



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

NATÁLIA SHINKAI BINOTTO

**SISTEMATIZAÇÃO DO MANEJO DA DOR EM CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS E SEU IMPACTO NA PRÁTICA**

Londrina
2019

NATÁLIA SHINKAI BINOTTO

**SISTEMATIZAÇÃO DO MANEJO DA DOR EM CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS E SEU IMPACTO NA PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mauren Teresa
Grubisich Mendes Tacla

Londrina
2018

NATÁLIA SHINKAI BINOTTO

**SISTEMATIZAÇÃO DO MANEJO DA DOR EM CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS E SEU IMPACTO NA PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mauren Teresa Grubisich Mendes
Tacla
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a Lisabelle Mariano Rossato.
Universidade de São Paulo – USP

Prof^a. Dr^a. Edilaine Giovanini Rossetto
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 18 de dezembro de 2018.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Binotto, Natália Shinkai.

Sistematização do manejo da dor em crianças hospitalizadas e seu impacto na prática / Natália Shinkai Binotto. - Londrina, 2018.
118 f. : il.

Orientador: Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Criança - Tese. 2. Manejo da dor - Tese. 3. Enfermagem Baseada em Evidências - Tese. 4. Enfermagem Pediátrica - Tese. I. Tacla, Mauren Teresa Grubisich Mendes. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

À Deus, minha verdadeira razão de viver, pela
luz e sabedoria em todos meus dias.

Ao meus amados pais e irmão, exemplos de
dedicação e determinação, pelo incentivo a
voar cada vez mais alto.

Ao Rodrigo, meu esposo amado, sempre
presente e disposto a viver cada sonho comigo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre estar comigo e realizar Teus planos em minha vida, me surpreendendo de forma extraordinária. À Ele toda glória para sempre!

Aos meus pais, Lídia e Antonio, que sempre me apoiaram e incentivaram a voar cada vez mais alto, com confiança e otimismo em busca dos meus objetivos pessoais e profissionais e nunca desistir. Obrigada pela torcida fiel a cada novos desafios e vitórias e me lembrar que cada um de nós é o autor da própria história. Tudo o que sou hoje reflete todo amor e carinho que recebi e tudo o que fizeram e ainda fazem por mim.

Ao meu esposo Rodrigo, por toda compreensão, dedicação e companheirismo nesse período. Te admiro e te amo a cada dia mais. Saiba que meu “sim” será sempre seu!

À toda minha família, pelo amor, carinho e apoio em mais uma conquista!

Ao meu irmão Eduardo, pelo apoio, ajuda e torcida! Tenho muito orgulho de você!

Aos meus avós Satomi e Tamotsu, por sonharem tão intensamente meus sonhos comigo! Tudo o que sou devo a vocês!

Aos meus queridos tios Wagner e Márcia pelas orações diárias, torcida e carinho sempre!

Aos meus amigos de São Paulo, de longe, sempre torcendo por mim e se alegrando a cada conquista!

Aos novos amigos de Londrina, verdadeiros presentes na minha vida, obrigada pela torcida e as constantes palavras de carinho e apoio.

Às docentes integrantes do Programa de Mestrado em Enfermagem da UEL que tanto me inspiraram e contribuíram com minha formação.

À minha orientadora, Professora Doutora Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla, pela confiança e por me inspirar a mergulhar com entusiasmo em águas pouco conhecidas por mim. Agradeço imensamente pela parceria e por tornar essa caminhada leve e agradável.

Às Professoras Doutoras Lisabelle e Edilaine, por aceitarem o convite para

compor a banca desta dissertação e por compartilharem seu conhecimento comigo.

Às equipes médica, de enfermagem e fisioterapia da Unidade Pediátrica do Hospital Universitário, pelo acolhimento amistoso e colaboração em todos os momentos da pesquisa.

À Maria do Carmo, Anadélia, Patrícia, Flávia, Drº. Arnildo e Drº. Ricardo, pela parceria, dedicação e as valiosas contribuições para a concretização deste projeto.

Às queridas residentes de Enfermagem em Saúde da Criança, às acadêmicas do curso de Enfermagem da UEL e à Cristina pela parceria, colaboração e dedicação na coleta de dados. Vocês são demais!

À querida amiga Tatiane Phelipini pelo apoio e incentivo desde o princípio, pela parceria, criatividade e carinho na elaboração do logotipo *#criançasemdor*. Obrigada por tudo!

Aos colegas do mestrado, por compartilharem comigo tantos conhecimentos durante nossa caminhada, em especial à: Maria, Andressa, Patrícia, Carlos, Natália, Thammy e Eloisi, verdadeiros presentes de Deus em minha vida, juntos vivemos momentos únicos e inesquecíveis! Agora sim, somos: Mestres!

E por fim, às crianças, que encantam tão intensamente meu coração e iluminam meu caminho na trajetória profissional, a quem sinto gratidão pela inspiração e dedico esta pesquisa.

“Não considere nenhuma prática como
inutável. Mude e esteja pronto a mudar
novamente. Não aceite verdade eterna.
Experimente.”
(Skinner, 1953)

BINOTTO, Natália Shinkai. **Sistematização do manejo da dor em crianças hospitalizadas e seu impacto na prática.** 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Introdução: No contexto da hospitalização infantil, ao ser submetida a diversos procedimentos invasivos e dolorosos, a criança reconhece a dor como uma experiência traumática, a qual deve ser minimizada pelos profissionais de saúde por meio do seu manejo adequado. **Objetivo:** Descrever o processo de implantação da sistematização do manejo da dor em unidade pediátrica e avaliar seu impacto na prática após implantação. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial norteada pelo marco conceitual *Knowledge Translation*, realizada em uma Unidade Pediátrica de um hospital universitário do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de março a setembro de 2018 e foi realizada em três etapas: promoção de encontros por meio de grupos de convergência com 66 profissionais componentes das equipes médica, de enfermagem e fisioterapia sobre o manejo da dor na criança hospitalizada; caracterização dos participantes por meio de um questionário sociodemográfico, e análise dos prontuários das crianças internadas na Unidade Pediátrica após quatro meses do início da intervenção, com o intuito de analisar o registro da dor como 5º sinal vital, a avaliação da dor com o uso de escalas instituídas no cenário de estudo, tratamento farmacológico e/ou não-farmacológico realizados e a presença de anotação profissional. Estratégias motivacionais recomendadas pelo *Knowledge Translation* foram elaboradas pela pesquisadora com o intuito de envolver os participantes no processo de construção coletiva e manutenção do conhecimento. Além disso, foi utilizado um diário de campo para anotar as percepções dos participantes sobre o manejo da dor durante os grupos de convergência. Foi usada estatística descritiva para a análise dos dados. **Resultados:** Foram analisados 70 prontuários e verificou-se que 72% das prescrições de enfermagem apresentavam registro como 5º sinal vital, 95% como dor zerada, 5% não foram utilizadas as escalas de avaliação da criança utilizadas no local da pesquisa, apenas 15,7% dos prontuários apresentavam anotação sobre a dor e 97,1% do total não apresentavam anotação sobre sua reavaliação. O tratamento não-farmacológico foi realizado 69 vezes com destaque de 55,1% para amamentação. Em relação às prescrições médicas analisadas, 100% continham analgesia adequada de acordo com o quadro farmacológico previamente elaborado. **Considerações finais:** O processo de construção coletiva favoreceu o envolvimento dos profissionais às medidas adotadas para o controle e alívio da dor, fundamental para que as mudanças sejam incorporadas à prática do cuidado pediátrico.

Palavras-chave: Criança. Dor. Equipe de assistência ao paciente. Manejo da dor. Prática clínica baseada em evidências. Enfermagem pediátrica.

BINOTTO, Natália Shinkai. **Systematization of pain management in hospitalized children and its impact in practice.** 118 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Introduction: In the context of child hospitalization, when children undergo several invasive and painful procedures, the child recognizes pain as a traumatic experience, which must be minimized by health professionals through appropriate management. **Objective:** To describe the process of implantation of the systematization of pain management in pediatric unit and to evaluate its impact in practice after implantation. **Method:** Convergent Care Research guided by the conceptual framework Knowledge Translation, carried out in a Pediatric Unit of a university hospital in the south of Brazil. Data collection took place from March to September 2018 and was carried out in three stages: promotion of meetings through convergence groups with 66 professionals members of the medical, nursing and physiotherapy teams on the management of pain in hospitalized children; characterization of the participants by means of a sociodemographic questionnaire, and analysis of the medical records of children admitted to the Pediatric Unit four months after the beginning of the intervention, in order to analyze the pain register as the 5th vital sign, the evaluation of pain with the use of scales instituted in the study scenario, pharmacological and / or non-pharmacological treatment performed and the presence of professional annotation. Motivational strategies recommended by Knowledge Translation were developed by the researcher with the intention of involving the participants in the process of collective construction and maintenance of knowledge. In addition, a field diary was used to note participants' perceptions about pain management during convergence groups. Descriptive statistics were used for data analysis. **Results:** A total of 70 records were analyzed, and 72% of the nursing prescriptions were recorded as the 5th vital sign, 95% as zeroed, 5% were not used the child's scales used at the research site, only 15,7% of the charts had an annotation about pain and 97,1% of the total did not present an annotation about their reevaluation. The non-pharmacological treatment was performed 69 times, with a 55,1% highlight for breastfeeding. Regarding the medical prescriptions analyzed, 100% contained adequate analgesia according to the pharmacological framework previously elaborated. **Final considerations:** The collective construction process favored the involvement of professionals in the measures adopted for the control and relief of pain, fundamental for the changes to be incorporated into the practice of pediatric care.

Keywords: Child. Pain. Pain management. Evidence - based practice. Patient care team. Pediatric nursing.

BINOTTO, Natália Shinkai. **Sistematización del manejo del dolor en niños hospitalizados y su impacto en la práctica.** 118 p. Disertación (Máster em Enfermería). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMEN

Introducción: En el contexto de la hospitalización infantil, al ser sometida a diversos procedimientos invasivos y dolorosos, el niño reconoce el dolor como una experiencia traumática, la cual debe ser minimizada por los profesionales de salud a través de su manejo adecuado. **Objetivo:** Describir el proceso de implantación de la sistematización del manejo del dolor en unidad pediátrica y evaluar su impacto en la práctica después de la implantación. **Método:** Investigación Convergente Asistencial orientada por el marco conceptual Knowledge Translation, realizada en una Unidad Pediátrica de un hospital universitario del sur de Brasil. La recolección de datos ocurrió de marzo a septiembre de 2018 y se realizó en tres etapas: promoción de encuentros por medio de grupos de convergencia con 66 profesionales componentes de los equipos médicos, de enfermería y fisioterapia sobre el manejo del dolor en el niño hospitalizado; la caracterización de los participantes a través de un cuestionario sociodemográfico y el análisis de los prontuarios de los niños internados en la Unidad Pediátrica después de cuatro meses del inicio de la intervención, con el propósito de analizar el registro del dolor como 5º signo vital, la evaluación del dolor con el uso de las escalas instituidas en el escenario de estudio, tratamiento farmacológico y/o no-farmacológico realizados y la presencia de anotación profesional. Las estrategias de motivación recomendadas por el Knowledge Translation fueron elaboradas por la investigadora con el propósito de involucrar a los participantes en el proceso de construcción colectiva y mantenimiento del conocimiento. Además, se utilizó un diario de campo para anotar las percepciones de los participantes sobre el manejo del dolor durante los grupos de convergencia. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos. **Resultados:** Se analizaron 70 prontuarios y se verificó que el 72% de las prescripciones de enfermería presentaban registro como 5º signo vital, 95% como dolor cero, el 5% no fueron utilizadas las escalas de evaluación del niño utilizadas en el local de la investigación, apenas, el 15,7% de los prontuarios presentaban anotación sobre el dolor y el 97,1% del total no presentaban anotación sobre su reevaluación. El tratamiento no farmacológico fue realizado 69 veces con destaque de 55,1% para lactancia. En relación a las prescripciones médicas analizadas, el 100% contenía analgesia adecuada de acuerdo con el cuadro farmacológico previamente elaborado. **Consideraciones finales:** El proceso de construcción colectiva favoreció la participación de los profesionales a las medidas adoptadas para el control y alivio del dolor, fundamental para que los cambios sean incorporados a la práctica del cuidado pediátrico.

Palavras-clave: Dolor. Enfermeira pediátrica. Grupo de atención al paciente. Manejo del dolor. Niño. Práctica clínica basada en la evidencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Processo Conhecimento-para-ação29

Manuscrito 1

Figura 1 – Logotipo *#criançasemdor*47

Figura 2 – Convite aos profissionais *#criançasemdor*48

Figura 3 – Kit caneta e crachá *#criançasemdor*49

Figura 4 – Página rede social Facebook *#criançasemdor*52

Figura 5 – Publicação na página da rede social Facebook *#criançasemdor*.....53

Figura 6 – Escada Analgésica55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias de intervenção para a sistematização do manejo da dor na criança. Londrina - PR – 2018.....	46
Quadro 2 - Escala de Dor para Recém-Nascido (NIPS)	50
Quadro 3 - Escala de Faces de Claro	50
Quadro 4 - Tratamento Farmacológico da Dor em Pediatria.....	56

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 2

Tabela 1 - Perfil da equipe multiprofissional atuante na Unidade Pediátrica. Londrina – PR – 2018	70
Tabela 2 - Caracterização das internações pediátricas nos meses de julho e agosto – Londrina - PR – 2018	71
Tabela 3 - Caracterização das avaliações da dor na criança hospitalizada por período – Londrina - PR – 2018.....	73
Tabela 4 - Tratamento da dor na criança hospitalizada por período – Londrina - PR – 2018	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEI	Centro de Educação Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
CPA	Conhecimento-para-Ação
DEPE	Divisão de Desenvolvimento e Pesquisa
IASP	International Association for the Study of Pain
KT	Knowledge Translation
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UP	Unidade Pediátrica
USP	Universidade de São Paulo
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1	MOTIVAÇÃO PELO TEMA	18
2	INTRODUÇÃO	19
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	DOR EM PEDIATRIA	21
3.2	MANEJO DA DOR NA CRIANÇA	22
3.2.1	AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA.....	23
3.2.2	TRATAMENTO DA DOR NA CRIANÇA.....	25
4	OBJETIVOS	27
4.1	OBJETIVO GERAL	27
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
5	MARCO CONCEITUAL	28
5.1	<i>KNOWLEDGE TRANSLATION</i>	28
5.1.1	Processo Conhecimento-para-Ação	29
5.1.2	A Criação do Conhecimento	30
5.1.3	O Ciclo da Ação.....	30
5.1.4	Implementação do <i>Knowledge Translation</i> no Brasil.....	31
6	MATERIAL E MÉTODO	32
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
6.2	LOCAL DO ESTUDO	33
6.3	ASPECTOS ÉTICOS	33
6.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
6.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
6.6	COLETA DE DADOS	34
6.7	ANÁLISE DOS DADOS	37

7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
7.1	MANUSCRITO 1	38
7.2	MANUSCRITO 2	38
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	90
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
	Apêndice B – Termo de Confidencialidade e Sigilo	93
	Apêndice C – Questionário Sociodemográfico	95
	Apêndice D – Roteiro para análise dos prontuários.....	96
	Apêndice E – Folder ilustrativo	98
	Apêndice F – Instrumento para prancheta.....	100
	Apêndice G – Casos sobre Dor na Criança Hospitalizada	101
	Apêndice H – Procedimento Operacional Padrão	103
	ANEXOS	115
	Anexo A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	116

1 MOTIVAÇÃO PELO TEMA

Apesar de desde pequena gostar muito de crianças, o interesse profissional pela área pediátrica surgiu em meu segundo ano da graduação na Universidade de São Paulo (USP). Lembro-me que antes de iniciar os estágios em Saúde da Criança e do Adolescente, devido às peculiaridades do mundo infantil, minha maior preocupação era conseguir colocar em prática os diferentes tipos de abordagens de acordo com as fases de desenvolvimento da criança.

Assim, durante os estágios no Centro de Educação Infantil (CEI), nas unidades pediátricas hospitalares e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pude observar o quanto o cuidado pediátrico demanda preparo, responsabilidade, competências e desenvolvimento de habilidades do enfermeiro. Considerando que a criança não é um “adulto pequeno”, o reconhecimento da escolha pela abordagem, a criação do vínculo de confiança, a valorização do brincar e a participação da família são princípios fundamentais para quem deseja cuidar de crianças.

Além da oportunidade de realizar iniciação científica na área do desenvolvimento infantil durante a graduação, a experiência como enfermeira residente em Saúde da Criança e do Adolescente, também na USP, proporcionou-me aperfeiçoamento profissional nos diversos contextos, instituições e cenários pediátricos, e me trouxe a certeza do caminho escolhido!

Na atuação como enfermeira pediatra, pude observar o quanto os cuidados prestados à criança devem ser embasados pelas evidências científicas, com o intuito de promover desfechos positivos e menores riscos de prejuízos à criança e sua família. Dessa forma, o tema “manejo da dor na criança” surgiu como um presente e uma grande oportunidade para mudar a realidade no cenário da pesquisa e possibilitar uma assistência de qualidade às minhas queridas crianças!

2 INTRODUÇÃO

Considerada um dos sentimentos mais antigos descritos na história, sabe-se que todos, de alguma forma, já experienciaram a dor algum dia (IASP, 2012). Trata-se de um fenômeno multifatorial que detém componentes sensoriais, fisiológicos, cognitivos, afetivos, comportamentais e espirituais, que podem influenciar a forma como é experimentada pelo indivíduo a partir de alteração do processo de transmissão dos estímulos cerebrais (BLASI et al., 2015; FRIEDRICHSDORF et al., 2016; WHO, 2012).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, ela pode ser definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial [...]”; bem como abarcar caráter subjetivo o qual, por sua vez, atrela-se a diferentes percepções relativas aos indivíduos que a estão vivenciando (IASP, 2012).

A dor se manifesta frequentemente durante a hospitalização pediátrica e, devido a diversos procedimentos invasivos e dolorosos, a criança a reconhece como uma experiência traumática, que pode ser minimizada a partir de estratégias profissionais para o seu manejo adequado (COSTA et al., 2017; FEIN et al., 2012; MATHEWS, 2011; SILVA et al., 2014). Ademais, por consistir em uma experiência perturbadora à criança (ocasionando, potencialmente, elevados níveis de sofrimento e estresse nesta e em sua família), reitera-se que deve ser abordada com prioridade pelos profissionais de saúde e valorizada a partir do manejo da dor (CANDIDO; TACLA, 2015; MATHEWS, 2011; SILVA et al., 2014).

Nesse contexto, cita-se, por exemplo, o procedimento de punção venosa, realizado costumeiramente pelos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado à criança. A punção é dolorosa, gerando desconforto e ansiedade (FERREIRA et al., 2012), aspectos de tal procedimento que poderiam ser mitigados por profissionais sensibilizados e comprometidos com o manejo adequado de dor (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014; MATHEWS, 2011). No entanto, o manejo não tem sido tão valorizado e aplicado no paciente pediátrico, sobretudo na assistência de enfermagem, pois ainda há muito a se avançar na prevenção e alívio da dor (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014; CANDIDO; TACLA, 2015; PEIRCE et al., 2016).

Apesar dos profissionais de saúde considerarem a avaliação da dor importante no cuidado pediátrico, apontam dificuldade em fazê-la em crianças

menores incapazes de realizar o autorrelato e a crescente necessidade de melhor entendimento por eles sobre o processo doloroso na criança (BLASI et al., 2015, SROUJI; RATNAPALAN; SCHNEEWEISS, 2010). O fato dos recém-nascidos e lactentes serem incapazes de expressarem-se verbalmente não os exime da experiência dolorosa e da necessidade de seu tratamento e alívio (IASP, 2012). Ressalta-se que a avaliação e tratamento adequados da dor no que tange a necessidade de alívio da mesma, quando há meios para evitá-la, perfazem direitos previstos em lei da criança e do adolescente, ou seja, constitui-se um imperativo legal e ético (BRASIL, 1995).

Conforme estudos sobre a análise da prevalência da dor, a partir dos relatos da criança, de seus familiares e das equipes médica e de enfermagem, a variação da intensidade deve ser considerada na conduta terapêutica da mesma (CANDIDO; TACLA, 2015; LINHARES et al., 2014). Todavia, a ausência da avaliação e do registro adequado em prontuários hospitalares, indicam que os profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, apresentam dificuldades em quantificar a intensidade da dor na criança (CANDIDO; TACLA, 2015; FACCIOLI, 2017; LINHARES et al., 2014), resultando, conseqüentemente na sua subnotificação e no seu tratamento inadequado (CANDIDO; TACLA, 2015; FACCIOLI, 2017; LINHARES et al., 2014; MATHEWS, 2011; PEIRCE et al., 2016; SROUJI; RATNAPALAN; SCHNEEWEISS, 2010).

Desta forma, nesta pesquisa, foi considerada a hipótese de que a implantação da sistematização do manejo da dor, baseada em evidências científicas, para a equipe de saúde na Unidade Pediátrica (UP) de um hospital universitário público do sul do Brasil, poderia contribuir para sensibilizar e padronizar as estratégias de avaliação e tratamento, além de aprimorar a atuação dos profissionais, reduzindo, assim, a dor sentida pela criança.

Ressalta-se que o envolvimento dos profissionais se faz fundamental para o sucesso dessa implantação, uma vez que a adesão profissional às intervenções construídas coletivamente se torna tão relevante para que mudanças sejam efetivas. Assim, pode-se garantir uma assistência de qualidade e ampliar as possibilidades terapêuticas para o controle da dor infantil.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DOR EM PEDIATRIA

Da mesma maneira que nos adultos, a experiência dolorosa na criança pode ocasionar danos, limitações e mudanças em seus comportamentos (WHO, 2012) e resultar, muitas vezes, em impactos negativos na saúde e no bem-estar da mesma (FARELEIRA; CARNEIRO, 2011). Além disso, a dor não tratada ou subtratada pode gerar repercussões na vida do recém-nascido e da criança, uma vez que seus efeitos deletérios têm o potencial de ocasionar danos ao sistema nervoso e às dimensões da cognição, atenção, emotiva e motora do desenvolvimento cerebral (IASP, 2012; VALERI; HOLSTI; LINHARES, 2015; WHO, 2012).

Durante a hospitalização, a criança pode apresentar diferentes comportamentos frente à sensação dolorosa, divididos em duas principais categorias: automáticos e controlados da dor. Sintomas como sono perturbado, membros superiores e inferiores agitados, choro de difícil consolo ou conforto e/ou com lágrimas, caretas, olhos arregalados e lacrimejantes, respiração irregular, ranger dos dentes e palidez correspondem à primeira categoria. Em contrapartida, a busca por proximidade, a prostração, os gritos, agressividade, aumento do tom de voz, verbalizações zangadas e pedidos de ajuda englobam os fatores que podem ser controlados pela criança (SEKHON et al., 2017).

