do seu turno de trabalho.

No primeiro encontro, o grupo discutiu sobre a relevância do tema e os benefícios do manejo da dor relacionada à PV tanto para a criança e sua família quanto para o processo de trabalho da equipe de enfermagem. Esse momento proporcionou aos profissionais a reflexão sobre as práticas adotadas na unidade e o reconhecimento de fragilidades, por exemplo, a falta de padronização das estratégias já utilizadas.

No segundo encontro, mantendo sempre um espaço aberto para a troca de conhecimento, foram abordadas as principais evidências científicas relacionadas ao tema, selecionadas a partir de criteriosa revisão de literatura realizada pela pesquisadora: amamentação, soluções adocicadas, sucção não nutritiva, modificação do ambiente, presença dos pais, posicionamento da criança, fornecimento de informações e preparo da criança, distração, técnicas de respiração, hipnose, musicoterapia, massagem e anestésico tópico<sup>3,11-14</sup>. A equipe optou por elencar apenas medidas que não necessitassem de prescrição médica, o que poderia favorecer a autonomia da enfermagem.

No terceiro e quartos encontros, a equipe discutiu as estratégias apresentadas a fim de verificar quais seriam viáveis para a realidade da unidade, considerando as limitações que o serviço possui e as dificuldades relacionadas à mudança de práticas. Essa fase permitiu aos participantes expressarem suas ideias e experiências, enriquecendo ainda mais o processo.

No quinto e último encontros, o grupo escolheu, em consenso, seis estratégias e concluiu o pacote de medidas, o qual foi subsidiado por critérios que envolvem o contexto, o nível de evidência e a experiência dos profissionais.

Ao final deste encontro, foi entregue aos participantes um questionário individual semiestruturado, destinado à avaliação do processo, com perguntas abertas contendo informações sobre a sua formação profissional, o uso de estratégias para o manejo da dor antes da participação nas discussões, a opinião sobre a utilização de tais medidas na unidade, a motivação para participar do grupo para elaboração do pacote de medidas, a opinião sobre o modo com que o pacote de medidas foi elaborado e a contribuição desse processo para o crescimento profissional.

Ao encerrar a elaboração do pacote de medidas foi desenvolvido um plano de ação com diversas atividades com foco em sua implantação. Ocorreram novas reuniões com a equipe de enfermagem, distribuição de cartazes e bilhetes sobre o tema, além da confecção de um *banner* com os itens que compõem o pacote de medidas para exposição na unidade. Outra importante iniciativa, que contou com a ajuda de voluntários, foi a revitalização do local onde são realizadas as PV: pintura de uma das paredes com temas relativos à natureza - flores e pássaros, troca das cortinas e instalação de televisor e aparelho de DVD para que as crianças pudessem assistir a filmes durante o procedimento. O intuito era proporcionar um contexto adequado a fim de incentivar a equipe, ciente das evidências científicas, à incorporação do conhecimento à prática assistencial.

Para análise dos dados foram contempladas as seguintes etapas<sup>15</sup>: (1) Processo de apreensão: coleta e organização dos dados provenientes das observações, das reuniões realizadas e do questionário aplicado. (2) Processo de síntese: estudo dos elementos resultantes das observações, dos encontros e depoimentos dos participantes e dos questionários. Os dados das observações foram analisados buscando associações entre os períodos pré e pós-implantação do pacote de medidas. (3) Processo de teorização: nesta fase ocorreu a elaboração do pacote de medidas, articulando as informações obtidas com o marco conceitual adotado. (4) Transferência dos resultados: consiste na possibilidade de socialização dos resultados para outros contextos buscando aperfeiçoar a qualidade da assistência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição sob o Parecer nº 865.729, CAAE 37668114.2.0000.5231e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados

A primeira etapa da coleta de dados subsidiou a elaboração do diagnóstico situacional da unidade. Verificou-se que, em todas as PV realizadas, o acompanhante permaneceu junto à criança. Grande parte (91%) dos pacientes já havia sido submetida à PV previamente. Os principais locais puncionados foram: membros superiores, membros inferiores e região cefálica, respectivamente. Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram os profissionais que mais a executaram. A maioria das PV (74%) foi realizada em uma sala de procedimentos existente na unidade.