Sendo assim, reconhecer a dor na criança não se trata de tarefa fácil, sobretudo nas que apresentam déficit cognitivo ou inabilidade de expressá-la verbalmente, podendo ser subestimada e, conseqüentemente, tratada de maneira inadequada pelos profissionais de saúde (LINHARES et al., 2014; MATHEWS, 2011; SROUJI; RATNAPALAN; SCHNEEWEISS, 2010; TOSTE; PALHAU; AMORIM, 2015).

3.2 MANEJO DA DOR NA CRIANÇA

Considerando os efeitos da dor não tratada ou subtratada na criança, torna-se primordial que seu manejo, nos estágios de identificação, avaliação e tratamento seja realizado adequadamente, ainda que constitua um desafio para a equipe de saúde na prática assistencial pediátrica (GONÇALVES et al., 2013; MATHEWS, 2011). Nesse sentido, o manejo da dor engloba as ações realizadas e direcionadas ao seu alívio, considerando o domínio de conhecimentos sobre o mecanismo da dor e especificidades da criança (QUEIROZ, 2007). Esse processo compreende uma sequência de eventos, do momento do reconhecimento da dor até a escolha das estratégias que visam seu alívio (SEKHON et al., 2017). Vale ressaltar que compreende o envolvimento e a interação de profissionais de saúde, familiares e a própria criança (QUEIROZ, 2007).

Os profissionais de saúde reconhecem que a falta de treinamento para avaliação e tratamento, a inexistência de protocolos institucionais e diretrizes padronizadas, bem como os recursos humanos e materiais, podem gerar repercussões negativas no manejo da dor na criança hospitalizada (LINHARES et al., 2014). Nesse sentido, estudos têm sido desenvolvidos na tentativa de implantar e ampliar as políticas para o manejo adequado da dor a fim de desmistificar crenças pessoais que dificultam o emprego de medidas para seu alívio e indicar estratégias essenciais a serem adotadas no cuidado à criança pelos profissionais de saúde (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014; LINHARES et al., 2014).

A avaliação da dor, tomada como 5º sinal vital, é uma prática clínica semelhante e tão relevante quanto a verificação dos quatro sinais vitais (SSVV): frequências respiratória e cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal (LISBOA; LISBOA; SÁ, 2016; SILVA et al., 2014).

Desde o ano de 2007 a dor foi instituída, como 5º sinal vital, no cenário da presente pesquisa. Esta maneira de se considerar a dor foi proposta por James Campbell, membro da Sociedade Americana da Dor, em 1996 (MELO; PETTINGILL, 2010; MORONE; WEINER, 2013). Deve, portanto, ser avaliada e registrada, junto aos demais SSVV nos prontuários, pelos profissionais de saúde, sobretudo, pela equipe de enfermagem, de modo a possibilitar que as devidas providências sejam tomadas e os resultados avaliados (JCAHO, 2017; MORONE; WEINER, 2013; SILVA et al., 2014)

No entanto, estudos recentes realizados nesta mesma UP demonstram que, apesar de a considerarem importante, os profissionais das equipes médica e de enfermagem, em sua maioria, não tomam a dor como 5º sinal vital e não efetuam sua avaliação por meio do uso de escalas de intensidade adequadas à faixa etária e ao nível de desenvolvimento infantil. Contrariamente, realizam a avaliação de forma subjetiva, muitas vezes com emprego da escala numérica (não instituída na UP em questão), mesmo nos lactentes e crianças que se expressam de forma não verbal (CANDIDO; TACLA, 2015; FACCIOLI, 2017; PAGANINI, 2017). Ademais, a inexistência do registro e documentação da dor em prontuários e a ausência ou inadequação de analgésicos na prescrição médica exprimem a crescente necessidade de reflexão sobre a prática profissional acerca das repercussões do manejo inadequado da dor na criança (CANDIDO; TACLA, 2015; FACCIOLI, 2017; MATHEWS, 2011; PAGANINI, 2017). Conclui-se, portanto, que o controle inadequado pode ser relacionado à ausência de critérios e métodos de avaliação e registro da dor (MATHEWS, 2011; JCAHO, 2017).

Ressalta-se, por fim, que o intuito de assegurar o tratamento eficaz e alívio da dor requer avaliação desta a partir de instrumentos desenvolvidos para sua medição e que garantam foco na vivência da dor sob a perspectiva da criança e não segundo o que o profissional julga que ela está sentindo (CANDIDO; TACLA, 2015).

3.2.1 AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

Apesar da dificuldade de ser percebida e diagnosticada, o profissional de saúde deve priorizar a avaliação da dor tendo em vista a faixa etária, cultura e condições da criança, bem como seu estado clínico e o comprometimento neurológico (MATHEWS, 2011; WHO, 2012). Para tanto, o profissional de saúde deve compreender os aspectos inerentes ao processo de avaliação, além da localização, intensidade, momento do início, duração e padrão, fatores desgastantes e atenuantes, impacto nas atividades diárias e na qualidade de vida, e eficiência do tratamento de alívio após a intervenção (JCAHO, 2017)

Conforme estudo sobre a percepção das mães e crianças hospitalizadas, quanto maior a intensidade da dor sentida pela criança, maior o nível de estresse e reações fisiopsicológicas desencadeadas (LINHARES et al., 2012). Dessa maneira, a avaliação da dor deve ser realizada antes, durante e após os procedimentos

potencialmente dolorosos, com o intuito de determinar a condição da criança e apreciar a eficácia das condutas adotadas para seu manejo, respectivamente (LEE et al., 2014; SROUJI; RATNAPALAN; SCHNEEWEISS, 2010; WHO, 2012). Além disso, a mensuração em intervalos regulares permite detectar alterações na intensidade da dor, analisar a adequação das estratégias adotadas e os respectivos ajustes necessários durante a implantação do plano para seu alívio (WHO, 2012).

Nesse contexto, o emprego de escalas de avaliação da intensidade de dor surge como uma estratégia relevante para o seu controle adequado, a fim de evitar que ela continue sendo subestimada e negligenciada pelos profissionais de saúde (LINHARES et al., 2014; WHO, 2012). Ainda em relação à sua intensidade, pode ser classificada em dor leve, moderada, forte e insuportável (WHO, 2012).

Dessa forma, levando em consideração que a UP, onde foi desenvolvido este estudo, oferece atendimento para crianças de até 12 anos de idade, as escalas de avaliação de dor instituídas em sua rotina desde 2007 são duas: a Escala Comportamental de Dor para Recém-Nascidos e Crianças ou *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*, e a Escala de Faces de Claro (1993).

A escala *NIPS*, indicada para aplicação em crianças de zero a 2 anos e 364 dias de idade, ou seja, possível de utilização em recém-nascidos, lactentes e crianças incapazes de autorrelatar a dor. É um instrumento multidimensional e baseia-se nas alterações comportamentais diante do estímulo doloroso, sobretudo da dor aguda (GE et al., 2015; MELO et al., 2014). Além disso, é composta por cinco indicadores comportamentais e um indicador fisiológico e avalia, nesta ordem, a expressão facial, choro, estado de excitação ou consciência, movimentação de braços e pernas e o padrão respiratório (ERKUT; YILDIZ, 2017).

Sua pontuação total pode variar de zero a sete, considerando os pontos zero, um e dois possíveis de atribuição ao indicador “choro” e zero e um nos demais. Para o cômputo do total, o profissional de saúde deve realizar a soma dos escores de cada indicador e interpretar a intensidade da dor de acordo com os significados: zero ponto, sem dor; um e dois pontos, dor fraca ou leve; três a cinco pontos, dor moderada; e seis a sete pontos, dor grave ou forte (ERKUT; YILDIZ, 2017).

Já a Escala de Faces de Claro (1993) é indicada para crianças com idade igual ou superior a três anos e utiliza as figuras dos personagens *Cebolinha* ou *Mônica*, muito conhecidas pelo público infantil, de criação do cartunista brasileiro Maurício de Souza (CLARO, 1993). É composta por cinco diferentes expressões dos

personagens: sem dor, dor leve, moderada, forte e insuportável, com pontuação de zero a quatro, sequencialmente. Além do caráter lúdico, essa ferramenta, adaptada à cultura brasileira, possibilita a identificação da dor pela própria criança, pois ela deve selecionar a expressão facial apresentada no desenho que se aproxima à dor que ela sente no momento da avaliação (CLARO, 1993). Ressalta-se que na UP em questão, optou-se por utilizar apenas o personagem *Cebolinha*, pela maior facilidade em identificar suas mudanças faciais, pois não há cabelos ou dentes que se destaquem como na figura da personagem *Mônica*.

Outrossim, para garantir sua aplicação segura, bem como a interpretação adequada de seus resultados, a criança, seus responsáveis ou acompanhantes e os profissionais de saúde devem estar familiarizados com os instrumentos (SEKHON et al., 2017) pois, na maioria das vezes, a prática de avaliação não é realizada ou desempenhada de forma sistematizada nas UPs (BLASI et al., 2015; LINHARES et al., 2014; MATHEWS, 2011).

3.2.2 Tratamento da Dor na Criança

Face ao exposto, ressalta-se que não se trata apenas de quantificar a intensidade da dor como possibilidade de melhor compreendê-la, mas como subsídio na escolha dos métodos de alívio a partir de tratamentos farmacológicos, não farmacológicos ou associação de ambos (CHOTOLLI; LUIZE, 2015; COSTA et al., 2017).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2012) determina diretrizes para nortear a farmacoterapia analgésica para a criança, na qual estabelece a estratégia “*two-step*”, conhecida como “escada analgésica”. Essa sequência terapêutica possibilita fornecer orientações para analgesia adequada a partir de uma abordagem em dois passos, de acordo a idade da criança e com a intensidade da dor (leve e moderada a forte). Para as crianças com dor leve, paracetamol, ibuprofeno e cetoprofeno devem ser recomendados como primeira opção; já em crianças com dor moderada a forte, deve ser considerada a administração de um opioide (WHO, 2012).

Além da escolha dos analgésicos para a prevenção e tratamento da dor na criança, estudos revelam que, entre as intervenções não farmacológicas realizadas pelos profissionais da equipe de enfermagem, destacam-se a glicose oral, sucção

nutritiva, posicionamento, distração, oferecer carinho e colo, redução de ruídos no ambiente e o toque terapêutico (CHOTOLLI; LUIZE 2015; COSTA et al., 2017).

Tais medidas possuem sua eficácia comprovada por evidências científicas (PILLAI RIDDELL et al., 2011; SHAH, et al., 2012; TADDIO et al., 2010; UMAN et al., 2008), e, por não exigirem a prescrição de outra categoria profissional, possibilitam a autonomia na tomada de decisão da equipe de enfermagem frente à experiência dolorosa da criança. Vale ressaltar que a intervenção não-farmacológica não substitui o uso de medicamentos, entretanto podem ser associados entre si, de modo a garantir maior eficácia para controle e alívio da dor (CANDIDO; TACLA, 2015).

Dessa maneira, este estudo visa contribuir para mudanças comportamentais a partir da prática teorizada, por meio da estruturação de condutas para alívio da dor baseadas em evidências científicas. Além disso, o estreitamento das lacunas existentes entre o conhecimento científico a respeito da temática e sua aplicação na prática assistencial demanda a capacitação e sensibilização profissional no manejo adequado da dor na criança hospitalizada.

Nesse sentido, o presente estudo busca responder à seguinte questão de pesquisa: A sistematização do manejo da dor, baseada em evidências científicas, contribui para adequação da intervenção antálgica pela equipe de saúde em uma unidade de internação pediátrica em hospital público do sul do Brasil?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de implantação da sistematização do manejo da dor em unidade pediátrica e avaliar seu impacto na prática após implantação.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar e implantar a sistematização do manejo dor da criança a partir de estratégias baseadas em evidências científicas junto à equipe de saúde.
2. Descrever o impacto da implantação da sistematização do manejo da dor a partir da análise dos registros em prontuários das condutas profissionais quanto à avaliação e tratamento da dor na criança.

5 MARCO CONCEITUAL

5.1 *KNOWLEDGE TRANSLATION*

Essa pesquisa foi norteadada pelo marco conceitual *Knowledge Translation* (KT), definido pelo *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR) como

[...] um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, difusão, intercâmbio e aplicação eticamente sólida de conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços de saúde e produtos mais eficazes, e fortalecer o sistema de saúde (CIHR, 2012, p.1).

Esse conceito, que ainda não possui uma tradução padronizada para a língua portuguesa, engloba desde a criação do conhecimento até sua aplicação para gerar benefícios para a sociedade. Contudo, não se trata apenas do desenvolvimento do conhecimento e disseminação dos resultados, mas sobre a possibilidade do direcionamento dos resultados científicos aplicados na melhoria das práticas assistenciais (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Existem termos distintos para descrever tal processo, considerando diferentes culturas e idiomas, como, por exemplo, no Reino Unido e na Europa, onde se utiliza ‘implementação do uso da ciência’, e nos Estados Unidos, em que os termos divulgação, difusão, pesquisa e transferência do conhecimento são empregados (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009). Nesse estudo optou-se por utilizar a expressão no idioma original.

Para disseminar o conhecimento e completar as lacunas na prática assistencial, o *KT* se desenvolve a partir de quatro estágios (CIHR, 2012):

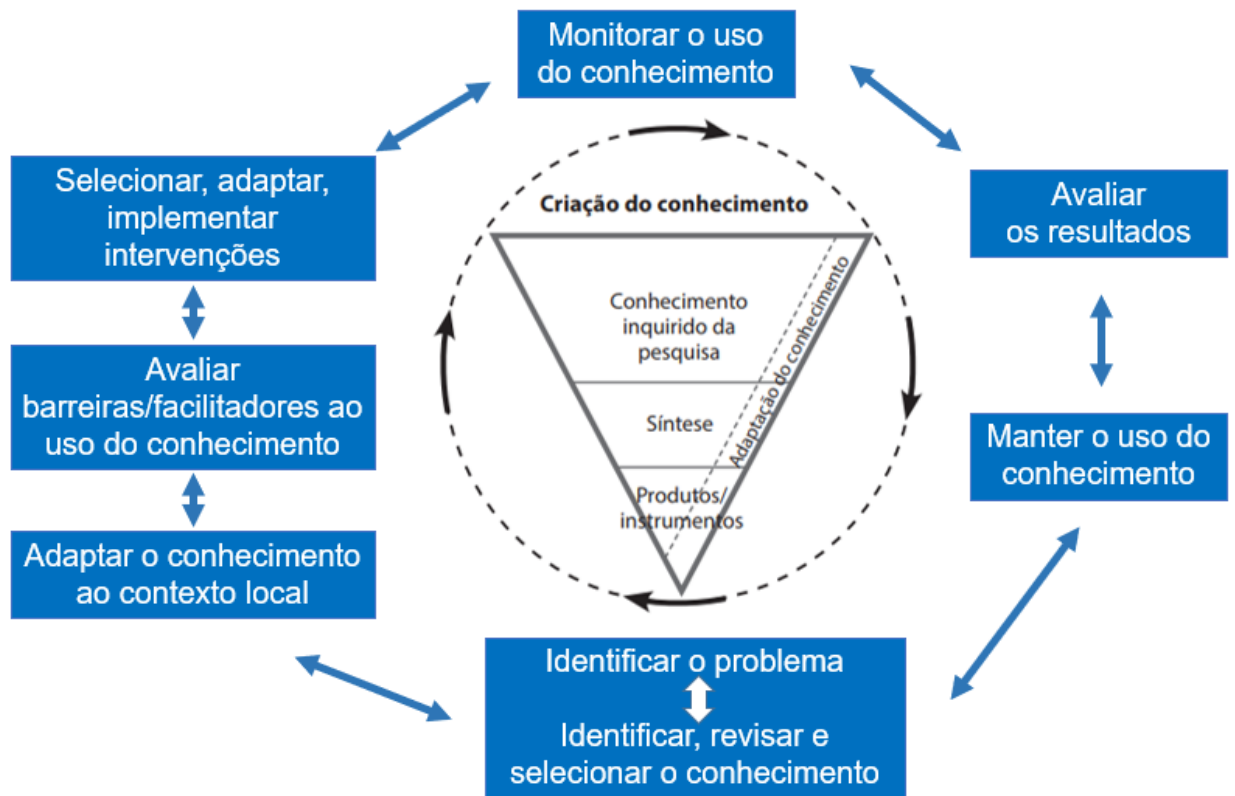
1. Síntese: etapa em que se realiza a contextualização e a concentração do maior corpo de conhecimentos disponíveis sobre o tema escolhido.
2. Difusão: fase em que se faz necessário identificar o público receptor do conhecimento sintetizado, adaptar a mensagem e disseminá-la.
3. Intercâmbio ou troca: processo interativo e colaborativo que visa a resolução dos problemas entre pesquisadores e usuários finais das evidências.
4. Aplicação do conhecimento: tal etapa visa a sua aplicação em busca de melhorias da saúde, tendo em vista preceitos éticos, valores sociais e legais.

Tendo em vista o progressivo reconhecimento de sua relevância ao viabilizar o uso do conhecimento científico, o *KT* tem sido amplamente empregado, o que tem levado ao desenvolvimento de diversas teorias e modelos.

5.1.1 Processo Conhecimento-para-Ação

Um dos modelos de aplicação do *KT* é o *Knowledge to Action*, proposto por Graham et al. (2006), e posteriormente traduzido para o português por Oelke, Lima e Acosta (2015), sendo denominado Conhecimento-para-Ação (CPA), como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Processo Conhecimento-para-Ação



Fonte: Oelke, Lima e Acosta (2015).

Tal modelo de processo CPA contém o ciclo de criação do conhecimento e o ciclo de ação, ilustrados pelo funil na região central da figura, cuja finalidade é refinar o conhecimento, enquanto o círculo ao redor representa o processo de aplicação do mesmo.

O CPA trata-se de um processo interativo, dinâmico e flexível, nas quais suas fronteiras são mutáveis e suas fases podem ocorrer em sequência ou simultaneamente, mover-se em uma direção, posteriormente retornar e pode sofrer influência das fases do conhecimento (GRAHAM et al., 2006).

De acordo com o CPA, o processo pode ser iniciado com a criação do conhecimento a partir de pesquisas primárias ou síntese de resultados de estudos (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

5.1.2 A Criação do Conhecimento

Na primeira etapa, ocorre a síntese do conhecimento aplicáveis aos usuários finais do *KT*. Na porção mais larga do funil observa-se o conhecimento investigado da pesquisa. Na parte da síntese, à medida que se move, o conhecimento agregado vai sendo refinado, visando tornar-se mais aplicável até que sejam desenvolvidos os produtos ou instrumentos da pesquisa, como protocolos e manuais para apresentação do conteúdo de forma clara e objetiva (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Tais produtos de conhecimento ou instrumentos devem oferecer recomendações práticas com o intuito de possibilitar a aplicação do conhecimento e oportunizar sua implementação na prática. Ainda, ao longo do processo é essencial considerar as características do contexto local onde o conhecimento será aplicado (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

5.1.3 O Ciclo da Ação

Para aplicação do conhecimento nos serviços de saúde, o ciclo da ação deve compreender as setes seguintes fases: (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015):

1. Identificação do problema, busca, revisão e seleção do conhecimento relevante relacionado ao tema;
2. Adaptação do conhecimento ao contexto local;
3. Avaliação das barreiras e dos possíveis facilitadores;
4. Escolha, adaptação e implementação das intervenções para promover o uso do conhecimento;
5. Monitoração do uso do conhecimento;

6. Avaliação dos resultados; e
7. Sustentabilidade do uso das estratégias.

Vale ressaltar que este estudo irá abarcar até o item 6 “avaliação dos resultados” do ciclo da ação.

5.1.4 Implementação do *Knowledge Translation* no Brasil

A implementação do *KT* no país representa uma necessidade e um desafio, uma vez que a carência do conhecimento, familiaridade e de ferramentas representam as barreiras mais significativas para disseminar e utilizar os resultados de pesquisas científicas no contexto de assistência à saúde no Brasil (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Considerando o contexto brasileiro e o hospital em foco, existem estudos recentes (BARBOSA, 2017; CURAN, 2015; SILVA, 2016; SQUARÇA, 2015) que utilizaram o *KT* para melhorar a utilização de resultados de pesquisa, considerando a relevância do envolvimento dos atores, sejam pesquisadores ou usuários do conhecimento, nos campos da investigação científica e da prática (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo aqui desenvolvido caracteriza-se como uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), abordagem que tem sua gênese, nos anos de 1980 e 1990, nas ideias de docentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A principal característica dessa abordagem são as inovações que promove na prática assistencial de enfermagem e saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Em essência a PCA

envolve uma variedade de métodos e técnicas qualitativas de investigação, individuais e grupais, no intento de não somente coletar informações, mas de integrar os envolvidos ao processo de construção da pesquisa concomitantemente às atividades profissionais do pesquisador, permanentes ou temporárias, de forma ativa e participante (ALVIM, 2017, p. 1).

A convergência de que trata a PCA refere-se ao movimento comum em direção à transformação da prática empreendido pelo conhecimento científico e pela assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), ou seja, há um “[...] entrecruzamento de ações de assistência com ações de pesquisa” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017, p. 3).

A despeito de diferenciar-se da pesquisa-ação, a PCA objetiva o mesmo fim: elaboração de conhecimentos e/ou instrumentos aos participantes (PAULA et al., 2018). Para tanto, encerra os seguintes princípios: dialogicidade (diálogo para troca de ideias e significados); expansibilidade (expansão dos propósitos iniciais do pesquisador em função do momento da prática); imersibilidade (envolvimento e imersão do pesquisador); e simultaneidade (ações do pesquisador são concomitantes à investigação) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Especificamente, quatro momentos inter-relacionados e não lineares compreendem a abordagem, quais sejam (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014):

1. Concepção: corresponde ao processo de definição do problema emergente da prática assistencial a ser investigado;
2. Instrumentação: caracteriza-se pelo detalhamento das seleções do local, participantes e coleta de dados;

3. Perscrutação: abrange as estratégias de investigação minuciosa nas mudanças e inovações na assistência; e
4. Análise: consiste na apreensão, síntese, teorização e transferência dos conteúdos coletados.

Ressalta-se que as atitudes crítico-reflexivas frente às atividades assistenciais desenvolvidas pelos participantes são objeto de estudo da PCA, o que implica, mais uma vez, o conceito de convergência da abordagem: encontros entre saber-fazer e saber-pensar (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

6.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na UP de um hospital universitário de grande porte, localizado em um município do norte do estado do Paraná, no sul do Brasil.

Essa instituição constitui-se em um centro de referência para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para pacientes de 250 municípios paranaenses e de 100 cidades de outros estados, além de desenvolver ensino, pesquisa e servir de campo de estágio para os cursos de graduação e residência em Medicina, Farmácia-Bioquímica, Enfermagem e Fisioterapia.

A UP dispõe de 20 leitos destinados às crianças de zero a 12 anos, entre as várias especialidades médicas atendidas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2018).

6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo deriva do projeto “Sistematização do manejo da dor de crianças hospitalizadas”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina de acordo com o parecer nº 1.816.082, CAAE nº 61380316.5.0000.5231 (Anexo A).

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitados os princípios éticos, conforme exigência da Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e ela teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) pelos participantes.

Ressalta-se que foram garantidos aos participantes o sigilo e a privacidade das informações coletadas com assinatura de um termo de confidencialidade e sigilo

pela pesquisadora (Apêndice B), bem como a liberdade de recusar ou interromper sua participação em qualquer etapa da pesquisa, sem penalidades ou quaisquer prejuízos.

6.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Perfizeram este estudo 66 profissionais, componentes das equipes médica (docentes e residentes das especialidades de Pediatria, Cirurgia Pediátrica e Ortopedia), de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, residentes em enfermagem, supervisora de enfermagem e docentes) e de fisioterapia (residentes). Ressalta-se que a pesquisadora, apesar de inúmeras tentativas de contatos, não obteve resposta ao convite de participação da equipe de neurocirurgia pediátrica, especialidade médica que atua na UP e no manejo da dor da criança.

Os profissionais, ao serem convidados a participar do estudo, foram informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta de dados, sigilo no tratamento das informações, possíveis riscos e possibilidade de interromper a participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os profissionais que aceitaram participar do estudo e atuantes na assistência direta às crianças. Ressalta-se a relevância dos mesmos por serem responsáveis pela identificação, avaliação e/ou tratamento da dor na UP. Foram excluídos os profissionais que no momento da coleta de dados estavam ausentes por motivo de afastamento, atestado ou férias.

6.6 COLETA DE DADOS

O período da coleta de dados ocorreu de março a setembro de 2018 e dividiu-se em duas etapas distintas:

1. Promoção dos grupos de convergência com os profissionais componentes das equipes médica, de enfermagem e fisioterapia sobre o manejo adequado da dor na criança hospitalizada;
2. Caracterização dos profissionais que atuam na UP por meio de um questionário sociodemográfico e análise documental dos prontuários. Esta última buscou verificar o registro da dor como 5º sinal vital, a presença da avaliação da dor na criança com uso de escala adequada e compatível com a faixa etária e o nível de desenvolvimento cognitivo da criança, bem como o tratamento farmacológico e/ou não-farmacológico realizado e presente na anotação profissional.

Na primeira etapa, foram realizados encontros, de março a junho de 2018, por meio de grupos de convergência formados por profissionais da equipe médica, de enfermagem e fisioterapia. Os grupos de convergência são utilizados como técnica de coleta de dados, com o propósito de desenvolver pesquisa em consonância à prática assistencial clínica e à educação em saúde, de modo a implementar a participação na discussão e progressiva construção de conhecimentos em grupo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Ademais, a pesquisadora utilizou um diário de campo para compreender as impressões pessoais dos profissionais de saúde acerca das condutas para manejo da dor na criança, para, por fim, elaborar coletivamente a sistematização de seu manejo baseada em evidências científicas.

O diário de campo corresponde ao caderno de notas utilizado para registrar as conversas informais, observações dos participantes durante as falas, bem como as manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados na pesquisa (ARAÚJO et al., 2013). Tal estratégia visa não apenas o registro das estratégias metodológicas, mas também, compreender o objeto de estudo sobretudo na pesquisa qualitativa de saúde (ARAÚJO et al., 2013).

Na segunda etapa, com a intenção de caracterizar os profissionais sobre categoria profissional, sexo, vínculo empregatício e a sua participação em capacitação prévia sobre o manejo da dor na criança, foi elaborado um questionário sociodemográfico (Apêndice C). Tal instrumento foi composto pelos itens referentes à categoria profissional, sexo e tipo de vínculo empregatício.

Posteriormente, foi realizada pela pesquisadora, após quatro meses do início da primeira etapa, uma análise documental dos prontuários das crianças referentes

às internações de julho e agosto de 2018, com o intuito de verificar se as condutas na sistematização do manejo da dor foram incorporadas à prática profissional. Ressalta-se que no local de estudo, os prontuários são impressos e arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) após desfecho da internação.

A análise documental representa o processo de identificação, verificação e apreciação dos documentos relacionados com a investigação, com o intuito de contextualizar fatos e situações na prática assistencial (ANDRADE et al., 2018). Pode ser empregada como técnica de coleta de dados, quando a finalidade é complementar os dados provenientes de outras técnicas de coletas, tais como a entrevista e o diário de campo. De outra forma, a análise documental enquanto método de pesquisa, visa fortalecer os achados da investigação ao se utilizar documentos como fonte de dados para a descrição de seu caminho metodológico (ANDRADE et al., 2018).

De maneira retrospectiva, os prontuários referem-se a todas hospitalizações na UP, de julho a agosto de 2018. O roteiro elaborado para sua análise (Apêndice D) foi composto pelos seguintes itens: mês da coleta, dados de identificação da criança (iniciais do nome, data de nascimento, idade e sexo), diagnóstico de internação, tempo de permanência na UP, número do prontuário e desfecho clínico (alta, óbito, transferência extra-hospitalar ou para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)).

O instrumento possibilitou analisar, nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), o registro da dor como 5º sinal vital nos horários estabelecidos na UP (em quatro momentos, com intervalo de 6 horas entre eles, quais sejam: às 10, 16, 22 e 4 horas. Ademais, possibilitou verificar a presença de dor em qualquer momento do dia; o uso da escala adequada de acordo com a faixa etária e nível de desenvolvimento cognitivo da criança e suas respectivas intensidades; o tratamento farmacológico realizado e o intervalo de administração (de horário, se necessário, ou a critério médico); medidas não-farmacológicas utilizadas; e a presença da anotação de enfermagem e a reavaliação da dor após intervenção.

Cada prontuário foi analisado até a alta hospitalar ou até o sétimo dia de internação na UP da criança, o que ocorresse antes. Assim, ressalta-se que, em caso de nova internação da mesma criança, era preenchido um novo instrumento.

Justifica-se a análise dos registros até o 7º dia de internação devido à cronicidade das condições de saúde das crianças em internação de longa

permanência nessa UP. O maior tempo de internação contínua no cenário deste estudo ultrapassa quatro anos. Neste contexto, a condição crônica de saúde acarreta maior risco para o desdobramento de condições físicas, comportamentais e emocionais das crianças, que requerem um cuidado complexo, considerando que suas internações ultrapassam 7 dias consecutivos (MOREIRA et al, 2017).

Foi realizado, ainda, um pré-teste dos prontuários com a finalidade de identificar se o roteiro para sua análise, além de sua forma e conteúdo apresentavam clareza e estavam adequados aos resultados que se desejava obter. Foi adicionado, portanto, o item referente à anotação de enfermagem após tratamento, para verificar a reavaliação da dor da criança.

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados na planilha do *Software Microsoft Office Excel 365*, dividida em: sexo, faixa etária; tempo de permanência na UP; diagnóstico médico de internação; desfecho clínico da internação; registro da dor como 5º sinal vital nos turnos de trabalho; avaliação da dor com uso da escala adequada; tratamento farmacológico da dor; medidas não-farmacológicas realizadas pela enfermagem; registro da dor em anotação de enfermagem; registro sobre a reavaliação da dor e desfecho clínico da internação. A análise se deu por meio de estatística descritiva.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram descritos em dois artigos, que serão apresentados a seguir:

Manuscrito 1: “Processo de implantação do manejo sistematizado da dor na criança hospitalizada”, que responde ao primeiro objetivo específico deste estudo:

1. Elaborar e implantar a sistematização do manejo dor da criança a partir de estratégias baseadas em evidências científicas junto à equipe de saúde.

Manuscrito 2: “Impacto da implantação do manejo sistematizado da dor em unidade pediátrica”, que responde ao segundo objetivo específico deste estudo:

2. Descrever o impacto da implantação do manejo sistematizado da dor a partir da análise dos registros em prontuários quanto à avaliação e tratamento da dor da criança.

Manuscrito 1:**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MANEJO SISTEMATIZADO DA DOR NA CRIANÇA HOSPITALIZADA****Resumo**

Objetivo: Descrever a elaboração e implantação do processo de sistematização do manejo sistematizado da dor na criança a partir de estratégias baseadas em evidências científicas junto à equipe de saúde. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial norteada pelo marco conceitual *Knowledge Translation*, realizada em Unidade Pediátrica de um hospital universitário do norte do Paraná, de março a junho de 2018. A coleta de dados ocorreu com a promoção de grupos de convergência com 66 profissionais no total, componentes das equipes médica, de enfermagem e fisioterapia. Estratégias motivacionais recomendadas pelo *Knowledge Translation* foram elaboradas pela pesquisadora com a finalidade de envolver os participantes no processo de construção coletiva e manutenção do conhecimento teorizado. Além disso, foi utilizado um diário de campo para anotar as percepções dos participantes. **Resultados:** Foram elaboradas as seguintes estratégias: criação do logotipo *#criançasemdor*, porta-crachá retrátil e canetas personalizadas com o logotipo, fichas para crachá com as escalas de avaliação da dor instituídas no local do estudo, folder ilustrativo, discussões de casos sobre dor, instrumento para prancheta, artigos científicos e uma página na rede social Facebook. Como produtos técnico científicos, foram elaborados um quadro farmacológico para tratamento da dor, junto aos participantes, e um Procedimento Operacional Padrão sobre o manejo da dor na criança. **Considerações finais:** O processo de construção coletiva favoreceu o envolvimento dos profissionais às estratégias adotadas, fundamental para que as mudanças sejam incorporadas à prática. Além disso, o *Knowledge Translation* mostrou-se uma ferramenta útil para a melhoria da assistência à criança hospitalizada.

Descritores: Criança; dor; equipe de assistência ao paciente; Prática Clínica Baseada em Evidências; Enfermagem pediátrica.

PROCESS OF IMPLANTATION OF SYSTEMATIZED PAIN MANAGEMENT IN THE HOSPITALIZED CHILD

Abstract

Objective: To describe the elaboration and implementation of the process of systematization of pain management in children based on strategies based on scientific evidence from the health team. **Method:** Convergent Care Research guided by the conceptual framework *Knowledge Translation*, carried out in a Pediatric Unit of a university hospital in the north of Paraná, from March to June 2018. The data collection took place with the promotion of convergence groups with 66 professionals in total, components of the medical, nursing and physiotherapy teams. Motivational strategies recommended by *Knowledge Translation* were developed by the researcher with the intention of involving the participants in the process of collective construction and maintenance of theorized knowledge. In addition, a field diary was used to note participants' perceptions. **Results:** The following strategies were developed: creation of the logo *#childrenwithoutpain*, retractable badge holder and personalized pens with the logo, badge cards with the pain assessment scales instituted at the study site, illustrative folder, case studies on pain, clipboard instrument, scientific articles and a page on the social network Facebook. As technical scientific products, a pharmacological framework was developed for the treatment of pain, together with the participants, and a Standard Operating Procedure on the management of pain in children. **Final considerations:** The collective construction process favored the involvement of professionals in the strategies adopted, fundamental for the changes to be incorporated into practice. In addition, *Knowledge Translation* has proved to be a useful tool for improving the care of hospitalized children.

Keywords: Child; pain; patient care team; Evidence-Based Practice; Pediatric Nursing.

PROCEDIMIENTO DE IMPLANTACIÓN DEL MANEJO SISTEMATIZADO DEL DOLOR EN EL NIÑO HOSPITALIZADO

Resumen

Objetivo: Describir la elaboración e implantación del proceso de sistematización del manejo del dolor en el niño a partir de estrategias basadas en evidencias científicas junto al equipo de salud. **Método:** Investigación Convergente Asistencial orientada por el marco conceptual *Knowledge Translation*, realizada en Unidad Pediátrica de un hospital universitario del norte de Paraná, de marzo a junio de 2018. La recolección de datos ocurrió con la promoción de grupos de convergencia con 66 profesionales en el total, componentes de los equipos médicos, de enfermería y fisioterapia. Las estrategias de motivación recomendadas por el Knowledge Translation fueron elaboradas por la investigadora con el propósito de involucrar a los participantes en el proceso de construcción colectiva y mantenimiento del conocimiento teorizado. Además, se utilizó un diario de campo para anotar las percepciones de los participantes. **Resultados:** Se elaboraron las siguientes estrategias: creación del logotipo #niñosindolor, porta-cartón retráctil y bolígrafos personalizados con el logotipo, fichas para crachá con las escalas de evaluación del dolor instituidas en el sitio del estudio, folleto ilustrativo, estudios de casos sobre dolor, instrumento para portapapeles, artículos científicos y una página en la red social Facebook. Como productos técnicos científicos, se elaboraron un cuadro farmacológico para el tratamiento del dolor, junto a los participantes, y un Procedimiento Operativo Estándar sobre el manejo del dolor en el niño. **Consideraciones finales:** El proceso de construcción colectiva favoreció la participación de los profesionales a las estrategias adoptadas, fundamental para que los cambios sean incorporados a la práctica. Además, el *Knowledge Translation* se mostró una herramienta útil para la mejora de la asistencia al niño hospitalizada.

Descriptor: Niño; dolor; grupo de atención al paciente; Práctica Basada en La Evidencia; Enfermería pediátrica.

INTRODUÇÃO

A dor se expressa frequentemente na hospitalização pediátrica e, devido a diversos procedimentos invasivos e dolorosos, a criança a reconhece como uma experiência traumática, que pode ser minimizada a partir de estratégias profissionais para o seu manejo adequado (COSTA et al., 2017; SILVA et al., 2014). Contudo, o manejo não tem sido adequadamente valorizado e aplicado no paciente pediátrico, sobretudo pela equipe de enfermagem, a qual deve se empenhar diariamente na prevenção e alívio da dor na criança (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014).

Além disso, a dor não tratada ou subtratada pode gerar repercussões na vida do recém-nascido e da criança, uma vez que seus efeitos deletérios têm o potencial de ocasionar danos ao sistema nervoso e às dimensões da cognição, atenção, emotiva e motora do desenvolvimento cerebral (MATHEWS, 2011; VALERI; HOLSTI; LINHARES, 2015). Por isso, deve ser abordada com prioridade pelos profissionais de saúde, responsáveis pelo manejo adequado da dor na criança (CANDIDO; TACLA, 2015; SILVA et al., 2014).

A ausência da avaliação a partir de escalas adequadas para idade e desenvolvimento cognitivo da criança, além do registro adequado em prontuários hospitalares, indicam que os profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, apresentam dificuldades em quantificar a intensidade da dor infantil, resultando, conseqüentemente na sua subnotificação e no seu tratamento inadequado (CANDIDO; TACLA, 2015; FACCIOLI, 2017; LINHARES et al., 2014;).

Desta forma, nesta pesquisa, foi considerada a hipótese de que a implantação do manejo sistematizado da dor, baseada em evidências científicas, para a equipe de saúde na Unidade Pediátrica (UP) de um hospital universitário público do sul do Brasil, poderia contribuir para sensibilizar, padronizar as estratégias de avaliação e tratamento, e aprimorar a atuação dos profissionais, reduzindo, assim, a dor sentida pela criança.

Ressalta-se que o envolvimento dos profissionais se faz fundamental para o sucesso dessa implantação, uma vez que a adesão destes às intervenções construídas coletivamente é essencial para que as mudanças sejam efetivas. Assim, pode-se garantir uma assistência de qualidade e ampliar as possibilidades terapêuticas para controle da dor infantil.

Nesse contexto, o *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR) propõe o *Knowledge Translation* (KT), definido como

um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, difusão, intercâmbio e aplicação eticamente sólida de conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços de saúde e produtos mais eficazes, e fortalecer o sistema de saúde (CIHR, 2012, p.1).

O *KT*, adotado como marco teórico deste estudo, tem sido amplamente utilizado, o que levou ao desenvolvimento de diversas teorias e modelos que o articulavam (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015), entre eles, o Conhecimento-para-Ação (CPA). Esse modelo contém dois ciclos, de criação do conhecimento e de ação, sendo o primeiro responsável pela síntese e refinamento do conhecimento, e o segundo pelas fases necessárias à sua aplicação.

Já em se tratando do referencial metodológico, a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa. Ela visa à articulação entre a pesquisa e a prática assistencial, de modo a introduzir inovações teorizadas na assistência à saúde a partir da imersão do pesquisador no contexto local. A PCA busca a possibilidade de transformação e efetivação de novas práticas balizadas pelo conhecimento teórico-científico a serem implementadas no serviço de saúde investigado, com o envolvimento dos profissionais de saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de elaboração e implantação do manejo sistematizado da dor na criança a partir de estratégias baseadas em evidências científicas, junto à equipe de saúde. Sua relevância está no desenvolvimento de um trabalho coletivo para melhorar a prática assistencial a partir da aplicação de resultados obtidos em pesquisas científicas.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA

Este estudo foi realizado em uma Unidade Pediátrica (UP) de um hospital universitário de caráter público e nível terciário do norte do Paraná, entre março e junho de 2018. A UP dispõe de 20 leitos destinados às crianças de zero a 12 anos, entre as várias especialidades médicas atendidas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição, sob o Parecer nº 1.816.082 e CAAE nº 61380316.5.0000.5231. Foram respeitados os princípios éticos conforme exigência da Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 2012). Os profissionais convidados a participar do estudo foram informados pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados, sigilo no tratamento das informações, possíveis riscos e possibilidade de interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este estudo contou com a participação de 66 profissionais, componentes das equipes médica (englobando as especialidades de Pediatria, Cirurgia Pediátrica e Ortopedia), de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), e fisioterapia.

A coleta de dados ocorreu por meio da promoção de grupos de convergência sobre o manejo da dor na criança hospitalizada, em todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno) e com os profissionais responsáveis pela assistência direta à criança na UP. Foram excluídos os que não realizam a assistência direta à criança ou que estavam ausentes por afastamentos, atestados ou férias durante o momento da coleta.

Os grupos de convergência visam desenvolver pesquisa em consonância à prática assistencial clínica e à educação em saúde, de modo a implementar a participação na discussão e progressiva construção de conhecimentos em grupo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Dessa forma, os encontros possibilitaram compreender as percepções acerca da avaliação e tratamento da dor na criança realizados pelos profissionais, e, por fim, elaborar a sistematização do manejo da dor baseada em evidências científicas.

Inicialmente, conforme preconizado pelo *KT*, deve-se escolher os usuários do conhecimento (profissionais de saúde, formuladores de políticas, educadores,

gestores, administradores, líderes comunitários ou pacientes), considerando que serão capazes de usar as evidências geradas nas pesquisas para auxiliar a tomada de decisão sobre programas e práticas de saúde (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Além disso, o *KT* enfatiza a necessidade de envolver pessoas interessadas para simplificar a utilização dos resultados da investigação e garantir que as mudanças na prática assistencial estejam ocorrendo, uma vez que para preencher a lacuna entre a pesquisa e a prática, o pesquisador não pode transferir as evidências para a prática sozinho (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Dessa forma, para composição do grupo de gestores do *KT* na UP foram convidados os supervisores/líderes das equipes de saúde envolvidas, totalizando cinco profissionais, a saber: dois médicos e três enfermeiras. Tal escolha se justifica pelas responsabilidades destes em monitorar o uso do conhecimento pelos participantes, com a aplicação da difusão e avaliar os resultados da intervenção (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Com o intuito de apresentar os objetivos da pesquisa, para a seleção e reflexão sobre as estratégias de intervenção a serem utilizadas nos grupos de convergência, foi realizada uma reunião com os gestores do *KT* na sala multidisciplinar da UP.

O *KT* recomenda o emprego de estratégias motivacionais para conscientização do público-alvo, com o intuito de promover a mudança na prática assistencial e a manutenção do conhecimento construído coletivamente. Assim, sugere a realização de encontros educacionais, diálogos deliberativos, elaboração de boletins informativos, sites, blogs, mídias sociais etc. Múltiplas estratégias podem ser utilizadas simultaneamente e todas devem considerar o público-alvo, as mensagens e os objetivos do *KT* (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

A pesquisadora se responsabilizou pelo orçamento e custos com as estratégias escolhidas pelos gestores do *KT*, agrupadas no Quadro 1.

Quadro 1- Estratégias de intervenção para a sistematização do manejo da dor na criança. Londrina- PR - 2018.

Estratégias
Criação do Logotipo <i>#criançasemdor</i>
Porta-crachá retrátil <i>#criançasemdor</i>
Cartão com as escalas de avaliação da dor para crachá
Caneta <i>#criançasemdor</i>
Folder ilustrativo e informativo <i>#criançasemdor</i>
Instrumento para a prancheta <i>#criançasemdor</i>
Pasta com artigos científicos sobre manejo da dor na criança
Estudos de Casos sobre dor na criança hospitalizada
Página na rede social <i>Facebook #criançasemdor</i>
Quadro farmacológico para tratamento da dor na criança
Procedimento Operacional Padrão “Sistematização do manejo da dor na criança hospitalizada”

Fonte: Própria autora (2018).

Na sequência, será apresentada a descrição detalhada das estratégias de intervenção para a implantação da sistematização do manejo da dor na criança hospitalizada.

A SISTEMATIZAÇÃO DO MANEJO DA DOR NA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Descrição das Estratégias de Intervenção

Inicialmente, a pesquisadora realizou uma reunião com o grupo de gestores do *KT*, composto por duas supervisoras de enfermagem, uma enfermeira e dois docentes das equipes de pediatria e cirurgia pediátrica, respectivamente, para exposição dos objetivos da pesquisa, uma vez que o envolvimento desses profissionais se torna relevante para supervisão direta das equipes participantes e, conseqüentemente, na manutenção das condutas para o manejo adequado da dor na UP.

Assim, após discussão com os gestores do *KT*, foram elaboradas estratégias relevantes para promover mudança do comportamento profissional e manutenção do novo conhecimento referente ao manejo da dor na criança hospitalizada. Dessa forma, foi elaborado o logotipo *#criançasemdor* (Figura 1), pelo software online *Logomaker* (2018), com a intenção de criar uma identidade visual vinculada à

proposta da intervenção. Logo, foram escolhidas cores vibrantes, nomes e símbolos como estratégias atrativas para o processo significativo da aprendizagem das propostas nos grupos de convergência.

Figura 1 - Logotipo *#criançasemdor*



Fonte: Própria autora (2018).

Além da abordagem individual dos participantes, a pesquisadora elaborou convites coletivos (Figura 2), utilizando o Programa *Power Point* e o logotipo *#criançasemdor*. Após impressão dos mesmos, foram distribuídos em quadros fixos nas salas de reunião multidisciplinar e dos docentes médicos, nos postos médico e de enfermagem da UP.

Figura 2 - Convite aos profissionais #criançasemdor



Fonte: Própria autora (2018).