Aproximadamente 60% dos profissionais fizeram uso de medidas para manejo da dor, sendo o preparo da criança e sua família e a solução adocicada associada ou não à sucção não nutritiva as estratégias mais observadas.

Todos os participantes da elaboração do pacote de medidas eram do sexo feminino e com idades variando entre 37 e 54 anos. Quanto à formação profissional, variou de ensino superior incompleto a mestrado em Enfermagem, e o tempo de trabalho na área pediátrica variou entre quatro meses e 21 anos.

A equipe selecionou seis estratégias para compor o pacote de medidas adotado para as crianças submetidas à PV com o intuito de prevenir, controlar e aliviar a dor durante a realização do procedimento. A família da criança, ou seu acompanhante, também

devem ser orientados e inseridos nesse processo. As medidas apresentadas devem ser aplicadas considerando-se o desenvolvimento cognitivo da criança e de seu cuidador.

Como complemento do pacote de medidas a equipe optou por acrescentar uma recomendação relacionada ao limite máximo de tentativas de punção nos casos de acesso venoso periférico de difícil obtenção. Esta, apesar de não ser baseada em evidências científicas, também visa minimizar experiências dolorosas desnecessárias e amenizar o sofrimento da criança e de sua família. O pacote de medidas é apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1. Pacote de medidas elaborado pela equipe de enfermagem para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa - Londrina-PR. 2015.**

Estratégia	Nível de evidência
<p><b>Preparo da criança e/ou do acompanhante</b>                      * <u>População alvo:</u> todas as crianças submetidas à PV.                      * <u>Finalidade:</u> aliviar a ansiedade e o medo do desconhecido.                      * <u>Como fazer?</u> utilizar informações claras e verdadeiras, adequando-as à idade e ao nível cognitivo da criança e seu acompanhante. Nunca mentir dizendo que o procedimento não será doloroso, nem exigir que a criança reprima seus sentimentos ou reações, como o choro. É importante orientar o acompanhante para que também adote esta postura e não utilize a PV como um castigo. Orientar sobre a sua importância e permitir que permaneça com a criança<sup>17</sup>.</p>	II
<p><b>Posicionamento da criança</b>                      * <u>População alvo:</u> todas as crianças submetidas à PV.                      * <u>Finalidade:</u> reduzir a ansiedade, promover o bem-estar, viabilizar e aumentar a eficácia do procedimento.                      * <u>Como fazer?</u> permitir que a criança e seu acompanhante escolham a posição mais confortável, sem que isso prejudique o procedimento. Pode-se sugerir que o acompanhante segure- a no colo, sem força excessiva. Bebês de até um mês podem ser envolvidos em panos para limitar a movimentação excessiva de seus membros. Esta técnica não é indicada para crianças maiores, pois podem interpretar a contenção como uma forma de punição. Nesta faixa etária elas podem ficar sentadas ou deitadas em decúbito ventral ou lateral<sup>10</sup>.</p>	II
<p><b>Distração</b>                      * <u>População alvo:</u> todas as crianças submetidas à PV.                      * <u>Finalidade:</u> desviar o foco de atenção do procedimento.                      * <u>Como fazer?</u> as estratégias devem ser escolhidas de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento da criança. Pode-se utilizar brinquedos ou equipamentos eletrônicos (<i>tablets, laptops, smartphones, videogames</i>), contar histórias, cantar uma música, permitir que a criança assista a um filme, orientar técnicas de respiração<sup>10,11,17</sup>.</p>	II