Os grupos de convergência foram coordenados pela pesquisadora e ocorreram durante o expediente de trabalho, com horários e datas pré-estabelecidos pelos profissionais dos diversos turnos de trabalho. Foram realizados, na sala multidisciplinar da UP, 3 ou 4 encontros com cada categoria/especialidade profissional, totalizando 18 encontros, com duração de 45 a 60 minutos cada.

A variação do número de encontros com as diferentes categorias profissionais se justifica pela disponibilidade de cada uma. Entretanto, ressalta-se que não houve prejuízo quanto aos objetivos da intervenção e aplicação das estratégias elaboradas.

No primeiro grupo de convergência com cada categoria profissional, os participantes foram recepcionados com doces e guloseimas pela pesquisadora que lhes apresentou os objetivos da pesquisa, as datas referentes aos próximos encontros e entregou o TCLE para assinatura. Além disso, todos os participantes foram presentados com um kit composto por porta-crachá retrátil e caneta personalizadas com o logotipo #criançasemdor (Figura 3), além de um cartão para crachá plastificado com as impressões das Escala de Dor para Recém-nascidos - *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)* (LAWRENCE, 1993), e Escala de Faces de Claro (1993), uma em cada face do mesmo. Ressalta-se que ambas as escalas mencionadas foram instituídas na UP desde 2007.

Figura 3 - Kit caneta e crachá #criançasemdor.



Fonte: Própria autora (2018).

A *NIPS* (Quadro 2), indicada para aplicação em crianças de zero a 2 anos e 364 dias de idade, ou seja, possível de utilização em recém-nascidos, lactentes e crianças incapazes de autorrelatar a dor, é um instrumento multidimensional; e baseia-se nas alterações comportamentais diante do estímulo doloroso, sobretudo da dor aguda (GE et al., 2015; MELO et al., 2014). Além disso, é composta por cinco indicadores comportamentais e um indicador fisiológico e avalia, nesta ordem, a expressão facial, choro, estado de excitação ou consciência, movimentação de braços e pernas e o padrão respiratório (ERKUT; YILDIZ, 2017)

Sua pontuação total pode variar de zero a sete, considerando os pontos zero, um e dois possíveis de atribuição ao indicador “choro” e zero e um nos demais. Para o cômputo do total, o profissional de saúde deve realizar a soma dos escores de cada indicador e interpretar a intensidade da dor de acordo com os significados: zero ponto, sem dor; um e dois pontos, dor fraca ou leve; três a cinco pontos, dor moderada; e seis a sete pontos, dor grave ou forte (LAWRENCE et al., 1993).

Já a Escala de Faces de Claro (1993), como mostra o quadro 3, é indicada para crianças com idade igual ou superior a três anos e utiliza o personagem *Cebolinha* (muito conhecida pelo público infantil, de criação do cartunista brasileiro

Maurício de Souza) (CLARO, 1993). É composta por cinco diferentes expressões dos personagens: sem dor, dor leve, moderada, forte e insuportável, com pontuação de zero a quatro, sequencialmente. Além do caráter lúdico, essa ferramenta, adaptada à cultura brasileira, possibilita a identificação da dor pela própria criança, pois ela deve selecionar a expressão facial apresentada no desenho que se aproxima à dor que ela sente no momento da avaliação (CLARO, 1993).

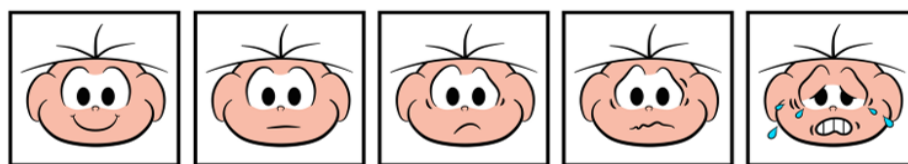
Quadro 2- Escala de Dor para Recém-nascidos (Neonatal Infant Pain Scale)

Indicada para crianças com idade até 3 anos			
Indicador	0	1	2
Expressão Facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Alterada	-
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	-
Estado de Consciência	Dormindo/Calmo	Desconfortável	-

Zero ponto: Sem Dor	1 a 2 pontos: Dor Fraca
3 a 5 pontos: Dor Moderada	6 a 7 pontos: Dor Forte

Fonte: Lawrence et al. (1993).

Quadro 3 - Escala de Faces de Claro.



0	1	2	3	4
Sem Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Forte	Dor Insuportável

Fonte: Claro (1993).

Ressalta-se que a escolha pelo porta-crachá retrátil se deve à possibilidade de sua extensão máxima de 60 cm, com a intenção de facilitar a visualização das escalas pelos profissionais, bem como sua interação com a criança, uma vez que no caso da Escala de Faces de Claro (1993), ela deve apontar e escolher a intensidade de sua dor a partir das expressões das faces do personagem apresentadas. Ainda, optou-se pelo crachá de plástico, possibilitando a fácil desinfecção e maior durabilidade do mesmo.

No primeiro encontro com os participantes, a pesquisadora agrupou materiais e artigos científicos recentes, nacionais e internacionais, direcionados às categorias profissionais sobre identificação, avaliação e tratamento da dor na criança, em uma pasta de plástico colocada no posto de enfermagem e de fácil acesso de todos os participantes. Essa pasta foi utilizada em todos os encontros para nortear e subsidiar a construção do conhecimento baseado em evidências junto aos participantes.

Ainda, foi distribuído um folder ilustrativo e informativo elaborado pela pesquisadora a partir dos materiais científicos contidos na pasta, uma folha A4 de papel cartão dobrada em três partes iguais verticais, composto pelos tópicos: dor em pediatria; efeitos da dor não tratada na criança; avaliação da dor com orientações da aplicação das escalas NIPS e Faces de Claro (1993); tratamento farmacológico a partir da escada analgésica; medidas não-farmacológicas da dor e a importância da anotação profissional sobre a presença de dor, assim como os momentos em que deve ser realizada.

Além disso, tais tópicos foram abordados de forma detalhada em uma apresentação no programa *Power Point*, com o objetivo de proporcionar a reflexão sobre as práticas realizadas e adequadas de acordo com as evidências, seguindo a ordem dos tópicos: conceito da dor (IASP, 2012), dor como 5º sinal vital (LISBOA; LISBOA; SÁ, 2016), classificação da dor em aguda e crônica, características da dor, efeitos da dor não tratada, resposta do estresse à dor, ética e direito legal da criança e do adolescente para o alívio da dor (BRASIL, 1995; LISBOA; LISBOA; SÁ, 2016), apresentação das escalas avaliativas da dor infantis *NIPS* (LAWRENCE, 1993) e de Faces de Claro (CLARO, 1993) e as orientações sobre como e quando aplicá-las, o tratamento farmacológico e as medidas não-farmacológicas utilizadas pelas equipes sem necessidade de serem prescritas pelo profissional médico.

Além disso, para facilitar a avaliação da dor pelos participantes utilizando as escalas preconizadas na UP, foi elaborado um impresso em folha A4 adesiva e

colorida para aderir às superfícies internas das dez pranchetas, uma para cada quarto de internação da UP. Tal instrumento foi composto pelas escalas de avaliação da dor preconizadas na unidade de estudo: *NIPS* e de *Faces de Claro*, bem como as orientações de como e quando devem ser aplicadas pelos profissionais de saúde.

Cada prancheta agrupa os instrumentos institucionais impressos das crianças internadas em cada quarto, tais como: as prescrições médica e de enfermagem, anotação de enfermagem e o instrumento para controle dos sinais vitais, as eliminações fisiológicas e as informações da alimentação da criança.

Concomitante ao acontecimento dos grupos de convergência, a pesquisadora criou uma página/grupo na rede social *Facebook* nomeada *#criançasemdor* (Figuras 4 e 5) para compartilhar artigos científicos nacionais e internacionais, reportagens, as escalas de avaliação da dor preconizadas na UP, bem como o folder ilustrativo sobre o manejo da dor em crianças durante o período da coleta de dados.

Figura 4 - Página da rede social *Facebook* *#criançasemdor*



Fonte: Facebook (2018).

Figura 5 - Publicação na página da rede social Facebook #criançasemdor

Fonte: Facebook (2018).

Além disso, com a finalidade de estimular a reflexão e discussão sobre as ações teorizadas discutidas nos grupos de convergência, os participantes compartilharam as experiências práticas pessoais sobre a aplicação das escalas de avaliação da dor na rotina de trabalho, bem como eventos e cursos nacionais sobre a dor na criança. Por meio dessa mídia, a pesquisadora pôde interagir e estimular com elogios a participação de cada profissional, considerando suas publicações no *Facebook* durante o intervalo dos grupos de convergência realizados quinzenalmente.

Nos encontros subsequentes, a pesquisadora elaborou oito casos fictícios sobre dor semelhantes aos perfis das crianças atendidas nas diversas especialidades médicas na UP, englobando dados referentes à anamnese e exame físico da criança, a presença de dispositivos e procedimentos dolorosos, seus comportamentos diante do quadro álgico e medicamentos na prescrição médica.

Com o intuito de refletir sobre as condutas do manejo adequado da dor baseadas em artigos científicos e promover a discussão dos casos com os participantes, foram elaboradas seis questões norteadoras:

1. Neste caso, você acredita que há presença ou potencial para a criança sentir dor?
2. O que você identificou para chegar a essa conclusão?
3. Após identificar a presença de dor, qual escala de avaliação de intensidade da dor você deve utilizar?
4. Quais os momentos que se deve avaliar a dor?
5. Como tratar essa dor?
6. Como deve ser realizada a anotação sobre a dor?

Ao longo dos grupos de convergência, a pesquisadora utilizou um diário de campo para descrever suas compreensões acerca do processo de convergência da pesquisa e da assistência, geradas nas discussões dos profissionais sobre as estratégias e os artigos científicos relacionados ao assunto e utilizados nesses grupos.

O diário de campo trata-se de um instrumento relevante na pesquisa qualitativa em saúde como tecnologia de registro dos acontecimentos do estudo e ferramenta para a aprendizagem, uma vez que propicia o pensamento crítico da pesquisadora (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Vale destacar que no decorrer dos grupos de convergência, a pesquisadora manteve conversas informais com os participantes da pesquisa na UP. Na PCA, tal técnica é denominada entrevista conversação, na qual a pesquisadora não segue um instrumento pré-elaborado, porém favorece a formação de vínculo com os profissionais com a obtenção de informações mais fidedignas e promoção de condições para atingir as mudanças propostas na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

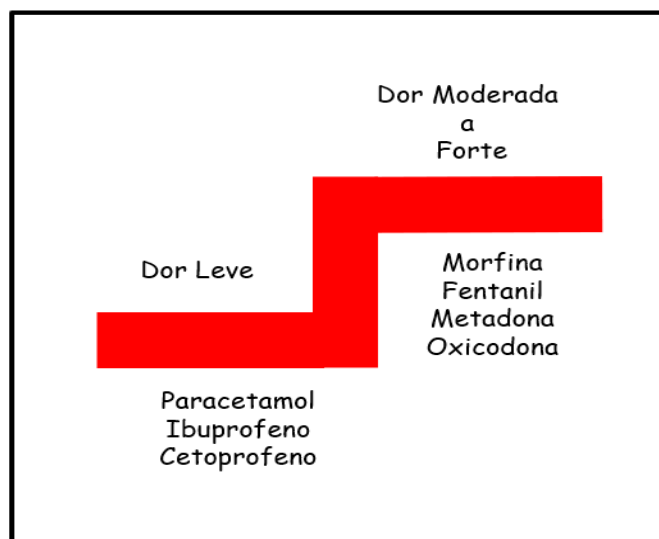
Ainda, esses momentos possibilitaram sanar algumas dúvidas referentes à aplicação das escalas de avaliação da dor na criança, bem como a troca de experiências sobre o processo em andamento de implantação do manejo da dor e a busca de soluções para os problemas verbalizados pelos profissionais.

Ao final do projeto de pesquisa com o uso do *KT*, com a finalidade de disseminar os resultados devem ser desenvolvidas atividades, dentre elas, as apresentações em conferências e publicação de artigos científicos e vídeos na mídia para determinada área (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Logo, no decorrer dos grupos de convergência, tendo em vista a necessidade de sistematizar as condutas farmacológicas na UP, a pesquisadora sugeriu a construção de um quadro sobre o tratamento farmacológico da dor na criança hospitalizada junto aos participantes. Neste contexto, após aceite do convite, com o objetivo de subsidiar a discussão dos participantes foram selecionadas evidências científicas atualizadas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; BRASIL, 2018; BRUNTON, 2012; WHO, 2012) sobre tratamento farmacológico da dor na criança.

Além das referências científicas selecionadas, utilizou-se as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (2012) para nortear a farmacoterapia analgésica para a criança, na qual estabelece a estratégia “*two-step*”, conhecida como “escada analgésica”, conforme Figura 6 (WHO, 2012). Essa sequência terapêutica possibilita fornecer orientações para analgesia adequada a partir de uma abordagem em dois passos, de acordo a idade da criança e com a intensidade da dor (leve e moderada a forte). Para as crianças com dor leve, paracetamol, ibuprofeno e cetoprofeno devem ser recomendados como primeira opção; já em crianças com dor moderada a forte, deve ser considerada a administração de um opioide (WHO, 2012).

Figura 6 - Escada Analgésica



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2012.

Além disso, tal estratégia foi ajustada e adaptada com a seleção dos fármacos para tratamento da dor na criança considerando a realidade nacional e

disponibilidade da UP. Assim, com o intuito de sistematizar e nortear as condutas farmacológicas para tratamento da dor, os gestores do *KT* em nova reunião com a pesquisadora, idealizaram e esquematizaram um quadro farmacológico baseado em evidências científicas. Ademais, no último grupo de convergência, considerando os casos de dor e tipos de procedimentos dolorosos comuns na criança no local da pesquisa, a construção coletiva do quadro farmacológico foi finalizada.

O quadro foi dividido nas classes de medicamentos: analgésicos, sedativos e seus respectivos antagonistas, ambos recomendados para administração segura no paciente pediátrico, e foi organizado nos seguintes itens: medicamento, dose, apresentação, concentração segura para administração endovenosa (EV) direta, intervalo mínimo entre as doses para procedimentos e para manutenção, contraindicações principais e as indicações de casos de dor segundo suas intensidades e os procedimentos realizados na UP, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Tratamento Farmacológico da Dor em Pediatria

ANALGÉSICOS E SEDATIVOS						
Medicamento	Dose	Apresentação	Concentração segura para administração EV direta	Intervalo mínimo entre as doses para		Indicações
				Procedimentos	Manutenção	
Paracetamol	10 a 15 mg/kg Dose máxima: 650 mg/dia	100 mg/ml 200 mg/ml	Via oral	4 horas	4 a 6 horas	Dor leve Coadjuvante na associação com opioides.
Dipirona	10 a 15 mg/Kg	EV: 500 mg/ml Gotas: 500 mg/ml Solução: 50 mg/ml	50 mg/ml Diluir 1 ml em 9 ml de SF 0,9%	4 horas	4 a 6 horas	Dor Leve VO: A Partir de 3 meses EV: A partir de 1 ano
Ibuprofeno	5 a 10 mg/kg Dose máxima: 600 mg/dia	50mg/ml 100 mg/ml	Via oral	6 horas	6 a 8 horas	Dor leve A partir de 6 meses
Cetoprofeno	0,5 mg/kg 1 gota/kg Dose máxima: 300 mg/dia	Solução: 1 mg/ml Gotas: 20 mg/ml	Via oral	6 horas	6 a 8 horas	Dor leve A partir de 1 ano
Fentanil (analgésico Com baixa ação sedativa)	1 a 3 mcg/Kg	50 mcg/ml	Se prescrito: Em mcg: 5 mcg/ml Em ml: 10 X o	20 minutos Associar com Cetamina em dose mínima em	2 horas	Dor Moderada a Forte Aspiração Pós-

Continua...

Administrar Com a presença médica.			volume prescrito* INFUSÃO LENTA	procedimentos.		operatório Flebotomia Punção venosa central Inserção e retirada de Dreno de Tórax
	1ª OPÇÃO EM CRISE ASMÁTICA, PO DE VIAS BILIARES, INSTABILIDADE HEMODINÂMICA, HISTÓRICO DE OBSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA. EVITAR QUANDO SINAIS DE HIPOVOLEMIA, HIPOTENSÃO OU BRADICARDIA. SE APRESENTAR RIGIDEZ TORÁCICA → NALOXONE 0,01 mg/Kg (Vide orientações)					
Medicamento	Dose	Apresentação	Concentração segura para administração EV direta	Intervalo mínimo entre as doses para		Indicações
				Procedimentos	Manutenção	
Morfina (analgésico sem ação sedativa)	0,05 a 0,2 mg/Kg	1 mg/ml 10 mg/ml	0,1 mg/ml	EVITAR para procedimentos. Preferir Fentanil ou Cetamina.	2 horas	Dor Moderada a Forte Pós-operatório Manutenção do Dreno de tórax
Cetamina (analgésico com boa ação sedativa)	EV: 0,5 a 2 mg/Kg IM: 1 a 4 mg/Kg	50 g/ml	Se prescrito: Em mg: 5 mg/ml Em ml: 10 x volume prescrito*	Se dose: -mínima: 20 min -máxima: 40 min	2 horas	Dor Moderada a Forte Flebotomia Punção venosa central Inserção e retirada de Dreno de Tórax
Midazolam (sedativo sem ação analgésica)	0,1 a 0,3 mg/Kg VO: Dose única 0,25 a 0,5 mg/kg Dose Máxima: 20 mg	EV: 5 mg/ml VO: 2 mg/ml	Se prescrito: Em mg: 0,5 mg/ml Em ml: 10 x volume prescrito*	20 minutos	2 horas	VO: Crianças maiores de 6 meses. Pode ser associado à cetamina para procedimentos.
Etomidato (sedativo sem ação analgésica)	0,2 a 0,4 mg/Kg	2 mg/ml	Administrar sem diluir (Puro)	5 a 10 minutos	1 hora	--
* O termo "10 x o volume prescrito" significa o volume da solução não diluída + o diluente SF 0,9%.						
ANTAGONISTAS						
Medicamento	Dose e apresentação		Concentração segura para administração ev direta		Intervalo mínimo entre as doses em procedimentos	
						Continua...

Sugamadex (antagonista bloqueadores neuromusculares não despolarizantes)	2 mg/Kg 100 mg/ml	10 mg/ml	Realizar no máximo 2 doses a cada 2 a 4 minutos
Naloxone (antagonista de opioides)	0,01 a 0,02 mg/Kg 0,4 mg/ml	Administrar sem diluir (Puro) e RÁPIDO	5 a 10 minutos
Flumazenil (antagonista benzodiazepínicos)	0,01 a 0,03 mg/Kg 0,5 mg/5ml	Administrar sem diluir (Puro) e RÁPIDO	5 a 10 minutos
Medicamento	Dose e apresentação	Orientações para administração segura	
Acetilcisteína N-acetilcisteína (antagonista do paracetamol)	VO: 20 mg/ml (Acima de 2 anos) EV: 100 mg/ml	VO: Dose inicial de 140mg/kg seguida por doses de 70 mg/kg a cada 4 horas por 3 dias. EV: Dose de ataque: 150 mg/kg em 3 ml/kg de solução por 60 min; 2ª dose: 50 mg/kg em 7 ml/kg por 4 horas; 3ª dose: 100 mg/kg em 14 ml/kg por 16 horas. Diluição em Soro Glicosado 5%.	

Elaboração: Grupo gestor, Londrina, 2018.

Fonte: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2018); BRASIL (2018); BRUNTON (2012); WHO (2012).

Os participantes e os gestores sugeriram que duas cópias do quadro, em forma de banner, fossem impressas em tamanho 160 x 100 cm, em lona plástica, para facilitar a visualização dos dados contidos no mesmo pelos profissionais e pela longa durabilidade do material, respectivamente. Um banner foi fixado na sala de procedimentos da UP, local em que a equipe multiprofissional de saúde realiza os procedimentos com potencial de dor ou dolorosos no cenário de estudo. Os principais procedimentos são: punção venosa periférica, coleta de exames laboratoriais, coleta de líquido cefalorraquidiano, passagem de cateter venoso central e de inserção periférica, flebotomia, passagem de cateter vesical, passagem de cateter nasogástrico e enteral, curativos cirúrgicos e ortopédicos, administração de medicamentos pelas vias subcutânea, intramuscular e hipodérmica, bem como atendimento de intercorrências clínicas, como intubação orotraqueal, monitorização cardíaca, verificação de glicemia capilar, entre outros.

O segundo banner foi fixado na parede ao lado do computador utilizado pelos profissionais das especialidades médicas para prescrição diária de medicamentos, a fim de nortear as condutas relacionadas ao tratamento farmacológico da dor, além de representar uma ferramenta de lembrete para manutenção do conhecimento construído coletivamente.

Com o objetivo de definir padrões das condutas e cuidados na assistência, em nova reunião com os gestores do *KT*, surgiu a ideia da construção de um Procedimento Operacional Padrão (POP), como uma ferramenta moderna que deve ser elaborada junto com os membros da equipe de enfermagem para melhorar a

qualidade dos cuidados prestados, considerando a realidade do serviço (SALES et al., 2018).

O POP tem sido um instrumento gerencial e amplamente empregado pela equipe de enfermagem, destacando o imprescindível papel do enfermeiro nos processos educativos para assegurar maior segurança ao paciente a partir da correção de não conformidades na prática assistencial (SALES et al., 2018)

Dessa forma, foi elaborado junto à equipe de saúde, sobretudo de enfermagem, o POP nomeado “Sistematização do Manejo da Dor na Criança Hospitalizada” com abordagem dos seguintes tópicos: conceito, finalidade, profissionais responsáveis pela execução, indicação, descrição da técnica, orientações de como aplicar as escalas de avaliação da dor na criança, os momentos de avaliação da dor, tratamento farmacológico e não-farmacológico, e orientações de como e quando realizar anotação da dor pelos profissionais.

O instrumento foi encaminhado ao setor de Divisão de Desenvolvimento e Pesquisa (DEPE) do hospital de estudo, e aguarda aprovação do mesmo para implantação institucional e no cenário da pesquisa.

Potencialidades e fragilidades da intervenção

A intervenção do estudo refere-se ao processo de construção coletiva do conhecimento e participativa a partir da interação entre pesquisadora e os atores/público-alvo, considerando o contexto em que é compartilhado, reproduzido e transformado nos âmbitos da ciência e prática (ABREU et al., 2017).

Dessa maneira, ressalta-se que foram respeitadas e aplicadas as propriedades recomendadas pelo *KT*, uma vez que a eficácia da intervenção pode ser justificada pelo reconhecimento dos interesses e necessidades dos participantes pela pesquisadora, de forma a subsidiar as tomadas de decisão profissional na prática assistencial (OELKE, LIMA, ACOSTA, 2015). Nesse sentido, considerando que a mensagem advém frequentemente do trabalho da pesquisadora e do conhecimento sobre os processos e os produtos da sua pesquisa, a sua figura como facilitadora na promoção do *KT* se torna imprescindível para o êxito dos resultados da intervenção (ABREU et al., 2017).

Além de investimentos financeiro e de tempo, considerando o número de encontros realizados com os profissionais, o perfil da facilitadora foi balizado em

atributos como competência, responsabilidade, domínio científico sobre o tema do estudo, comunicação efetiva e escuta ativa, abordagem e proximidade aos profissionais da equipe multiprofissional de saúde. Por tratar-se de uma atividade laboriosa, a descrição desse perfil da facilitadora fundamenta a pertinência em estabelecer alianças de confiança para manter os atores da pesquisa mobilizados, motivados e garantir a condução do processo de transferência e incorporação dos conhecimentos pelos participantes (ABREU et al., 2017).

Além disso, a seleção, criação e elaboração dos diferentes tipos de estratégias motivacionais preconizadas pelo *KT* pelo grupo gestor, e dos produtos construídos pela equipe multidisciplinar representam as principais potencialidades do estudo em questão, sobretudo pela relevância do impacto e na sustentabilidade das transformações provocadas na prática assistencial.

Entretanto, cabe aos participantes da pesquisa, o envolvimento e interesse em participar de forma assídua no processo de construção coletiva do conhecimento, bem como aplicá-lo no cenário assistencial por meio da conscientização da importância da sistematização das condutas profissionais.

Ademais, a integração das práticas construídas deve-se ao papel efetivo dos atores intermediários ou gestores do *KT*, especialmente na supervisão das condutas recomendadas na intervenção (ABREU et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção coletiva favoreceu o envolvimento dos profissionais às estratégias adotadas e sucesso da implantação da sistematização do manejo da dor na criança, uma vez que a adesão profissional às intervenções construídas coletivamente foi fundamental para que as mudanças sejam incorporadas à prática.

Além disso, o *Knowledge Translation* mostrou-se uma ferramenta útil para a melhoria da assistência à criança hospitalizada, uma vez que permite não somente a produção, mas a aplicação dos novos conhecimentos teórico-científicos, garantindo a transformação na prática. Nesse sentido, sugere-se a aplicação da intervenção e seus produtos em outras unidades destinadas ao cuidado pediátrico no país, com o intuito de orientar as condutas destinadas ao manejo adequado da dor na criança.

REFERÊNCIAS

- AAP. American Academy of Pediatrics. Disponível em: www.aap.org Acesso em: 10 de março de 2018.
- ABREU, D. M. F. et al. Usos e influências de uma avaliação: translação de conhecimento? **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro. V. 41, n. especial, p. 302-316, 2017.
- ARAÚJO, L. F. S. et al. Research Diary and its potential in qualitative health research. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. v.15, n. 3, p. 53-61.2013.
- BICE, A. A., GUNTHER, M., WYATT, T. Increasing Nursing Treatment for Pediatric Procedural Pain. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 1, p. 365-79, 2014.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário eletrônico, 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>
- 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**. Seção 1, p. 16319-20, 17 out. 1995.
- BRUNTON, L.L. GOODMAN & GILMAN: As bases farmacológicas da terapêutica. 12ª ed. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill, 2012.
- CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **Guide to Knowledge Translation at CIHR: Integrated and End of Grant Approaches**. Ottawa, 2012. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf> Acesso em: 10 jun. 2018.
- CANDIDO, L. K.; TACLA, M. T. G. M. Assessment and characterization of pain in children: the use of quality indicators. **Rev. Enfer. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 526-32, 2015.
- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar** [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 1993.
- COSTA, T. et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. **Rev Esc Enferm USP**. v. 51: e03210. 2017.
- ERKUT, Z; YILDIZ, S. The effect of swaddling on pain, vital signs and crying duration during heel lance in newborns. **Pain Management Nursing**, Istanbul, v. 7, n. 5, p 1-9, 2017. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779961>>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- FACCIOLI, S. C. **Manejo da dor pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem**. 66 p. Dissertação. Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2017.

GE, X. et al. Bayesian estimation on diagnostic performance of Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability and Neonatal Infant Pain Scale for infant pain assessment in the absence of a gold standard. **Pediatric Anesthesia**, v.25, n.8, p.834-839, 2015.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP), **IASP Taxonomy**, 2012. Disponível em: <<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>> Acesso em: 16 mai. 2017.

LAWRENCE, J et al. The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw.* v. 12: p. 59-66.1993.

LINHARES, M. B. M. et al. Assessment and management of pediatric pain based on the opinions of health professionals. **Psychology&Neuroscience**. v. 7, n. 1, p. 43-53, 2014.

LISBOA, L. V.; LISBOA, J. A. A.; SA, K. N. O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 57-60, Mar. 2016.

MATHEWS, L. Pain in Children: negligenciada, não tratada e mal administrada. **Jornal indiano de cuidados paliativos** . v. 17 (Suppl): S70-S73, 2011.

MELO, G. M. M. et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n.4, p.395–402, 2014.

OELKE, N. D, LIMA, M. A. D. S; ACOSTA, A. M. Knowledge translation: translating research into policy and practice. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36, n. 3, p. 113-7, 2015.

SALES, C. B. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Rev Bras Enferm.** v. 71, n.01, p. 138-46, 2018.

SILVA, L. D. G. et al. Scales of assessment of pain: the process of implementation in a pediatric intensive care unit. **Rev enferm UFPE on line.** v. 8, n. 4, p. 857-63, 2014.

TRENTINI, M, PAIM, L; SILVA, D. M. V. **Pesquisa Convergente Assistencial - PCA**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde**: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

VALERI, B. O.; HOLSTI, L.; LINHARES, M. B. Neonatal pain and development outcomes in children born preterm: a systematic review. **Clin J Pain.** v. 31 n. 4, p. 355-62.2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44540/9789241548120_Guidelines.pdf;jsessionid=D8A2718D237DBC2F19AE8014E1989C01?sequence=1

Manuscrito 2:**IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO MANEJO SISTEMATIZADO DA DOR EM
UNIDADE PEDIÁTRICA****Resumo**

Objetivo: Descrever o impacto da implantação do manejo sistematizado da dor na criança a partir da análise dos registros em prontuários quanto à avaliação e tratamento da dor na criança. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial realizada na unidade pediátrica de um hospital universitário do sul do Brasil. Foi aplicado um questionário sociodemográfico sobre a categoria profissional, sexo e o tipo de vínculo empregatício, aos 66 profissionais de saúde que participaram dos grupos de convergência. E após 4 meses da implantação da sistematização do manejo da dor na criança, a partir das estratégias do *Knowledge Translation*, foram coletados dados nos prontuários de todas as crianças internadas nos meses de prontuários dos quais 72% das prescrições de enfermagem apresentavam registro julho e agosto de 2018, para analisar o registro da dor como 5º sinal vital, o uso de escalas para sua avaliação instituídas no cenário de estudo, tratamento realizado e a presença de anotação profissional. Foi usada estatística descritiva para a análise dos dados. **Resultados:** Foram analisados 70 como 5º sinal vital e a maioria realizadas no período matutino. Destas avaliações, 95% como dor zerada, 5% os escores não foram condizentes com as escalas de avaliação da criança utilizadas no local da pesquisa, apenas 15,7% dos prontuários apresentavam anotação sobre a dor e 97,1% do total não apresentavam anotação sobre sua reavaliação. O tratamento não-farmacológico foi realizado 69 vezes com destaque de 55,1% para amamentação. Em relação às prescrições médicas analisadas, 100% continham analgesia adequada de acordo com o quadro farmacológico previamente elaborado. **Considerações finais:** A implantação da sistematização do manejo da dor na criança possibilitou proximidade e uso das escalas de avaliação de sua intensidade, registro como 5º sinal vital, documentação e tratamento da dor pelos profissionais de saúde.

Descritores: Criança; Dor; Enfermagem Pediátrica; Manejo da Dor; Prática Clínica Baseada em Evidências.

IMPACT OF THE IMPLANTATION OF SYSTEMATIC PAIN MANAGEMENT IN PEDIATRIC UNIT

Abstract

Objective: To describe the impact of the implantation of the systematization of pain management in the child, based on the analysis of the records in medical records regarding the evaluation and treatment of pain in the child. **Method:** Convergent Care Research carried out in the pediatric unit of a university hospital in the south of Brazil. A sociodemographic questionnaire on the professional category, sex and type of employment relationship was applied to the 66 health professionals who participated in the convergence groups. And after 4 months of the implantation of the systematization of pain management in the child, from the *Knowledge Translation* strategies, data were collected in the medical records of all hospitalized children in the months of July and August of 2018, in order to analyze the pain register as 5th vital sign, the use of scales for their evaluation instituted in the study scenario, treatment performed and the presence of professional annotation. Descriptive statistics were used for data analysis. **Results:** A total of 70 records were analyzed and it was found that 72% of the nursing prescriptions were recorded as the 5th vital sign and most of them were performed in the morning. Of these evaluations, 95% as zero-rated pain, 6% the scores were not consistent with the child's scales used at the research site, only 15.7% of the charts were annotated on pain and 97.1% of the total did not present reevaluation. The non-pharmacological treatment was performed 69 times, with a 38% highlight for breastfeeding. Regarding the medical prescriptions analyzed, 100% contained adequate analgesia according to the pharmacological framework previously elaborated. **Final considerations:** The implantation of the systematization of pain management in the child made possible the proximity and use of the intensity scales, recording as 5th vital sign, documentation and pain treatment by health professionals.

Keywords: Child; Pain; Pain Management; Evidence- Based Practice; Patient Care Team; Pediatric Nursing.

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL MANEJO SISTEMATIZADO DEL DOLOR EN UNIDAD PEDIÁTRICA

Resumen

Objetivo: Describir el impacto de la implantación de la sistematización del manejo del dolor en el niño a partir del análisis de los registros en prontuarios cuanto a la evaluación y tratamiento del dolor en el niño. **Método:** Investigación Convergente Asistencial realizada en la unidad pediátrica de un hospital universitario del sur de Brasil. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico sobre la categoría profesional, sexo y el tipo de vínculo laboral, a los 66 profesionales de salud que participaron de los grupos de convergencia. Y después de 4 meses de la implantación de la sistematización del manejo del dolor en el niño, a partir de las estrategias de la *Knowledge Translation*, se recogieron datos en los prontuarios de todos los niños internados en los meses de julio y agosto de 2018, para analizar el registro del dolor como 5º signo vital, el uso de escalas para su evaluación instituidas en el escenario de estudio, tratamiento realizado y la presencia de anotación profesional. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos. **Resultados:** Se analizaron 70 prontuarios y se verificó que 72% de las prescripciones de enfermería presentaban registro como 5º signo vital y la mayoría realizadas en el período matutino. En la mayoría de los casos, el 95% de los encuestados presentaban una anotación sobre el dolor y el 97,1% del total no presentaba el 95% como dolor cero, el 6% los scores no concordaron con las escalas de evaluación del niño utilizados en el sitio de la investigación, sólo el 15,7% la anotación sobre su reevaluación. El tratamiento no farmacológico fue realizado 69 veces con destaque de 38% para lactancia. En relación a las prescripciones médicas analizadas, el 100% contenía analgesia adecuada de acuerdo con el cuadro farmacológico previamente elaborado. **Consideraciones finales:** La implantación de la sistematización del manejo del dolor en el niño permitió proximidad y uso de las escalas de evaluación de su intensidad, registro como 5º signo vital, documentación y tratamiento del dolor por los profesionales de salud.

Palavras clave: Dolor; Enfermeira Pediátrica; Grupo de Atención al Paciente; Manejo del Dolor; Niño; Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

INTRODUÇÃO

A dor representa um sintoma comum na hospitalização pediátrica e, devido a diversos procedimentos invasivos e dolorosos, a criança a reconhece como uma experiência traumática, que pode ser minimizada a partir de estratégias profissionais para o seu manejo adequado (COSTA et al., 2017; SILVA et al., 2014). Quando não tratada com prioridade, a dor crônica pode ocasionar distúrbios físicos e psiquiátricos na fase adulta (FRIEDRICHSDORF et al., 2016), além de elevados níveis de estresse e sofrimento na criança e sua família (CANDIDO; TACLA, 2015; SILVA et al., 2014).

Entretanto, as medidas preventivas e para alívio da dor ainda são pouco valorizadas e aplicadas na assistência à criança (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014) e, portanto, devem ser abordadas pelos profissionais de saúde a partir do manejo adequado da dor na criança e no adolescente (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014; CANDIDO; TACLA, 2015).

Tal inadequação pode estar associada, por exemplo, à dificuldade em realizar sua avaliação em crianças menores, incapazes de realizar o autorrelato da dor, e à crescente necessidade de melhor entendimento pelos profissionais de saúde sobre o processo doloroso na criança (BLASI et al., 2015).

Estudos realizados no cenário desta pesquisa enfatizam a ausência da avaliação e do registro adequado da dor em prontuários hospitalares, e indicam que os profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, apresentam dificuldades em quantificar a intensidade da dor na criança, resultando, conseqüentemente na subnotificação e tratamento inadequado (CANDIDO; TACLA, 2015; FACCIOLI, 2017; LINHARES et al., 2014).

Estudo sobre o alívio da dor e ansiedade na criança em atendimentos de emergência defende a necessidade de estratégias integradas ao desenvolvimento de protocolos assistenciais e abordagens para conscientização profissional para o manejo da dor adequado, além da preocupação com a promoção de conforto à criança e sua família (FEIN et al., 2012)

Nesse sentido, com o intuito de minimizar a lacuna existente entre a produção de evidências científicas sobre o manejo da dor na criança e sua utilização na prática assistencial, foi realizada a sistematização do manejo da dor para

profissionais de saúde em unidade pediátrica a partir das estratégias preconizadas pelo marco conceitual *Knowledge Translation (KT)* (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Esse conceito abarca as etapas de criação do conhecimento até sua aplicação para gerar benefícios para a sociedade (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

O *KT* é definido pelo *Canadian Institutes of Health Research (CIHR)*, como “um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, difusão, troca e aplicação eticamente sólida de conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços de saúde e produtos mais eficazes, e fortalecer o sistema de saúde” (p.1, 2012)

Dessa forma, nesta pesquisa, foi considerada a hipótese de que a implantação da sistematização do manejo da dor, baseada em evidências científicas, para a equipe de saúde na Unidade Pediátrica (UP) de um hospital universitário do sul do Brasil, poderia possibilitar a padronização das estratégias de avaliação e tratamento, e aprimorar a atuação dos profissionais, reduzindo, assim, a dor sentida pela criança.

Diante deste contexto, o presente estudo teve como objetivo descrever o impacto da implantação da sistematização do manejo da dor a partir da análise dos registros em prontuários quanto à avaliação e tratamento da dor da criança.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo caracterizou-se como uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que visa à articulação entre a pesquisa e a prática assistencial de modo a introduzir inovações teorizadas na assistência à saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Uma Unidade Pediátrica (UP) de um hospital universitário do sul do Brasil, que possui vinte leitos para atendimento em diversas modalidades médicas, constituiu o cenário do estudo. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição (nº 1.816.082 e CAAE nº 61380316.5.0000.5231).

Em uma primeira etapa, o estudo abarcou a implantação da sistematização do manejo dor a partir das estratégias do *KT* e inúmeros grupos de convergência com os participantes, técnica de coleta de dados que almeja a participação e a construção coletiva de conhecimento embasadas em evidências científicas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Ademais, a pesquisadora utilizou um

diário de campo para compreender as impressões pessoais dos profissionais de saúde acerca das condutas para manejo da dor na criança, uma vez que esse caderno de notas pode ser utilizado para registrar as conversas informais, observações dos participantes durante as falas, bem como as manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados na pesquisa (ARAÚJO et al., 2013). E por fim, elaborou-se coletivamente um quadro farmacológico para tratamento da dor e um Procedimento Padrão Operacional (POP) para nortear as condutas para o manejo da dor, ações que envolveram, no total, 66 profissionais entre aqueles das equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, correspondendo à 90,4% dos trabalhadores existentes envolvidos na UP.

A segunda etapa, foco deste artigo, ocorreu nos meses de julho e setembro de 2018, dividiu-se em duas fases: aplicação de questionário sociodemográfico com os participantes, composto pelos itens referentes à categoria profissional, sexo e o tipo de vínculo empregatício. Posteriormente, foi realizada uma análise dos prontuários de todas as crianças internadas na UP nos meses de julho e agosto de 2018 por meio de um roteiro elaborado pela pesquisadora um roteiro composto pelos seguintes itens: mês da coleta, dados de identificação da criança (iniciais do nome, data de nascimento, idade e sexo), diagnóstico de internação, tempo de permanência na UP, número do prontuário e desfecho clínico (alta, óbito, transferência extra hospitalar ou para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)).

Além disso, esse instrumento possibilitou analisar, nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) e verificar a presença de dor em qualquer momento do dia; o uso da escala adequada de acordo com a faixa etária e nível de desenvolvimento cognitivo da criança e suas respectivas intensidades; o tratamento farmacológico realizado e o intervalo de administração (de horário, se necessário, ou a critério médico); medidas não-farmacológicas utilizadas; e a presença da anotação de enfermagem e a reavaliação da dor após intervenção.

Cada prontuário foi analisado até a alta hospitalar ou até o sétimo dia de internação na UP da criança, o que ocorresse antes, devido à cronicidade das condições de saúde das crianças em internações de longas permanências. Dessa forma, ressalta-se que, em caso de nova internação da mesma criança, era preenchido um novo instrumento. Ademais, foi realizado, ainda, um pré-teste dos prontuários com a finalidade de identificar se o roteiro para sua análise, sua forma e

conteúdo apresentavam clareza e estavam adequados aos resultados que se desejava obter. Foi adicionado, portanto, o item referente à anotação de enfermagem após tratamento, para verificar a reavaliação da dor da criança.

Os dados coletados foram organizados na planilha do *Software Microsoft Office Excel 365*, dividida em: sexo, faixa etária; tempo de permanência na UP; diagnóstico médico de internação; desfecho clínico da internação; registro da dor como 5º sinal vital nos turnos de trabalho; avaliação da dor com uso da escala adequada; tratamento farmacológico da dor realizado; tipo de administração dos medicamentos para tratamento farmacológico para dor; medidas não-farmacológicas realizadas pela enfermagem; registro da dor em anotação de enfermagem; registro sobre a reavaliação da dor e desfecho clínico da internação. A análise se deu por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS

A primeira fase deste estudo compreendeu a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, por meio de questionário composto pelos itens referentes à categoria profissional, sexo e tipo de vínculo com a instituição.

Os profissionais apresentaram as seguintes características: 84,8% do sexo feminino, a maioria foram auxiliares/ técnicos de enfermagem (41%), 22 (33,3%) profissionais participaram de treinamento acerca do manejo da dor em criança no último ano; e o vínculo mantido pela maior parte foi bolsista (residentes) (42,4%), sobretudo por tratar-se de um hospital universitário, seguido por 40,9% de estatutário. Detalhes são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil da equipe multiprofissional atuante na Unidade Pediátrica. Londrina - PR – 2018.

Variáveis de caracterização	N	%
Categoria profissional		
Médico docente e gestor da equipe	2	3,0
Médico Residente (Pediatria/Cirurgia Pediátrica/Ortopedia)	17	25,7
Enfermeiro	9	13,6
Enfermeiro Residente em Saúde da Criança	5	7,6
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	27	41,0
Fisioterapeuta Residente	6	9,1
Sexo		
Feminino	56	84,8
Masculino	10	15,2
Vínculo empregatício		
Estatutário	27	40,9
Processo seletivo	11	16,7
Bolsista (residentes)	28	42,4
Capacitação no manejo da dor		
Sim	22	33,3
Não	44	66,7

Fonte: Própria autora (2018).

Foram analisados todos os prontuários referentes às internações das crianças na UP dos meses de julho e agosto de 2018 resultando em 70 prontuários de 67 crianças, a maioria delas foi do sexo masculino (51,4%) com faixa etária entre 3 dias a 11 anos. O tempo de permanência variou entre um a 48 dias, com a maioria das internações com menos de 5 dias (71,4%); predominância da alta hospitalar como desfecho clínico (98,6%); diagnósticos médicos diversos agrupados em capítulos de acordo com a Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) (OMS, 2008) conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização das internações pediátricas nos meses de julho e agosto – Londrina - PR – 2018.

Itens avaliados			
	Sexo	N	%
	Masculino	36	51,4
	Feminino	34	48,6
	Faixa etária		
	0 - 1 ano	21	30,0
	1 - 5 anos	21	30,0
	5 - 12 anos	28	40,0
	Capítulos CID		
	Doenças do aparelho digestivo	15	21,4
	Doenças do aparelho geniturinário	19	27,1
	Algumas afecções originadas no período neonatal	2	2,9
	Doenças do sistema nervoso	3	4,3
	Doenças do aparelho respiratório	11	15,7
	Doenças do sistema osteomuscular	13	18,6
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	4,3
	Outros	4	5,7
	Tempo de Permanência em dias		
	0 - 5 dias	50	71,4
	6 - 10 dias	13	18,6
	11 - 15 dias	5	7,1
	Acima de 15 dias	2	2,9
	Desfecho clínico		
	Alta	69	98,6
	Transferência para a UTI Pediátrica	1	1,4

FONTE: Própria autora (2018).

Verificou-se que 72% dos prontuários analisados apresentavam registro da dor como 5º sinal vital, considerando e seu potencial ideal, ou seja, o número total possível de avaliações realizadas no período. A maioria dessas avaliações foram realizadas no turno da manhã (82%) (para detalhes, vide Tabela 3). Em contrapartida, na próxima linha da mesma tabela (Ausência da avaliação), apresenta-se os dados referentes aos prontuários em que não continham registro da dor.

Ressalta-se que na UP são preconizadas duas escalas de intensidade da dor: a Escala de Dor para Recém - Nascidos (*NIPS - Neonatal Infant Pain Scale*), indicada para aplicação em crianças menores 3 anos de idade ou incapazes do

autorrelato, baseia-se em alterações comportamentais e fisiológico e sua pontuação pode variar de zero a sete pontos, de acordo com os significados: zero ponto, sem dor; um e dois pontos, dor fraca ou leve; três a cinco pontos, dor moderada; e seis a sete pontos, dor grave ou forte (ERKUT; YILDIZ, 2017). Já a Escala de Faces de Claro (1993) é indicada para crianças maiores de três anos e utiliza cinco diferentes expressões do personagem *Cebolinha*, de criação do cartunista brasileiro Maurício de Souza, identificadas pela própria criança: sem dor, dor leve, moderada, forte e insuportável, com pontuação de zero a quatro, sequencialmente. (CLARO, 1993).