<p><b>Amamentação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>População alvo:</b> recém-nascidos e lactentes em amamentação.</li> <li>* <b>Finalidade:</b> esta intervenção possui diversos aspectos (nutricionais, fisiológicos e psicológicos) que podem atenuar a resposta à dor.</li> <li>* <b>Como fazer?</b> a amamentação deve ser iniciada cinco minutos antes e mantida por pelo menos cinco minutos após o término da PV, em uma posição que seja confortável tanto para a mãe quanto para o bebê sem prejudicar o procedimento<sup>11,18</sup>.</li> </ul>	I
<p><b>Solução adocicada (associada ou não à sucção não nutritiva)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>População alvo:</b> bebês com idade de até um ano.</li> <li>* <b>Finalidade:</b> aliviar a dor por meio da ativação de sistemas endógenos de inibição da dor.</li> <li>* <b>Como fazer?</b> administrar <b>1 ml de Glicose Hipertônica (GH) 50% + 1 ml de água destilada ou 2 ml de GH 25%, 1 ou 2 minutos antes da PV.</b> O efeito analgésico pode durar até <b>10 minutos.</b> Utilizar no máximo duas vezes. A sucção não nutritiva pode ser realizada com o uso de chupeta (caso a criança já faça uso) ou com uma seringa<sup>10,13,17</sup>.</li> </ul>	II
<p><b>Anestésico tópico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>População alvo:</b> crianças em que não há necessidade de obtenção urgente de acesso venoso, exceto recém-nascidos.</li> <li>* <b>Finalidade:</b> anestesia superficial da pele.</li> <li>* <b>Como fazer?</b> aplicar o creme no local escolhido para a punção, ocluir com a bandagem contida na embalagem ou filme plástico e aguardar uma hora para iniciar a PV<sup>14, 16, 18</sup>.</li> </ul>	I

Fonte: Próprio autor.

Em casos de dificuldade na obtenção de acesso venoso periférico recomenda-se que o mesmo profissional realize, no máximo, três tentativas consecutivas de punção. Após a realização de mais duas punções sem sucesso por outro profissional, totalizando cinco, sugere-se que a equipe discuta a possibilidade/necessidade de outro tipo de acesso venoso.

Ao responderem o questionário após a elaboração do pacote de medidas, todos os participantes relataram que antes de participar dos encontros já utilizavam estratégias para prevenir, controlar e/ou aliviar a dor da criança submetida à PV e reforçaram a importância desses para amenizar a dor e o sofrimento da criança. O preparo da criança e da família e o uso de soluções adocicadas foram as ações mais citadas.

O uso de medidas que não necessitam de prescrição médica foi destacado, considerando a resistência encontrada pela equipe, por parte de outras categorias profissionais, em adotar métodos

para alívio da dor durante procedimentos potencialmente dolorosos.

Quando questionados sobre a motivação para participar do grupo para elaborar o pacote de medidas, o aprimoramento dos conhecimentos foi a principal resposta. Todos os profissionais manifestaram satisfação em relação à forma com que o pacote de medidas foi elaborado, por meio de um trabalho coletivo entre pesquisador e equipe assistencial. Os participantes também expressaram contentamento em relação à contribuição desse processo para o seu crescimento profissional, destacando a troca de conhecimentos, o embasamento científico da prática e a melhoria da assistência como principais pontos.

Por fim, os participantes sugeriram a realização de reuniões para sensibilização e capacitação de toda a equipe de enfermagem para que as medidas selecionadas fossem incorporadas à prática assistencial da unidade.

## Discussão

A dor é uma sensação temida por pessoas de todas as faixas etárias, principalmente pelas crianças<sup>19</sup>. Quando não tratada adequadamente, a dor sentida desde os primeiros dias de vida pode acarretar problemas futuros no desenvolvimento físico e psicológico da criança, causando alterações permanentes no sistema nervoso e podendo afetar as futuras experiências nociceptivas<sup>7,16</sup>.

Atualmente encarada como um problema de saúde, o alívio e tratamento da dor são reconhecidos como direitos da criança hospitalizada<sup>20</sup>. Neste contexto, a avaliação da dor nessa população deve ser realizada de forma criteriosa, considerando-a como o 5º sinal vital e valorizando sua presença tanto quanto as alterações de frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e temperatura<sup>7</sup>.