Dessa forma, das avaliações da dor como 5º sinal vital realizadas (715, conforme Tabela 3, ou seja, o potencial ideal referente ao item “Escala adequada”), 94% apresentaram escores entre os valores mínimos e máximos condizentes com as escalas de intensidade preconizadas na UP. Contudo, não foi possível afirmar se foi utilizada a escala de acordo com a faixa etária e/ou desenvolvimento cognitivo, uma vez que ambas possuem pontuações correspondentes.

Além disso, dessas avaliações (671, ou seja, o potencial ideal, haja vista este ser o número de vezes em que houve anotação dos escores correspondentes aos das escalas utilizadas na UP), 97% (649, conforme o item “Dor com escore zero” da Tabela 3) apresentaram seu registro com escore zero, em 3% (22, conforme o item “Dor com escore zero” da Tabela 3) das crianças houve presença de dor, com sua intensidade predominantemente leve (64%), sem registro de reincidência. Para detalhes, vide Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização das avaliações da dor na criança hospitalizada por período – Londrina - PR – 2018.

Itens avaliados	Manhã			Tarde			Noite						Total		
	N (a)	Potencial ideal (b)	Proporção (a/b)	N (a)	Potencial ideal (b)	Proporção (a/b)	22:00			04:00			N (a)	Potencial ideal (b)	Proporção (a/b)
							N (a)	Potencial ideal (b)	Proporção (a/b)	N (a)	Potencial ideal (b)	Proporção (a/b)			
5º sinal vital	214	261	82%	190	243	78%	170	242	70%	141	242	58%	715	988	72%
Ausência da avaliação	47	261	18%	53	243	22%	72	242	30%	101	242	42%	273	988	28%
Escala adequada	204	214	95%	177	190	93%	159	170	94%	131	141	93%	671	715	94%
Dor com escore acima de zero	9	204	4%	7	177	4%	3	159	2%	3	131	2%	22	671	3%
Dor com escore zero	195	204	96%	170	177	96%	156	159	98%	128	131	98%	649	671	97%
Intensidade da dor															
Leve	7	9	78%	4	6	67%	1	3	33%	2	4	50%	14	22	64%
Moderada	0	9	0%	0	6	0%	0	3	0%	1	4	25%	1	22	4%
Forte	2	9	22%	2	6	33%	2	3	67%	1	4	25%	7	22	32%

Fonte: Própria autora (2018).

O tratamento farmacológico da dor foi realizado em 53 crianças. Quando da avaliação da dor como 5º sinal vital, observaram-se 443 casos de administração de medicamento. Tal prática foi realizada, aproximadamente, o mesmo número de vezes em todos períodos (manhã, tarde e noite). Os medicamentos mais utilizados, em ordem decrescente foram: dipirona, paracetamol, morfina, ibuprofeno e midazolam. Ressalta-se que todas as prescrições médicas analisadas continham analgesia adequada de acordo com o quadro farmacológico da dor elaborado coletivamente pelos participantes.

A administração farmacológica para tratamento da dor denominada “de horário”, ou seja, quando os intervalos entre as doses são estabelecidos pelo profissional médico no momento da prescrição diária, esteve presente em 31,6% dos medicamentos. Em 65% dos casos foram prescritas “se necessário”, ou seja, ficam a critério de outro profissional, pertencente à equipe de enfermagem ou de fisioterapia, quando após identificação, avaliação, se constata presença de dor, e pode ser preparada e administrada pela enfermagem. O termo “a critério médico”, presente em 3,4% dos casos, é utilizado sobretudo na administração de opioides e consiste na administração após autorização médica.

Do tratamento não farmacológico, a partir da anotação de enfermagem, ele foi realizado 69 vezes, com destaque para maior uso da amamentação e utilização aproximadamente igual de colo e carinho, posicionamento e compressa fria. Além disso, os períodos em que se empreenderam essas práticas com maior frequência foram de manhã e à tarde.

Em relação à anotação da enfermagem, observou-se que apesar dos 22 casos de presença de dor, foram realizadas 81 anotações de enfermagem sobre a dor, suas características e o tratamento realizado para seu alívio, ou seja, apenas 15,8% deles apresentavam anotação sobre avaliação ou presença de dor e 97,1% do total dos prontuários não continham registro das condutas profissionais frente à reavaliação da dor quando comparados à proporção de crianças que receberam algum tipo de intervenção farmacológica ou não-farmacológica. Esses dados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 - Tratamento da dor na criança hospitalizada por período – Londrina - PR – 2018.

Itens avaliados	Manhã		Tarde		Noite				Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tratamento farmacológico da dor										
Dipirona	62	56,9	62	55,9	63	55,8	63	57,3	250	56,4
Paracetamol	31	28,4	36	32,4	32	28,3	33	30,0	132	29,8
Ibuprofeno	6	5,5	5	4,5	5	4,4	5	4,5	21	4,7
Morfina	10	9,2	8	7,2	11	9,7	8	7,3	37	8,4
Midazolam	-	-	-	-	2	1,8	1	0,9	3	0,7
Administração farmacológica										
De horário	34	31,2	37	33,3	36	31,9	33	30,0	141	31,6
Se necessário	72	66,1	71	64,0	72	63,7	73	66,4	290	65,0
A critério médico	3	2,8	3	2,7	5	4,4	4	3,6	15	3,4
Medidas não farmacológicas										
Colo e carinho	2	10,5	3	14,3	2	16,7	2	11,8	9	13,0
Distração	-	-	1	4,8	-	-	1	5,9	2	2,9
Posicionamento	4	21,1	4	19,0	-	-	-	-	8	11,6
Amamentação	10	52,6	10	47,6	7	58,3	11	64,7	38	55,1
Solução adocicada sem sucção	1	5,3	1	4,8	1	8,3	1	5,9	4	5,8
Compressa fria	2	10,5	2	9,5	2	16,7	2	11,8	8	11,6
Anotação de enfermagem da dor										
Sim	32	25	22	16,7	12	9,6	15	11,8	81	15,8
Reavaliação da dor	-	-	4	3,0	5	4,0	6	4,7	15	2,9

Fonte: Própria autora (2018).

DISCUSSÃO

Os resultados das análises dos prontuários das crianças internadas na UP permitiram constatar o impacto da implantação da sistematização do manejo da dor para os profissionais de saúde.

Considerando a dor como 5º sinal vital e a inaceitabilidade de sua presença nos cenários assistenciais, sua avaliação corresponde a prática clínica semelhante e tão relevante quanto a verificação dos outros quatro sinais vitais: frequências respiratória e cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal (LISBOA; LISBOA; SÁ, 2016; SILVA et al., 2014). A dor enquanto 5º sinal vital foi instituída, no cenário desta pesquisa, no ano de 2007 (NASCIMENTO; KRELING, 2011). Sua avaliação

ocorre nos horários estabelecidos, com intervalo de 6 horas entre eles, quais sejam: às 10, 16, 22 e 4 horas.

Dessa maneira, as menores incidências das avaliações da dor como 5º sinal vital nos horários das 22 e 4 horas podem ser justificadas pela representatividade do sono e descanso no período noturno, de acordo com as anotações dos diários de campo da pesquisadora.

A dor, portanto, deve ser avaliada e registrada junto aos demais SSVV nos prontuários, pelos profissionais de saúde, sobretudo, pela equipe de enfermagem, de modo a possibilitar que as devidas providências sejam tomadas e os resultados avaliados (JCAHO, 2017; MORONE; WEINER, 2013; SILVA et al., 2014).

Verificou-se, que apesar da existência do espaço dedicado ao 5º sinal vital na prescrição de enfermagem e da avaliação ser conhecida e considerada uma prática importante, os profissionais ainda não o utilizam em sua totalidade e, não preconizam sua avaliação por meio do uso de escalas de intensidade instituídas e adequadas à faixa etária e ao nível de desenvolvimento cognitivo ou não sabem como aplicá-las no campo assistencial (COSTA et al., 2017).

Apesar de considerarem a avaliação adequada relevante para nortear o tratamento da dor, os profissionais exprimiram que a aplicação da escala de intensidade ocorre mediante percepção de alteração comportamental ou quando incorporam mecanismos próprios para a avaliação da dor na criança.

Ainda que 97% dos registros de avaliação da dor apresentaram escore zero, não se pode afirmar que as crianças não sentiram dor, uma vez que esse estudo se baseia no registro profissional, impossibilitando diferenciar a prática real do registro efetuado.

Nesse sentido, estudo canadense verificou a ausência da documentação da dor em prontuários nas 24 horas, prática que impossibilita a promoção da continuidade do cuidado do paciente (STEVENS et al., 2011). Entretanto, Silva (2014) observa que a não adesão ou realização do registro da dor, não exprime a falta de sensibilização profissional à dor infantil, mas sim o manejo inadequado na criança (SILVA, 2014).

Ressalta-se que, apesar do estudo contar com a participação prévia de 33,3% dos profissionais em capacitação realizada sobre o manejo da dor na criança, considerando que o processo seletivo para a participação englobou apenas a equipe

de enfermagem, tal fato não implica na compreensão de sua relevância e necessidade de aplicação prática (STANLEY; POLLARD, 2013).

Estudo sobre a implantação da dor como 5º sinal vital, no mesmo hospital desta pesquisa, indicou que a principal limitação para sua prática foi a sobrecarga laboral associada à falta de tempo profissional (NASCIMENTO; KRELING, 2011) o que converge com os dados coletados nos diários de campo. Entretanto, vale destacar a necessidade da observação sistemática e contínua do enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem, para manutenção das condutas para o manejo adequado da dor (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

Ressalta-se que a avaliação e tratamento adequados da dor no que tange à necessidade de alívio da mesma, quando há meios para evitá-la, perfazem direitos previstos em lei da criança e do adolescente, ou seja, constitui-se um imperativo legal e ético (BRASIL, 1995; LISBOA; LISBOA; SÁ, 2015). Entretanto, as medidas preventivas e de alívio da dor têm sido pouco aplicadas na criança hospitalizada, sobretudo na assistência de enfermagem (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014; CANDIDO; TACLA, 2015).

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem compreender que a omissão dos cuidados relacionados ao paciente constitui uma ação antiética. O artigo 12 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem discorre sobre as responsabilidades e deveres: “assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (COFEN, 2017). Assim, as ausências da avaliação da dor e do seu registro como 5º sinal vital configuram atos de negligência, considerada uma infração de enfermagem e, portanto, os profissionais envolvidos devem ser julgados e receber as penalidades cabíveis (COFEN, 2017).

Quanto ao tratamento da dor em crianças, este pode ser compreendido em suas medidas farmacológicas e não farmacológicas, implementadas, respectivamente, associadas à utilização de medicamentos como dipirona, paracetamol, ibuprofeno, cetoprofeno, morfina entre outros, e ao dispender cuidados como colo e carinho, massagem, compressas etc. (WHO, 2012; WONG et al., 2012).

Essas medidas foram apreciadas por meio das respostas a três questões no roteiro de análise, as quais investigavam acerca do tratamento farmacológico realizado, da forma de administração desse (em horários específicos, quando

necessário ou a critério do médico) e das medidas não farmacológicas compreendidas.

Considerando que a maioria dos prontuários apresentaram escore zero para a intensidade da dor, e inúmeros procedimentos potencialmente, ou de fato, dolorosos são realizados diariamente na UP, o tratamento farmacológico foi empregado mesmo quando a dor não foi avaliada e/ou registrada como nula, porém podem indicar que as prescrições farmacológicas foram adequadas e promoveram alívio da dor.

Observou-se, nos dados obtidos, que a dor foi tratada de maneira adequada com fármacos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2012), ou seja, expressando a convergência da equipe médica à sistematização do manejo da dor na criança. Entretanto, a frequência da adesão ao uso do tratamento farmacológico se apresentou incompatível à incidência da mesma nos prontuários, ao uso das escalas de avaliação preconizadas na UP, presença de anotação de enfermagem e a reavaliação da dor na criança.

A OMS (WHO, 2012) determina diretrizes para nortear a farmacoterapia analgésica para a criança, na qual estabelece a estratégia “*two-step*”, conhecida como “escada analgésica”. Essa sequência terapêutica possibilita fornecer orientações para analgesia adequada a partir de uma abordagem em dois passos, de acordo a idade da criança e com a intensidade da dor (leve e moderada a forte). Para as crianças com dor leve, paracetamol, ibuprofeno e cetoprofeno devem ser recomendados como primeira opção; já em crianças com dor moderada a forte, deve ser considerada a administração de um opioide (WHO, 2012; WONG, 2012).

No entanto, de acordo com os achados nos diários de campo, a terapia farmacológica deve ser sempre iniciada pelos medicamentos recomendados no primeiro degrau da escada analgésica, indicados para dor leve, independente da intensidade referida ou avaliada pela criança. Essa percepção dos profissionais foi consonante à maior incidência de medicamentos como dipirona e paracetamol, para o tratamento farmacológico administrado por período.

Ainda, uma pesquisa acerca da prevalência, avaliação e manejo da dor na criança exprimiu que a farmacoterapia representa a principal intervenção para manejo da dor percebida pelas crianças e suas famílias (LINHARES et al., 2014), conforme verificado neste estudo.

Quanto ao tipo de administração dos fármacos, o termo “se necessário” foi majoritário ao ser comparado com “de horário” ou “a critério médico”, e considerado pelos participantes, como uma atividade que favorece a autonomia na seleção dos medicamentos prescritos de acordo com a intensidade da dor da criança pela equipe de enfermagem, responsável pelo seu preparo e administração.

Os resultados acima vão ao encontro daqueles apontados por outros autores, os quais afirmam a necessidade de tratamento mais eficaz da dor. Candido e Tacla (2015) em estudo realizado no hospital do presente estudo, verificaram deficiências no preenchimento da avaliação da dor na criança em pesquisa realizada a partir da análise de 385 prontuários. Blasi et al. (2015) ressaltaram, após estudo nesta mesma UP, o conhecimento e conscientização acerca da dor como elementos passíveis de melhoria na equipe de enfermagem.

Também Costa et al. (2017) indicaram, por meio de pesquisa empreendida em hospitais de Curitiba e sua região metropolitana, o desconhecimento de enfermeiros quanto ao registro de avaliação da dor neonatal.

Para fazer frente a tais resultados indesejados, identificados aqui e em outros estudos, recomenda-se que o manejo adequado da dor na criança englobe abordagens multidisciplinares com associação de terapias farmacológica e não farmacológicas, além da reabilitação e retorno à atividades diárias (FRIEDRICHSDORF et al., 2016; WONG et al., 2012). Vale ressaltar que a intervenção não-farmacológica não substitui o tratamento farmacológico, entretanto, podem ser associados entre si, de modo a garantir maior eficácia para controle e alívio da dor (CANDIDO; TACLA, 2015).

Além da escolha dos analgésicos para a prevenção e tratamento da dor na criança, estudos revelam que, entre as intervenções não farmacológicas realizadas pelos profissionais da equipe de enfermagem, destacam-se a glicose oral, sucção nutritiva, posicionamento, distração, oferecer carinho e colo, redução de ruídos no ambiente e o toque terapêutico (CHOTOLLI; LUIZE 2015; COSTA et al., 2017; WONG et al., 2012).

Verificou-se que as medidas não farmacológicas, apesar de abordadas na primeira fase da pesquisa, foram pouco realizadas pela equipe de enfermagem quando comparadas ao tratamento farmacológico, assim como se observou em estudos sobre o conhecimento de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos (COSTA et al., 2017; SPOSITO et al., 2017). Dessa maneira, o tratamento

não-farmacológico deve ser intensificado, legitimado e mais registrado pela equipe de saúde, sobretudo a enfermagem. Nesse sentido, a disponibilidade da glicose oral na UP foi a principal sugestão dos participantes para facilitar seu uso, quando selecionada.

Apesar de considerarem um documento relevante para respaldo profissional e segurança à assistência da criança conforme coletados nos diários de campo, os dados provenientes da investigação dos prontuários indicaram, em geral, a baixa adesão profissional da prática de registro de enfermagem, o que corresponde, especificamente, à falta de anotação da avaliação da dor, de sua reavaliação e dos tratamentos farmacológico e/ou não farmacológico realizados.

Além de assegurar a continuidade da assistência prestada, as informações presentes nos registros profissionais são relevantes para comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde (CLAUDINO; GOUVEIA; SANTOS, 2013). Neste contexto, vale destacar que a ausência da anotação de enfermagem representa uma infração ética, pois o artigo 41, da seção II, do Código de Ética, expõe a responsabilidade e dever do profissional de enfermagem de “Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência” (COFEN, 2017).

Dessa forma, a inexistência da anotação apresenta consequências potenciais deletérias à saúde do paciente, o que, em se tratando da dor, expressa-se, por exemplo, em sofrimento desnecessário (quando a inexistência corresponde à não realização e/ou à não reavaliação) e em riscos ao seu bem-estar físico (quando a inexistência da anotação é acompanhada pela administração de tratamentos, o que aumenta a possibilidade do paciente receber doses acima daquelas adequadas ou, caso seja submetido a outros procedimentos, eleva-se o risco de interações medicamentosas).

Novamente os resultados obtidos em estudo de Candido e Tacla (2015), corroboram aos desta pesquisa, pois verificaram ausência de anotações adequadas nos prontuários consultados, denotando a necessidade de aprimorar o engajamento do profissional de enfermagem com o exercício adequado da assistência.

Dessa maneira, a inexistência do registro da dor em prontuários, seja pela ausência da avaliação ou sua reavaliação após intervenção profissional (prática que ainda não tornou-se uma cultura instituída), reforça a necessidade de conscientização profissional sobre a importância e valorização dos registros das

práticas realizadas, uma vez que não possibilita saber se há ausência da avaliação da dor, das condutas assistenciais para seu manejo, do seu registro ou ambos.

A ausência ou inadequação de analgésicos na prescrição médica exprimem a crescente necessidade de reflexão sobre a prática profissional acerca das repercussões do manejo inadequado da dor na criança (CANDIDO; TACLA, 2015; FACCIOLI, 2017; PAGANINI, 2017).

Além disso, o manejo adequado da dor na criança deve ser realizado do momento da admissão até a alta hospitalar, associada ao monitoramento contínuo a partir da sistematização das condutas profissionais (FEIN et al., 2012).

CONCLUSÃO

A implantação do manejo sistematizado da dor na criança possibilitou proximidade e uso das escalas de avaliação da intensidade da dor padronizadas na UP, bem como, o registro como 5º sinal vital e a documentação da dor pelos profissionais de saúde. Ainda, considerando a adesão significativa ao tratamento analgésico baseado em evidências científicas, principalmente farmacológico quando comparado ao não-farmacológico, propiciou alívio da dor adequado e efetivo.

Ademais, para favorecer a manutenção das práticas teorizadas, deve-se considerar a relevância da participação ativa dos supervisores das equipes de saúde no incentivo, orientação e supervisão contínua dos profissionais envolvidos, bem como na promoção de capacitações periódicas e atualizadas sobre o manejo da dor na criança.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO L. F. S. et al. Research Diary and its potential in qualitative health research. **Rev. Bras. Pes. Saúde**. v.15, n. 3, p.:53-6, 2013.

BICE A. A., GUNTHER M., WYATT T. Increasing Nursing Treatment for Pediatric Procedural Pain. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 1, p. 365-79, 2014.

BLASI, D. G. et al. Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.36, n. 1, supl, p. 301-10, 2015.

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**. Seção 1, p. 16319-20, 17 out. 1995.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **Guide to Knowledge Translation at CIHR: Integrated and End of Grant Approaches**. Ottawa, 2012. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf> Acesso em: 10 jun. 2018.

CANDIDO, L. K.; TACLA, M. T. G. M. Assessment and characterization of pain in children: the use of quality indicators. **Rev. Enfer. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 526-32, 2015.

CHOTOLLI, M. R; LUIZE, P. B. Non-pharmacological approaches to control pediatric cancer pain: nursing team view. **Rev Dor**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 109-13, 2015.

CLAUDINO, H. G; GOUVEIA, E.M.L; SANTOS, S.R. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.397-402, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a20.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética do Profissional de Enfermagem**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 18 de set. 2018.

COSTA, T. et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. v.51: e03210.2017.

FACCIOLI, S. C. **Manejo da dor pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem**. 66 p. Dissertação. Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2017.

FEIN, J. A. et al. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. **Pediatrics**. v. 130, n. 5, p. 1391-1405, 2012.

FRIEDRICHSDORF S. J. et al. Chronic pain in children and adolescents: diagnosis and treatment of primary pain disorders in head, abdomen, muscles and joints. **Children (Basel)**. v. 3, n. 4, p.1-26, 2016.

JCAHO. **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 6th ed. Illinois, 2017.

LINHARES, M. B. M. et al. Assessment and management of pediatric pain based on the opinions of health professionals. **Psychology&Neuroscience**. v. 7, n. 1, p. 43-53, 2014.

LISBOA, L. V.; LISBOA, J. A. A.; SA, K. N. O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 57-60, Mar. 2016.

MORONE, N. E.; WEINER, D. K. Pain as the Fifth Vital Sign: Exposing the Vital Need for Pain Education. **Clinical Therapeutics**. v. 35, n. 11, p. 1728-32. 2013.

NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. G. D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 50-54, 2011.

OELKE N. D, LIMA M. A. D. S; ACOSTA A. M. Knowledge translation: translating research into policy and practice. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36, n. 3, p. 113-7, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10^a ed. 2008. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm> Acesso em 15 nov. 2018.

PAGANINI, A. C. **A dor como 5º sinal vital : o manejo da dor e utilização da escala de avaliação por médico pediatras**. Monografia. 42 p. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2017.

SILVA, L. D. G. et al. Scales of assessment of pain: the process of implementation in a pediatric intensive care unit. **Rev enferm UFPE on line**. v. 8, n. 4, p. 857-63, 2014.

SPOSITO, N. P. B. et al. Assessment and management of pain in newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit: a cross-sectional study. **Rev Latino-Am Enfermagem**.Ribeirão Preto, v. 12, n. 25, e2931. 2017.

STANLEY, M; POLLARD, D. Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy of Nurses in the Management of Pediatric Pain. **Pediatric Nursing**, v.39, n.4, 2013.

STEVENS, B. J.et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. **CMAJ**, 2011.

TRENTINI M., PAIM L.; SILVA D. M. V. **Pesquisa Convergente Assistencial – PCA**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014.

WONG C. et al. Pain management in children: Part 1 — Pain assessment tools and a brief review of nonpharmacological and pharmacological treatment options. **Canadian Pharmacists Journal**. 2012;145(5):222-225.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses**. Geneva, World Health Organization, 2012.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da sistematização do manejo de dor na UP permitiu que as condutas referentes à identificação, avaliação e tratamento da dor fossem reestruturadas junto aos profissionais médicos, de enfermagem e fisioterapia, sendo incorporadas na realidade do cuidado à criança na unidade de internação analisada, orientando a prática assistencial a partir de estratégias baseadas em evidências científicas.

Além disso, a intervenção tendo como marco conceitual o *Knowledge Translation*, possibilitou o aprimoramento profissional no cuidado às crianças e o aperfeiçoamento de habilidades, tais como a comunicação e o engajamento para o trabalho em equipe, de modo a resultar na melhoria de relacionamento interpessoal e multidisciplinar.

Ressalta-se que a realização de educação continuada pelos responsáveis pelas equipes envolvidas poderá assegurar a supervisão e manutenção das condutas médicas, de enfermagem e de fisioterapia para o manejo adequado da dor na criança. Ademais, para a equipe de enfermagem, sugere-se a introdução de itens na prescrição de enfermagem destinados à avaliação da intensidade da dor com a seleção da escala adequada, *NIPS* ou de Faces de Claro, e com as condutas elencadas pelo enfermeiro para alívio da dor na criança, desde o momento da admissão à evolução diária.

REFERÊNCIAS

- ALVIM, N. A T. Pesquisa Convergente Assistencial Enfermagem - Possibilidades para inovações tecnológicas. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170041, 2017.
- ANDRADE, S. R. et al. Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, jan. 2018.
- ARAÚJO, L. F. S. et al. Research Diary and its potential in qualitative health research. **Rev. Bras. Pes. Saúde**. v.15, n. 3, p.:53-6, 2013.
- BARBOSA, L. C. J. **A utilização do referencial knowledge translation na implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais - IHAC-Neo**. 124 p. Dissertação. Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2017.
- BICE, A. A., GUNTHER, M., WYATT, T. Increasing Nursing Treatment for Pediatric Procedural Pain. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 1, p. 365-79, 2014.
- BLASI, D. G. et al. Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.36, n. 1, supl, p. 301-10, 2015.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2017.
- 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**. Seção 1, p. 16319-20, 17 out. 1995.
- CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR). **Guide to Knowledge Translation at CIHR: Integrated and End of Grant Approaches**. Ottawa, 2012. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf> Acesso em: 10 jun. 2018.
- CANDIDO, L. K.; TACLA, M. T. G. M. Assessment and characterization of pain in children: the use of quality indicators. **Rev. Enfer. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 526-32, 2015.
- CHOTOLLI, M. R; LUIZE, P. B. Non-pharmacological approaches to control pediatric cancer pain: nursing team view. **Rev Dor**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 109-13, 2015.
- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar** [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 1993.
- COSTA, T. et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. **Rev Esc Enferm USP**. v. 51, e03210, 2017.

CURAN, G. R. F. **Bundle para cateter central em uma unidade neonatal : estudo de intervenção baseado no Knowledge Translation**. 139 p. Dissertação. Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2015.

ERKUT, Z; YILDIZ, S. The effect of swaddling on pain, vital signs and crying duration during heel lance in newborns. **Pain Management Nursing**, Istanbul, v. 7, n. 5, p 1-9, 2017. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779961>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FACCIOLI, S. C. **Manejo da dor pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem**. 66 p. Dissertação. Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2017.

FARELEIRA, M.J.F; CARNEIRO, A.V. Norma de orientação clínica para tratamento da dor neuropática localizada. **Rev. Dor**, v.3. p.6-48, 2011.

FEIN, J. A. et al. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. **Pediatrics**. v. 130, n. 5, p. 1391-1405, 2012.

FERREIRA, M. J. M. et al. Care of nursing team to children with peripheral venous puncture: descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 11, n. 1, p. 79-89, 2012.

FRIEDRICHSDORF, S. J. et al. Chronic pain in children and adolescents: diagnosis and treatment of primary pain disorders in head, abdomen, muscles and joints. **Children (Basel)**. v. 3, n. 4, p.1-26, 2016.

GE, X. et al. Bayesian estimation on diagnostic performance of Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability and Neonatal Infant Pain Scale for infant pain assessment in the absence of a gold standard. **Pediatric Anesthesia**, v.25, n.8, p.834-839, 2015.

GONÇALVES, B. et al. O cuidado da criança com dor internada em uma unidade de emergência e urgência pediátrica. **Rev. Dor**. v.14, n. 3, p. 179-83, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S180600132013000300005&lng=e&tlng=e>. Acesso em: 20 mai. 2018.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**. v. 26, p. 13–24, 2006.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP), **IASP Taxonomy**, 2012. Disponível em: <<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>> Acesso em: 16 mai. 2017.

JCAHO. **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 2th ed. Illinois, 2004.

LEE, G. Y. et al. Pediatric Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain: A Systematic Review. **Pediatrics**, v.133, n.3, p.500-515, 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24488733>>. Acesso em: 10 ago 2018.

LINHARES, M. B. M. et al., 2012. Pediatric pain: Prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 45, n.12, p. 1287- 94.2012.

LINHARES, M. B. M. et al. Assessment and management of pediatric pain based on the opinions of health professionals. **Psychology&Neuroscience**. v. 7, n. 1, p. 43-53, 2014.

LISBOA, L. V.; LISBOA, J. A. A.; SÁ, K. N. O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 1,p. 57- 60, Mar. 2016.

MATHEWS, L. Pain in Children: negligenciada, não tratada e mal administrada. **Jornal indiano de cuidados paliativos** . v. 17 (Suppl): S70-S73, 2011.

MELO, L. R., PETTENGILL, M.A. Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. v.10, n. 2.p. 97-102.2010.

MELO, G. M. M. et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n.4, p. 395–402, 2014.

MOREIRA, M. C. N. et al. Guidelines for a line of care for children and adolescents with complex chronic health conditions. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 1-13. 2017.

MORONE, N. E.; WEINER, D. K. Pain as the Fifth Vital Sign: Exposing the Vital Need for Pain Education. **Clinical Therapeutics**. v. 35, n. 11, p. 1728-32. 2013.

OELKE, N. D., LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Knowledge translation: translating research into policy and practice. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.36, n. 3, p. 113-7, 2015.

PAGANINI, A. C. **A dor como 5º sinal vital** : o manejo da dor e utilização da escala de avaliação por médico pediatras. 42 p. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2017. Monografia.

PAULA, C. C. et al. Pesquisa convergente assistencial: produção de dados para revelação do diagnóstico de hiv para crianças e adolescentes. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v.6, n.10, p. 91-110, abr. 2018.

PEIRCE, D. et al. Instrument validation process: a case study using the Paediatric Pain Knowledge and Attitudes Questionnaire. **Journal of Clinical Nursing**, v.25, p. 1566–75. 2016.

PILLAI RIDDELL R. R. et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (Review). **The Cochrane Library** [Internet] 2015 [acesso em 15 Mai. 2018]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006275.pub3/epdf>

QUEIROZ, F. C. **O manejo da dor por profissionais de enfermagem no cuidado de crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca.** 131 p. Dissertação. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.

SEKHON, K. K. et al. Children's Behavioral Pain Cues: Implicit Automaticity and Control Dimensions in Observational Measures. **Pain Research and Management**, 2017. Disponível em:< <https://www.hindawi.com/journals/prm/2017/3017837>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

SHAH, PS et al. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates (Review). The Cochrane Library. [Internet]. 2012.

SILVA, L. D. G.; TACLA, M. T. G. M., ROSSETTO, E. G. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 519-526, 2010.

SILVA, L. D. G. et al. Scales of assessment of pain: the process of implementation in a pediatric intensive care unit. **Rev enferm UFPE on line**. v. 8, n. 4, p. 857-63, 2014.

SILVA, L. D. G. **Pacote de medidas para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa.** 86 p. Dissertação. Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2016.

SQUARÇA, P; B. **Pacote de medidas para a prevenção de infecções causadas pela presença de cateter venoso central na criança.** 93 p. Dissertação. Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2015.

SROUJI, R.; RATNAPALAN, S.; SCHNEEWEISS, S. Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. **International Journal of Pediatrics**. p. 1-11. 2010.

STRAUS, S.; TETROE J., GRAHAM I. Defining knowledge translation. **CMAJ**. v. 4; n.181(3-4):165-8, 2009.

TADDIO A, et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. **CMAJ**. v. 182, n. 18, p. 843-55. 2010.

TOSTE, S; PALHAU, L; AMORIM, R. Neuropathic Pain in Children. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação I**, v. 27, n.1, 2015.

TRENTINI M, PAIM L; SILVA D. M. V. **Pesquisa Convergente Assistencial - PCA:** delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde:** uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

UMAN LS. et al. A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated Cochrane review. **Journal of Pediatric Psychology**. v. 33, n. 8, p. 842-54, 2008.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Website: <http://www.uel.br/hu/portal/>
Acesso em: 15 de julho de 2018.

VALERI, B. O.; HOLSTI, L.; LINHARES, M. B. Neonatal pain and development outcomes in children born preterm: a systematic review. **Clin J Pain.**; v. 31 n. 4, p. 355-62, Apr 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses**. Geneva, World Health Organization, 2012.

APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa:

“Sistematização do manejo da dor em crianças hospitalizadas e seu impacto na prática”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “Sistematização do manejo da dor para profissionais da saúde em unidade pediátrica”, a ser realizada na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário de Londrina. O objetivo geral deste estudo é analisar a implantação da sistematização do manejo da dor em uma unidade pediátrica para as equipes médica e de enfermagem. Serão desenvolvidas estratégias educativas para implantação de condutas relacionadas à prevenção, avaliação e alívio da dor em crianças hospitalizadas junto às equipes médica e de enfermagem.

Sua participação é muito importante, porém esclarecemos que ela é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

A partir da nova sistematização do manejo da dor, os benefícios esperados são otimizar a utilização de escalas de avaliação de dor e intervenções farmacológicas e não-farmacológicas baseadas em evidências científicas em relação ao manejo da dor na prática assistencial na unidade pediátrica com o objetivo de prevenir, controlar e aliviar a dor na criança.

Caso o (a) senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Enfermeira Natália Shinkai Binotto, residente na rua José Vituri,

nº 62, telefone: (43) 9837-8580. E-mail: natalia_binotto@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue ao (à) senhor (a).

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Natália Shinkai Binotto
Mestranda em Enfermagem
Universidade Estadual de Londrina
RG: 14.901.641-4

(Nome por extenso do sujeito da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Apêndice B

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Natália Shinkai Binotto, brasileira, solteira, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 384.086.658.80, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Sistematização do Manejo da Dor em Crianças Hospitalizadas e seu Impacto na Prática”, a que tiver acesso nas dependências da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Londrina.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas,

especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supramencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, _____ de _____ de 2018.

Pesquisadora Responsável

Natália Shinkai Binotto

Mestranda em Enfermagem

Universidade Estadual de Londrina

RG:14.901.641-4

Apêndice C

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Código/Número da entrevista: _____

M - Médico	RMO- Residente Médico – Ortopedia
RMP- Residente Médico- Pediatria	
RMCP- Residente Médico- Cirurgia Pediátrica	RF- Residente de Fisioterapia
E- Enfermeiro	RE- Residente de Enfermagem
AE- Auxiliar de Enfermagem	TE- Técnico de Enfermagem

1) Sexo:

Feminino

Masculino

2) Vínculo empregatício:

Estatutário

Processo Seletivo (chamamento)

Bolsista

3) Você já recebeu alguma capacitação sobre o manejo da dor em pediatria?

Não Sim

Apêndice E

Folder ilustrativo

Não Farmacológico

Além de promover a redução da percepção da dor na criança, essas medidas podem ser realizadas associadas aos fármacos.

- Colo e carinho;
- Massagem;
- Amamentação: indicada 5 minutos antes até 5 minutos após procedimentos dolorosos;
- Posicionamento que promove alívio da dor;
- Distração com uso de desenhos, vídeos, jogos lúdicos;
- Uso de solução adocicada (1 ml de glicose 50% ou 2 ml de 25%) associada ou não à sucção não-nutritiva 2 minutos antes do procedimento;
- Aplicação de compressas frias ou quentes no local.



Por que é importante anotar a dor?

Além de promover a comunicação da equipe de saúde, a ausência ou a anotação inadequada nos prontuários hospitalares podem resultar na subnotificação e no tratamento inadequado da dor da criança.

Quando anotar a dor?

- Quando a criança apresentar algum grau de dor;
- Após o uso de analgésicos e/ou medidas não-farmacológicas;
- Se houver melhora ou não da dor após intervenções de alívio a partir da reavaliação com uso das escalas.

Venha fazer parte deste projeto!



Facebook: #criançasemdor

Aliados contra a dor infantil!

Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina
Março- 2018

Responsáveis:

Enf^a Mestranda Natália Shinkai Binotto
Prof^a Dr^a Mauren T. G. Mendes Tacla

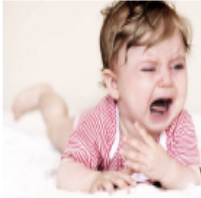


Manejo da Dor em Pediatria



Dor em Pediatria

A dor é uma sensação subjetiva e multidimensional e representa a causa de maior procura por atendimento à saúde.



Reconhecida como 5º sinal vital e é tão importante quanto a verificação das frequências respiratórias e cardíaca, temperatura e pressão arterial.

Durante a hospitalização infantil, além do afastamento familiar, as crianças são submetidas a diversos procedimentos invasivos e dolorosos, tais como: punções venosas, cirurgias, curativos e a própria doença.

O manejo inadequado da dor ocorre quando a dor não é identificada, avaliada e tratada corretamente e a criança sofre os efeitos da dor subestimada.

Efeitos da Dor não tratada

Irritabilidade Alterações de Sono

Estresse



Depressão

Fadiga

Alterações sistêmicas

Incapacidades

Avaliação da dor na Pediatria

Escala de Dor para Recém-Nascidos
(Neonatal Infant Pain Scale-NIPS)

Indicada para crianças com idade até 3 anos			
Indicador	0	1	2
Expressão Facial	Relaxada	Contraiada	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Alterada	-
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	-
Estado de Consciência	Dormindo/ Calmo	Desconfortável	-

Como aplicar?

Realizar a soma dos valores de todos indicadores fisiológico e comportamentais e classificar de acordo com a pontuação:

Zero ponto: Sem Dor
1 a 2 pontos: Dor Fraca
3 a 5 pontos: Dor Moderada
6 a 7 pontos: Dor Forte

(Lawrence, 1993)

Escala de Faces de Claro

Indicada para crianças com idade igual ou superior a 3 anos				
0	1	2	3	4
Sem Dor	Dor leve	Dor Moderada	Dor Forte	Dor Insuportável

Como aplicar?

Mostrar para a criança as expressões do personagem da Turma da Mônica e solicitar que aponte qual expressão de dor está no momento da avaliação.

(Claro, 1993)

Quem?

São os membros das equipes médica, de enfermagem e fisioterapia por serem os profissionais responsáveis pela assistência direta à criança.

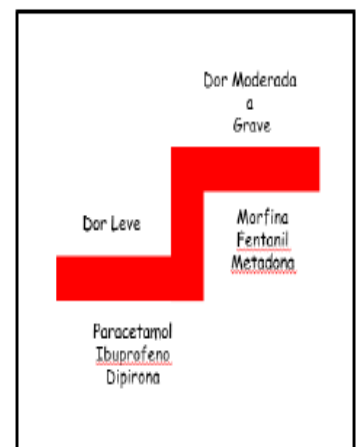
Quando?

- Na admissão hospitalar;
- Ao verificar os sinais vitais;
- Antes, durante e após os procedimentos com potencial doloroso (aspiração de vias aéreas, curativos, punção venosa);
- Após o uso de analgésicos e medidas não-farmacológicas.

Tratamento da Dor

Farmacológico

Analgésicos devem ser prescritos pelo profissional médico a partir da Escada Analgésica recomendada pela Organização Mundial da Saúde em 2012:



Apêndice F

Instrumento para prancheta #criançasemdor



Escalas de Avaliação da Dor Pediátrica

Hospital Universitário de Londrina- 2018



Escala de Dor para Recém-Nascidos (Neonatal Infant Pain Scale-NIPS)

Indicada para crianças com idade até 3 anos			
Indicador	0	1	2
Expressão Facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Alterada	-
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	-
Estado de Consciência	Dormindo/ Calmo	Desconfortável	-

Como aplicar?

Realizar a soma dos valores de todos indicadores e classificar de acordo com a pontuação:

Zero ponto: Sem Dor

1 a 2 pontos: Dor Fraca

3 a 5 pontos: Dor Moderada

6 a 7 pontos: Dor Forte

(Lawrence, 1993)

Escala de Faces de Claro

Indicada para crianças com idade igual ou superior a 3 anos				
				
0 Sem Dor	1 Dor leve	2 Dor Moderada	3 Dor Forte	4 Dor Insuportável

Como aplicar?

Mostrar para a criança as expressões do personagem da Turma da Mônica e solicitar que aponte qual expressão de dor está no momento da avaliação.

(Claro, 1993)

Vamos lembrar!

- ✓ Avaliar a dor utilizando as escalas de acordo com a faixa etária;
- ✓ Registrar como 5º Sinal Vital e anotar no prontuário da criança;
- ✓ Administrar medicamentos conforme prescrição médica.

Quando aplicar?

- ✓ Na admissão hospitalar;
- ✓ Na verificação dos sinais vitais;
- ✓ Na reavaliação da dor após administração de medicamentos;
- ✓ Antes, durante e após procedimentos invasivos.

Apêndice G

Casos sobre dor na criança hospitalizada

Caso 1:

K. S. C., 1 ano e 9 meses, sexo feminino, acompanhada pela mãe, no 1º dia pós-operatório Apendicectomia, dreno de Penrose® em inserção de ferida operatória em FID com curativo oclusivo. Mantém AVP em MSD recebendo soroterapia e medicamentos, apresenta baixa aceitação após liberação da dieta e regular aceitação do seio materno. Criança assustada aos contatos profissionais, chorosa. T: 37 C, FC: 120 bpm, FR: 30 ipm. Prescrição médica: Dipirona, Cetoprofeno.

Caso 2:

L. B. A., 4 anos e 3 meses, sexo masculino, HD: Pneumonia e derrame pleural à direita, 2º PO Lobectomia e curativo oclusivo em inserção de dreno de tórax em HTD oscilante com débito hemático em pequena quantidade, em uso de cateter nasal 1 L O₂/min, saturação 95% O₂, tiragem intercostal discreta, FR: 30 ipm. Criança em decúbito elevado 45º, pouco comunicativa, com queixa verbal de algia em inserção de dreno de tórax. Prescrição médica: Dipirona.

Caso 3:

L. B. A., 4 anos e 3 meses, sexo masculino, HD: Pneumonia e derrame pleural à direita, 2º PO Lobectomia e curativo oclusivo em inserção de dreno de tórax em HTD oscilante com débito hemático em pequena quantidade, em uso de cateter nasal 1 L O₂/min, saturação 95% O₂, tiragem intercostal discreta, FR: 30 ipm. Criança em decúbito elevado 45º, pouco comunicativa, com queixa verbal de algia em inserção de dreno de tórax. Prescrição médica: Dipirona.

Caso 4:

N. O. S., 5 dias de vida, sexo feminino, HD: Hiperbilirrubinemia neonatal em zonas I, II e V moderada, internada na Unidade Pediátrica há 1 dia, acompanhada pela mãe. Em aleitamento materno exclusivo, acomodada em berço de acrílico, em fototerapia dupla, em uso de fraldas e protetor ocular. Após duas tentativas sem sucesso e aparecimento de hematoma no local das punções venosas, foi realizada coleta de sangue. Rn choroso. Prescrição médica: Sem analgésicos.

Caso 5:

K. L. S., 5 anos e 2 meses, sexo masculino, HD: fratura radial direita em “galho verde” após queda de telhado ao soltar pipa, no 1º PO, mantendo imobilização do membro com tala gessada e perfusão periférica < 2 segundos em MSD, AVP em MSE recebendo soroterapia e medicamentos. Criança verbaliza algia, chorosa. Prescrição Médica: Dipirona, se necessário.

Caso 6:

T. M. S., 7 anos e 3 meses, sexo feminino, atropelamento por motocicleta em alta velocidade atingida em calçada, acompanhada pelo pai, no 1º pós-operatório, mantendo tala gessada em região pélvica por fratura e restrição absoluta no leito. Em uso de fraldas, AVP em MSD recebendo soroterapia e medicamentos. Criança apresenta-se agitada, chorosa, com dificuldade de dormir. Prescrição Médica: Dipirona e Tramadol.

Caso 7:


V. G. C., 5 meses, sexo feminino, ECNE, HD: Pneumonia, 2º dia de internação, em uso de CPAP, saturação de O₂ 94%, FR: 34 ipm, acompanhada pela cuidadora da instituição de origem. Apresenta mucosa nasal descamativa, eritema e edema em região nasal, eritema com perfusão periférica = 4 segundos em região orbicular externa bilateral. Criança agitada, não consegue dormir. Prescrição médica: Paracetamol.

Caso :8

L. F. S., 10 anos e 4 meses, sexo masculino, ECNE por anóxia neonatal, acompanhada pela mãe, HD: Pneumonia. Em decúbito e grades elevadas, em VPM 50% via traqueostomia, saturação 94%, FR: 32 ipm, retração de fúrcula moderada e necessidade de aspiração a cada 2 horas, com saída de secreção semi-espessa em grande quantidade. Mantém sonda de gastrostomia funcionante para administração de dieta e medicamentos, em uso de fraldas, MMSSII emagrecidos fletidos e atrofiados e palidez facial. Prescrição Médica: Paracetamol, Morfina.

Apêndice H

Procedimento Operacional Padrão

		Procedimento Operacional Padrão (POP) XXXXXXX		
POP Nº Pediatria/XXX	Versão 01	Elaboração Junho/2018	Última Revisão Mês/Ano	Página 103/9
Elaborado por:			Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Natália Shinkai Binotto Mestrado em Enfermagem- Universidade Estadual de Londrina (UEL)			Conselho de Enfermagem Divisão de Ensino e Pesquisa – DEPE	Diretoria de Enfermagem
Enfª Mª. Patrícia Basso Squarça Supervisora Pediatria e UTI Pediátrica- HU UEL				
Profª. Drª. Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla Profª. Drª. Flávia Lopes Gabani Departamento de Enfermagem –UEL				
Profº. Me. Arnildo Linck Júnior Departamento de Pediatria - UEL				
Profº. Me. Ricardo S. Parreira Departamento de Cirurgia Pediátrica- UEL				

SISTEMATIZAÇÃO DO MANEJO DA DOR NA CRIANÇA HOSPITALIZADA

CONCEITO

A sistematização do manejo da dor na criança hospitalizada engloba as fases de identificação, avaliação e tratamento.

FINALIDADE

Evitar o subtratamento a partir da dor subestimada pelas avaliações subjetivas; reduzir o estresse e o trauma propiciando uma recuperação rápida e alta hospitalar precoce da criança.