Apesar da numerosa produção de evidências científicas para o manejo da dor, muitas crianças continuam recebendo tratamento inadequado deste sintoma, principalmente no que se refere à dor relacionada aos procedimentos invasivos.

A lacuna existente entre o conhecimento científico produzido sobre o manejo da dor e sua aplicação na prática assistencial é um desafio a ser enfrentado. Conhecimentos insuficientes, crenças pessoais acerca da eficácia das estratégias não farmacológicas e falta de suporte institucional são alguns fatores que dificultam o uso de medidas de alívio da dor por parte da equipe de enfermagem<sup>6</sup>.

O distanciamento entre a criação dos conhecimentos e a sua utilização faz com que inúmeros pacientes deixem de ser beneficiados. Um dos estudos que ilustra essa realidade estima que cerca de 20 a 30% dos pacientes recebem cuidados

dispensáveis ou potencialmente prejudiciais, ficando expostos a danos e podendo aumentar os custos do sistema de saúde<sup>21</sup>.

O cuidado atraumático é definido como o uso de intervenções apropriadas para diminuir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e sua família no sistema de cuidado à saúde, tais como: estimular a relação entre pais e filhos, controlar a dor, promover a privacidade da criança, respeitar a individualidade e diferenças culturais, prepará-la para os procedimentos e propiciar brincadeiras para que possa expressar seus sentimentos<sup>22</sup>.

Frente a esta problemática, a equipe de enfermagem tem lugar de destaque no manejo da dor, pois cabe a esses profissionais a tomada de decisão sobre a implementação de medidas de alívio, respeitando as características e vulnerabilidades inerentes a essa clientela, de modo a promover o conforto e preservar a criança de vivenciar experiências dolorosas desnecessárias durante a sua hospitalização<sup>23</sup>.

Ao considerar a dor como um fenômeno complexo que pode ser compreendido sob diferentes perspectivas, apesar de descritas separadamente e em uma sequência linear, por se tratar de um pacote de medidas, recomenda-se que as estratégias sejam realizadas de forma associada pelos profissionais<sup>9</sup>, empregando todos os recursos disponíveis de acordo com as características de cada criança.

Para a categorização das evidências de acordo com o grau de recomendação, utilizou-se uma classificação com cinco níveis que determinam sua qualidade<sup>24</sup>. É importante ressaltar que neste estudo, optou-se por elencar medidas com alto nível de evidência e que não necessitam da prescrição de outra



categoria profissional, o que possibilita à equipe de enfermagem maior empoderamento na tomada de decisão frente à experiência dolorosa da criança. Entende-se que a abordagem não farmacológica não substitui o tratamento com medicação analgésica. Porém, ao considerar a dor um fenômeno multifatorial e com influências biopsicossociais, a associação dessas modalidades de tratamento pode ser de grande relevância para o seu controle<sup>8</sup>.

A relevância desta pesquisa está no desenvolvimento de um trabalho coletivo, que culminou com a implantação de um pacote de medidas para manejo da dor durante a PV visando melhorar a prática assistencial a partir da aplicação de evidências obtidas em pesquisas anteriormente realizadas.

Nesse sentido, a PCA tem o compromisso de contribuir com o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso às informações procedentes desse ambiente<sup>15</sup>. O campo da prática assistencial é compreendido como um espaço rico em fenômenos a serem desvelados, caracterizado não apenas pelo fazer, mas também pelo pensar<sup>15</sup>.

Esse método enfatiza a participação ativa da equipe e compartilha com os profissionais a responsabilidade em implementar as estratégias no cenário assistencial. O profissional de saúde é considerado um potencial pesquisador das questões com as quais trabalha em seu cotidiano, o que lhe possibilita uma atitude crítico-reflexiva frente ao trabalho desenvolvido<sup>12</sup>. De tal modo, para que as inovações advindas das investigações científicas sejam concretizadas, é essencial que também os profissionais estejam comprometidos e incluam a

pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber-pensar ao saber-fazer, transpondo os achados da pesquisa para a prática de enfermagem<sup>15</sup>.