Ainda, a promoção do manejo adequado da dor na pediatria irá assegurar o direito legal da criança e do adolescente hospitalizados em não sentir dor, quando existem meios para evitá-la, conforme dispõe a Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

Profissionais responsáveis pela assistência direta à criança hospitalizada:

- Equipe de Enfermagem (Auxiliares, técnicos, enfermeiros)
- Equipe Médica (Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia e demais especialidades)
- Equipe de Fisioterapia

INDICAÇÃO:

- Identificar, avaliar a intensidade e tratar a dor em crianças na faixa etária entre zero e 12 anos internadas na Unidade Pediátrica (UP).

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

A dor pode ser definida como “[...] uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à um dano tecidual real ou potencial” pela Associação Internacional do Estudo sobre a Dor (Internacional Association for the Study of Pain-IASP). Trata-se de uma sensação subjetiva, individual, multidimensional e representa a causa de maior procura por atendimento à saúde.

Na hospitalização infantil, além do afastamento da família, as crianças são submetidas a diversos procedimentos invasivos e dolorosos, tais como: punções venosas e arteriais, cirurgias, curativos, a própria doença, coleta de exames, administração de medicamentos, drenagem torácica, sondagem vesical, aspiração de vias aéreas, gastrostomia, cânula orotraqueal, flebotomia.

Reconhecida como 5º sinal vital, a dor é considerada tão importante quanto

as frequências respiratórias e cardíaca, temperatura e pressão arterial. Pode ser classificada em aguda quando apresenta início súbito, associada a uma lesão específica e ter duração inferior a 30 dias; e em dor crônica quando constante ou intermitente, com início mal definido, origem incerta, raramente atribuída a uma lesão específica e ter duração superior a 30 dias.

A dor possui características específicas importantes que auxiliam a avaliação e tratamento adequado, são elas: localização, duração, fatores agravantes ou de alívio, qualidade (pulsante, penetrante, em queimação), intensidade (Leve, moderada e forte), etiologia (cirúrgica, do câncer, queimadura).

O tratamento inadequado da dor na criança pode gerar consequências físicas e psicológicas tais como: alterações de sono, depressão, estresse, fadiga, irritabilidade, incapacidades de realizar atividades diárias dependendo da localização da dor, alterações sistêmicas como hipertensão arterial, taquicardia, desconforto respiratório, prejuízos no desenvolvimento e crescimento infantil, com déficits na aprendizagem, memória e raciocínio.

Ainda, na experiência dolorosa, há produção de hormônios do estresse tais como o cortisol e o adrenocorticotrópico que, ao serem liberados na circulação sanguínea, promovem tensão muscular, compressão dos nervos e perfusão vascular reduzida, gerando maior intensificação da percepção da dor na criança.

Para avaliar a intensidade da dor da criança deve-se utilizar duas escalas objetivas e padronizadas:

1. Escala de Avaliação da Dor no Recém-Nascido (Neonatal Infant Pain Scale-NIPS)

Indicador	0	1	2
Expressão Facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Alterada	-
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	-
Estado de Consciência	Dormindo/ Calmo	Desconfortável	-

INDICAÇÃO

- Crianças com idade inferior que 3 anos ou que possuem déficit cognitivo/neurológico.

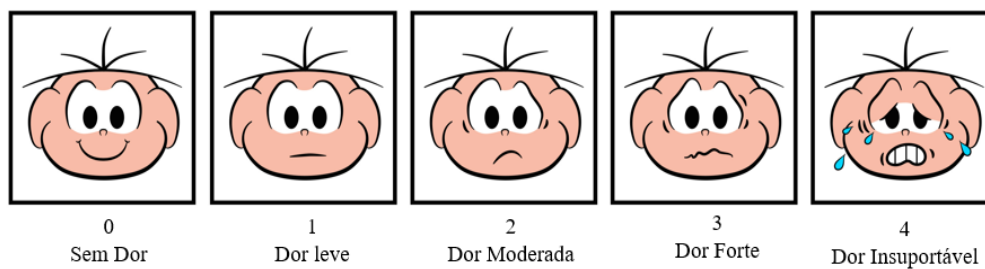
Ressalta-se a importância de valorizar a opinião dos pais e/ou cuidadores sobre o comportamento de desconforto da criança que não se expressa verbalmente.

COMO APLICAR?

Realizar a soma de todos os indicadores e classificar a intensidade da dor de acordo com a pontuação final:

- Zero ponto: SEM DOR
- 1 a 2 pontos: DOR LEVE
- 3 a 5 pontos: DOR MODERADA
- 6 a 7 pontos: DOR FORTE

2. Escala de Faces de Claro.



INDICAÇÃO

- Crianças com idade igual ou superior a 3 anos.

COMO APLICAR?

Ressalta-se a importância de explicar que a primeira imagem da esquerda indica ausência de dor e a última da direita indica a pior dor possível, insuportável. Explicar que a primeira imagem da esquerda indica ausência de dor e a última da direita indica a pior dor possível, isto é, insuportável.

QUEM DEVE APLICAR?

Todos os membros das equipes médica, de enfermagem e fisioterapia por serem os profissionais responsáveis pela assistência direta à criança.

QUANDO AVALIAR?

- Na admissão hospitalar;
- Ao verificar os sinais vitais;
- Antes, durante e após procedimento com potencial doloroso;
- Reavaliar 60 minutos após a administração de analgésicos e/ou aplicação de medidas não-farmacológicas.
- Quando solicitado pelos pais e/ou cuidadores de crianças que não se expressam verbalmente ou possuem algum déficit cognitivo.

TRATAMENTO DA DOR

Pode ser farmacológico e não-farmacológicos, ou a associação de ambos:

1. FARMACOLÓGICO

A equipe médica é responsável pela prescrição e a equipe de enfermagem pelos preparo e administração dos medicamentos.

A partir das orientações nos quadros farmacológicos abaixo:

Analgésicos e sedativos						
Medicamento	Dose	Apresentação	Concentração segura para administração Ev direta	Intervalo mínimo entre as doses para		Indicações
				procedimentos	manutenção	
Paracetamol	10 a 15 mg/kg Dose máxima: 650 mg/dia	100 mg/ ml 200 mg/ml	Via oral	4 horas	4 a 6 horas	Dor leve Deve ser utilizado como coadjuvante na associação com opioides.
Dipirona	10 a 15 mg/kg	Ev: 500 mg/ml Gotas: 500 mg/ml Solução: 50 mg/ml	Manter em 50 mg/ml Diluir 1 ml em 9 ml de sf 0,9%	4 horas	4 a 6 horas	Dor leve Vo: a partir de 3 meses Ev: a partir de 1 ano
Ibuprofeno	5 a 10 mg/kg Dose máxima: 600 mg/dia	50mg/ml 100 mg/ml	Via oral	6 horas	6 a 8 horas	Dor leve A partir de 6 meses
Cetoprofeno	0,5 mg/kg 1 gota/kg Dose máxima: 300 mg/dia	Solução: 1 mg/ml Gotas: 20mg/ml	Via oral	6 horas	6 a 8 horas	Dor leve A partir de 1 ano
Fentanil (analgésico Com baixa ação sedativa) Administração com monitorização cardíaca e presença médica.	1 a 3 mcg/kg	50 mcg/ml	Se prescrito em mcg: 5 mcg/ml	20 minutos	2 horas	Dor moderada a forte Aspiração vias aéreas Sondagem vesical Pós-operatório Flebotomia Punção venosa central Inserção e retirada de dreno de tórax
Se prescrito em ml: 10 x o volume prescrito* Infusão lenta			Associar com cetamina em dose mínima em procedimentos			
1ª opção em crise asmática, po de vias biliares, instabilidade hemodinâmica, histórico de obstipação intestinal crônica. Evitar quando sinais de hipovolemia, hipotensão ou bradicardia. Se apresentar rigidez torácica → naloxone 0,01 mg/kg (vide orientações)						
Morfina	0,05 a	1 mg/ml	0,1 mg/ml	Evitar para	2 horas	Dor

(analgésico sem ação sedativa)	0,2 mg/kg	10 mg/ml		procedimentos . Preferir fentanil ou cetamina.		moderada a forte Pós-operatório Manutenção do dreno de tórax
Não usar em hipotensão arterial, crise asmática e po de cirurgia de vias biliares.						
Cetamina (analgésico com boa ação sedativa)	Ev: 0,5 a 2 mg/kg Im: 1 a 4 mg/kg	50 mg/ml	Se prescrito em mg: 5 mg/ml Se prescrito em ml: 10 x volume prescrito*	Se dose mínima: 20 minutos Se dose máxima: 40 minutos	2 horas	Dor moderada a forte Flebotomia Punção venosa central Inserção e retirada de dreno de tórax
Não usar em tce, hipertensão intracraniana e em menores 3 meses de idade						
Midazolam (sedativo sem ação analgésica)	0,1 a 0,3 mg/kg Vo: dose única 0,25 a 0,5 mg/kg Dose máxima: 20 mg	Ev: 5 mg/ml Vo: 2 mg/ml	Se prescrito em mg: 0,5 mg/ml Se prescrito em ml: 10 x volume prescrito*	20 minutos	2 horas	Vo: crianças maiores de 6 meses. Pode ser associado à cetamina para procedimentos.
Não usar em hipotensão arterial						
Etomidato (sedativo sem ação analgésica)	0,2 a 0,4 mg/kg	2 mg/ml	Administrar sem diluir (puro)	5 a 10 minutos	1 hora	---
Não usar em sepse → risco de insuficiência adrenal						
* o termo "10 x o volume prescrito" significa o volume da solução não diluída + o diluente sf 0,9%.						
Antagonistas						
Medicamento	Dose	Apresentação	Concentração segura para administração ev direta		Intervalo mínimo entre as doses para procedimentos	
Naloxone (antagonista de opioides)	0,01 a 0,02 mg/kg	0,4 mg/ml	Administrar sem diluir (puro) e rápido		5 a 10 minutos	
Acetilcisteína N-acetilcisteína (antagonista do paracetamol)	Vide orientações	Vo: 20 mg/ml (acima de 2 anos) Ev: 100 mg/ml	Vo: dose inicial de 140mg/kg seguida por doses de 70 mg/kg a cada 4 horas por 3 dias. Ev: dose inicial de 150 mg/kg em solução glicosada 5% em infusão endovenosa administrada em 4 horas, seguida de uma dose de 100 mg/kg, em solução glicosada, em infusão endovenosa em 16 horas.			
Flumazenil (antagonista benzodiazepínicos)	0,01 a 0,03 mg/kg	0,5 mg/5ml	Administrar sem diluir (puro) e rápido		5 a 10 minutos	
Sugamadex (antagonista bloqueadores neuromusculares)	2 mg/kg	100 mg/ml	10 mg/ml		Realizar no máximo 2 doses a cada 2 a 4 minutos	

não despolarizantes)				
----------------------	--	--	--	--

- Aplicação do creme anestésico tópico ou em mucosas à base de Prilocaína e Lidocaína (Emla®): Aplicar uma camada espessa no local de escolha da introdução de cateteres venosos ou arteriais, coleta de amostras de sangue e procedimentos cirúrgicos superficiais, manter ocluído com filme plástico ou bandagem por 60 minutos antes da antissepsia e realização do procedimento. Contraindicado em crianças de até 12 meses recebendo tratamento com substâncias indutoras de metahemoglobina (sulfonamidas, dapsona, corantes à base de anilinas e cloroquina).

NÃO-FARMACOLÓGICO

Além de promover a redução da percepção da dor na criança, essas medidas podem ser realizadas associadas ao tratamento farmacológico:

- Colo e carinho: pode ser oferecido pelos cuidadores e profissionais;
- Massagem de conforto e relaxamento;
- Amamentação: indicada para crianças até 24 meses, administrar 5 minutos antes até 5 minutos após procedimentos dolorosos;
- Posicionamento da criança no leito ou poltrona com a promoção do alívio da dor;
- Distração com uso de desenhos animados, vídeos, livros, filmes, jogos lúdicos, brincadeiras;
- Uso de solução adocicada: administrar na seringa 1 ml de glicose 50% adicionada à 1 ml de água destilada ou 2 ml de glicose 25% por via oral, associada ou não à sucção não-nutritiva, 2 minutos antes do procedimento com duração analgésica de até 10 minutos, e pode ser realizada mais de uma vez, dependendo da duração do procedimento. Ressalta-se a contraindicação do uso de luvas de látex como sucção não-nutritiva na criança, uma vez que tal prática pode sensibilizá-la e induzi-la a desenvolver alergia ao látex.
- Aplicação de compressas frias: indicada para quadros de trauma com minimização da dor e dos efeitos inflamatórios a partir da vasoconstrição local onde é aplicado.

- Aplicação de compressas quentes: o calor promove vasodilatação, reduz a percepção da dor local e pode ser efetivo contra espasmos musculares, inflamações superficiais e em drenagens de líquidos resultantes de processo inflamatório. Contraindicado em casos de infecção, traumatismos, neoplasias e hemorragias.

ANOTAÇÃO DA DOR

Além de promover a comunicação da equipe de saúde, a ausência ou a anotação inadequada nos prontuários hospitalares podem resultar na subnotificação e no tratamento inadequado da dor da criança.

QUANDO ANOTAR?

- Todas as vezes que a criança apresentar queixa verbal de dor; ou quando a criança apresentar qualquer intensidade de dor após aplicação das escalas avaliativas conforme faixa etária e nível de desenvolvimento;
- Após a administração de analgésicos e/ou medidas não-farmacológicas;
- E se houver melhora ou não após realização de intervenções de alívio a partir da reavaliação da dor.
-

O QUE ANOTAR?

- Data e hora da avaliação da dor;
- Localização e características da dor;
- Sinais e sintomas observados, presença de edemas, distensão abdominal;
- Escala de dor utilizada;
- Escore da intensidade da dor: leve, moderada ou forte;
- Intervenções farmacológicas e não-farmacológicas adotadas para alívio da dor;
- Melhora ou não da dor após medidas de alívio;
- Providências adotadas em caso de persistência da dor;
- Nome completo e COREN do responsável pelo procedimento.

REFERÊNCIAS

AAP. American Academy of Pediatrics. Disponível em: www.aap.org

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário eletrônico, 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Dor Crônica. Retificada em 27 de novembro de 2015, p 195- 219. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DorCronica.pdf>

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, p. 16319-20.

BRUNTON, L.L. GOODMAN & GILMAN: As bases farmacológicas da terapêutica. 12ª ed. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill, 2012.

CLARO, M. T. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1993.

CHOTOLLI MR, LUIZE PB. Métodos não farmacológicos no controle da dor oncológica pediátrica: visão da equipe de enfermagem. Rev. dor, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 109-113, junho, 2015.

FALCÃO, A. C. M. P. et al. Treatment of pain in neonates under intensive care: a brief review. R. Enferm Cent. O. Min. v. 2, n.1, p 108-23, 2012.

IASP: IASP taxonomy [Internet]. Seattle: International Association for the Study of Pain; c1994-2012. 22 Mai 2012. [citado 2017 maio 7]; [1 tela]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>

LAWRENCE J et al. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw. v. 12: p. 59-66.1993.

ROSÁRIO SSD. et al. Nursing care for the newborn infant with pain in a neonatal intensive care unit. Revenferm UFPE on line. v. 8, n. 7, p. 2382-9, 2014.

SILVA LDG, LIMA LS, TACLA MTGM, FERRARI RAP. Escalas de avaliação de dor: processo de implantação em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev enferm UFPE on line. v. 8, n. 4, p. 857-63, 2014.

SHAH PS, HERBOZO C, ALIWALAS LL, SHAH VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates (Review). The Cochrane Library. [Internet]. 2012.

SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. vol. I e II.

PILLAI RIDDELL RR et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (Review). The Cochrane Library. [Internet]. 2015.

TADDIO A et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. CMAJ. 2010 Dez 14;182(18):E843-E855. doi: 10.1503/cmaj.101720

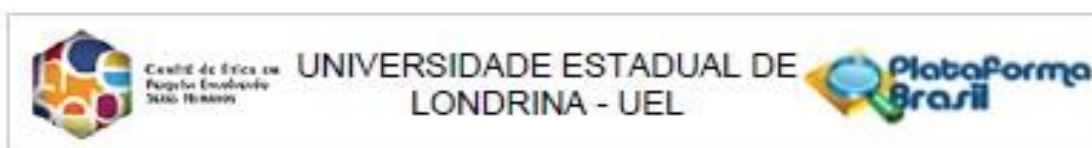
WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44540/9789241548120_Guidelines.pdf;jsessionid=D8A2718D237DBC2F19AE8014E1989C01?sequence=1

APROVADO: _____				
Diretoria Superintendente	Diretoria Clínica	Diretoria de Enfermagem	Diretoria Administrativa	Núcleo de Segurança do Paciente

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistematização do manejo da dor de crianças hospitalizadas

Pesquisador: stela cruz faucioli

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61380316.5.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.816.082

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Programa de Mestrado em Enfermagem. Segundo a pesquisadora responsável, "a dor pode ser diferente para cada criança, não apenas em função da idade, sexo ou nível cognitivo, mas também da sua compreensão do estímulo doloroso. Levando em consideração os pacientes pediátricos hospitalizados, os mesmos têm direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la e para que isso ocorra é fundamental que a dor em crianças seja adequadamente identificada, avaliada e, sobretudo, tratada. Porém, muitas vezes essa sistematização devido a falta de critérios e métodos de avaliação e registro na rotina. Dessa maneira, a utilização de instrumentos adequados para a avaliação da dor é o primeiro passo para um tratamento efetivo, seja ele farmacológico, não farmacológico ou a associação de ambos. Diante dessa problemática e das lacunas de conhecimento a respeito do tema, o presente estudo tem o objetivo readequar o manejo da dor de crianças hospitalizadas. O delineamento da pesquisa utilizará a abordagem qualitativa para parte dos resultados e quantitativa para outra, sendo realizada uma pesquisa convergente assistencial (PCA).

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora responsável:

Objetivo Primário: Readequar o manejo da dor de crianças hospitalizadas. **Objetivo**

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

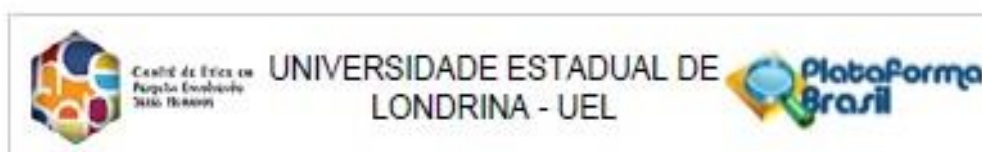
CEP: 86.057-070

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep266@uel.br



Continuação do Parecer: 1.816.082

Secundário: Analisar os registros das equipes de enfermagem e médica quanto à avaliação da dor e analgesia realizada, a partir dos prontuários. Conhecer a percepção das equipes de enfermagem e médica quanto à importância do registro da dor como 5º sinal vital. Construir, em conjunto com as equipes de enfermagem e médica, uma nova sistematização do manejo da dor baseada em evidências científicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo pode provocar um desconforto pelo tempo exigido para as entrevistas individuais. Além disso, o participante pode sentir-se constrangido devido ao momento da coleta de dados em forma de grupo de convergência.

No projeto completo (projeto detalhado), informa a pesquisadora que os participantes serão informados quanto ao risco de se sentirem desconfortáveis pelo tempo exigido para as entrevistas individuais. Além disso, o participante pode sentir-se constrangido devido ao momento da coleta de dados em forma de grupo de convergência. Caso as situações citadas ocorram, a pesquisadora se responsabilizará em interromper a entrevista e/ou o grupo de convergência e oferecer suporte ao entrevistado. Contudo, não especifica qual ou quais suportes serão oferecidos. No TCLE consta também os desconfortos que poderão surgir no entrevistado e a imediata interrupção da entrevista.

Embora alertado a responsável pela pesquisa, não foi apresentado nas "informações básicas do projeto" os riscos de forma detalhada bem como o suporte que será dado aos entrevistados. A mesma coisa deverá constar quanto ao suporte nos TCLE, sendo que neste documento apenas apresenta-se a interrupção imediata da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de elevada importância, principalmente por considerar por envolver praticamente todos os profissionais que trabalham na unidade pediátrica do Hospital Universitário, partindo o objeto de estudo de uma deficiência constatada na prática e que precisa ser corrigida e ou apresentadas hipóteses que possam dar conta das constatações feitas.

Segundo a pesquisadora, será realizado um levantamento nos prontuários das crianças hospitalizadas durante 3 meses, visando identificar a avaliação da dor realizada pela equipe de enfermagem, o registro da dor como 5º sinal vital, a analgesia médica prescrita e a analgesia realizada pela equipe de enfermagem.

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-070
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep208@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa em Saúde
Humana

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.816.082

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

01. Parecer assinado pela Diretora Superintendente Elizabeth Silva Ursi;
02. Roteiro para análise da documentação sobre dor contida nos prontuários das crianças estudadas;
03. Entrevista Semiestruturada intitulada "Opinião dos profissionais de enfermagem frente ao manejo da dor em uma unidade pediátrica";
04. Entrevista Semiestruturada "Opinião dos profissionais de medicina frente ao manejo da dor em uma unidade pediátrica".

Recomendações:

Não existem recomendações a serem feitas neste momento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_779371.pdf	25/10/2016 22:00:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.docx	25/10/2016 21:48:03	stela cruz faciolli	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/10/2016 21:36:45	stela cruz faciolli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/10/2016 15:48:22	stela cruz faciolli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	20/10/2016 15:48:10	stela cruz faciolli	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rost.pdf	20/10/2016 14:31:29	stela cruz faciolli	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer.pdf	17/10/2016 20:46:40	stela cruz faciolli	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

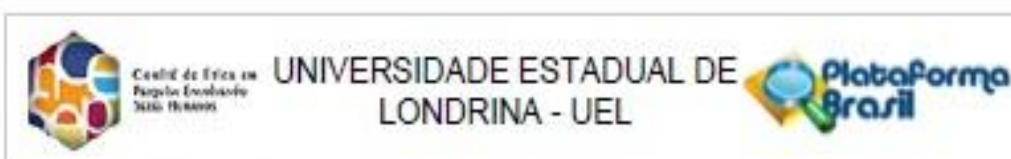
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

Município: LONDRINA

E-mail: cep208@uel.br



Continuação do Parecer: 1.016.002

Outros	Roteiro_analise.docx	11/10/2016 10:00:17	stela cruz faciolli	Aceito
Outros	Entrevista_enfermagem.docx	11/10/2016 09:59:06	stela cruz faciolli	Aceito
Outros	Entrevista_medica.docx	11/10/2016 09:58:23	stela cruz faciolli	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	11/10/2016 09:54:39	stela cruz faciolli	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	11/10/2016 09:53:13	stela cruz faciolli	Aceito
Orçamento	Orcamento_estudo.docx	11/10/2016 09:50:11	stela cruz faciolli	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 10 de Novembro de 2016

Assinado por:
Rosana Lopes
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-070

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: csp266@uel.br