Mudar o comportamento dos profissionais de saúde é um processo complexo e desafiador. As soluções para reduzir a dor e o sofrimento experimentado pelos pacientes pediátricos durante o período de internação devem envolver um diálogo social entre a equipe assistencial e pesquisadores, buscando introduzir na prática estratégias aplicáveis ao contexto local que são consistentes com a cultura organizacional da unidade e a própria estrutura do modelo de prestação de cuidados<sup>25</sup>.

O envolvimento dos consumidores finais das evidências no processo de elaboração deste pacote de medidas mostrou-se um fator de facilitação para promover mudanças significativas na prática, corroborando com um estudo que trata dos fatores para a utilização do *Knowledge Translation*, estratégia que também propõe o intercâmbio entre a pesquisa e a prática<sup>26</sup>.

A pesquisadora atuou em parceria com os profissionais envolvidos com a elaboração do pacote de medidas para estimular a participação dos demais membros e encorajá-los a promover a melhoria das práticas. É importante destacar a representatividade dos profissionais envolvidos em relação à equipe, considerando-se que a maior parte destes possuía amplo conhecimento e vasta experiência na área pediátrica, apresentando também características de liderança, o que confere legitimidade ao pacote de medidas proposto.

A busca pelo aprimoramento de conhecimentos, referido pelo grupo participante como principal motivo da participação nesse processo indica que,

mesmo profissionais com maior tempo de trabalho na área, podem demonstrar interesse em aperfeiçoar suas práticas e atualizar seus conhecimentos, buscando mais qualidade e humanização para a assistência prestada. Em uma das respostas foi possível perceber expressões de descontentamento em relação a atitudes provenientes de colegas de trabalho, os quais, algumas vezes, subestimam a dor sentida pela criança durante a PV, fato este elencado como estímulo para que o profissional adote uma postura diferente frente a esta situação.

No decorrer do estudo a pesquisadora manteve conversas informais com os integrantes da equipe, as quais subsidiava o processo de implantação e indicava a necessidade de novas estratégias para a implantação. Essa técnica, denominada pela PCA entrevista conversação, não é guiada por um roteiro pré-elaborado, porém favorece a formação do vínculo entre pesquisador e profissional, o que possibilita a captação de informações mais fidedignas com o intuito de promover condições para concretizar as mudanças propostas<sup>15</sup>.

Durante esses momentos os participantes esclareciam dúvidas a respeito da utilização das estratégias, verbalizavam como estavam vivenciando essa experiência, seus pontos positivos e também pontos a serem melhorados.

Considerando a elaboração coletiva e democrática deste pacote de medidas, espera-se que iniciativas semelhantes ocorram em outros cenários, dentro e fora da instituição estudada, a fim de que a PV seja vivenciada pela criança e sua família de forma menos traumática.

## Conclusão

O pacote de medidas elaborado pode otimizar a adoção das estratégias com embasamento científico e autonomia e propiciar o aprimoramento da qualidade da assistência ao paciente pediátrico submetido à PV, possibilitando o cuidado integral, além de ampliar e diversificar as oportunidades para o controle da dor, inclusive incluindo a participação mais ativa da família.

A PCA mostrou-se um método adequado para a elaboração e implantação do pacote de medidas, visto que suas características e particularidades buscam a aplicação de achados científicos na prática assistencial considerando o contexto da realidade. Acredita-se que, por meio da convergência das ações de prática e pesquisa que ocorreram durante o desenvolvimento deste estudo, um novo conhecimento foi construído: a horizontalidade na elaboração deste pacote de medidas pode favorecer a adesão da equipe ao mesmo. Tal fato pode ser depreendido da percepção altamente positiva dos profissionais quanto à sua participação neste estudo.

Ainda que o número de participantes tenha sido limitado, os profissionais assumiram de forma enfática seu papel de protagonistas deste processo, mostrando-se vividamente interessados em aprimorar o cuidado prestado à criança.

## Referências

1. Costa T, Rossato LM, Bueno M, Secco IL, Sposito NPB, Harrison D, et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. Rev Esc Enferm USP. 2017; 51:e03210.
2. Peirce D, Brown J, Corkish V, Lane M, Wison, S. Instrument validation process: a case study using the Paediatric Pain Knowledge and Attitudes Questionnaire. J Clin Nurs. 2016; 25(11-12):1566-75.
3. Moutinho CSF, Rocha AP. Pain in children submitted to peripheral venipuncture. Prevention

with eutectic mixture of local anesthetics. *Millenium*. 2016; 50:253-65.

4. Sposito NPB, Rossato LM, Bueno M, Kimura AF, Costa T, Guedes DMB. Assessment and management of pain in newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit: a cross-sectional study. *Rev Latino Am Enferm*. 2017; 12(25):e2931.

5. Friedrichsdorf SJ, Giordano J, Dakoji KD, Warmuth A, Daughtry C, Schulz CA. Chronic pain in children and adolescents: diagnosis and treatment of primary pain disorders in head, abdomen, muscles and joints. *Children (Basel)*. 2016; 3(4):42.

6. Prohmann AC, et al. O uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor neonatal pela equipe de enfermagem. *Rev Saúde Desenvol*. 2019; 13(14):185-192.

7. Barros MMA, Luiz BVS, Mathias CV. A dor como quinto sinal vital: práticas e desafios do enfermeiro em uma unidade de terapia. *BrJP*. 2019; 2(3):232-236.

8. World Health Organization. WHO Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. 2012.

9. Padilla Fortunatti, CF. Impact of two bundles on central catheter-related bloodstream infection in critically ill patients. *Rev Latino Am. Enferm*. 2017; 25:e2951.

10. Pillai Riddell RR, Racine NM, Gennis HG, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. 2015 dec 2. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. 2017.

11. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2012 Dec 12. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Ltd. 2012.

12. Leite AM, Silva AC, Castral TC, Nascimento LC, Sousa MI, Scohi CG. Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra hepatite B. *Rev Eletr Enf*. 2015; 17(3):1-8.

13. Harrison D, Yamada J, Adams-Webber T, Ohlsson A, Beyene J, Stevens B. Sweet tasting solutions for reduction of needle-related

procedural pain in children aged one to 16 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; (5).

14. Moreno, EAC; Carvalho, AAS; Paz, EPA. Pain in child undergoing venipuncture: effects of an anesthetic cream. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(3):392-9.

15. Trentini M, Paim L, Silva DMV. Pesquisa Convergente Assistencial – PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Moriá. 2014.

16. Curtis S, Wingert A, Ali S. The Cochrane Library and procedural pain in children: an overview of reviews. *Evid Based Child Health*. 2012; 7(5):1363-99.

17. Aydin D, Sahiner NC, Çiftçi EK. Comparison of the effectiveness of three different methods in decreasing pain during venipuncture in children: ball squeezing, balloon inflating and distraction cards. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(15-16).

18. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S, et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ*. 2010; 182(18):843-55.

19. Faccioli SC, Tacla MTGM, Cândido LK, Ferrari RA, Gabani FL. Punção venosa periférica: o olhar da criança hospitalizada. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2017; 9(4):1130-1134.

20. Brasil. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. *Diário Oficial da República Federativa da União, Brasília, 17 out 1995; Seção 1:16319-20*.

21. Maas AIR et. al. Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology Commission*. 2017; 16(12):987-1048.

22. Oliveira CS, Maia EBS, Borba RIH, Ribeiro CA. Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2015; 15(1):21-30.

23. Costa KF et. al. Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Pesq*:

Cuidado Fundamental Online. 2016; 8(1):3758-3769.

24. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-Based Practice, Step by Step: Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. *AJN*. 2010; 110 (3):58-61.

25. Birnie KA, Noel M, Chambers CT, Uman LS, Parker JA. Psychological interventions for

needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; (10).

26. Harisson MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *CMAJ*. 2010; 182(2):78-84.