



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LARISSA DOMINGAS GRISPAN E SILVA

**PACOTE DE MEDIDAS PARA O MANEJO DA DOR DA
CRIANÇA SUBMETIDA À PUNÇÃO VENOSA**

LARISSA DOMINGAS GRISPAN E SILVA

**PACOTE DE MEDIDAS PARA O MANEJO DA DOR DA
CRIANÇA SUBMETIDA À PUNÇÃO VENOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

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

Londrina
2016

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

Silva, Larissa Domingas Grispan .

Pacote de medidas para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa / Larissa Domingas Grispan Silva. - Londrina, 2016.
86 f. : il.

Orientador: Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Manejo da dor - Teses. 2. Cateterismo Periférico - Teses. 3. Pacotes de Assistência ao Paciente - Teses. 4. Enfermagem Pediátrica - Teses. I. Tacla, Mauren Teresa Grubisich Mendes. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

LARISSA DOMINGAS GRISPAN E SILVA

**PACOTE DE MEDIDAS PARA O MANEJO DA DOR DA CRIANÇA
SUBMETIDA À PUNÇÃO VENOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mauren Teresa
Grubisich Mendes Tacla
Universidade Estadual de Londrina - UEL

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

Prof^a. Dr^a. Mercedes Trentini
Universidade Federal de Santa Catarina -
UFSC

Londrina, 22 de março de 2016.

DEDICATÓRIA

A Deus, porque os planos Dele para a minha vida são muito maiores que os meus.

À minha mãe Eunice, exemplo de força e dedicação, que nunca mediu esforços para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu noivo Tiago, presente de Deus na minha vida, sempre me apoiando e jamais me permitindo desistir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por cuidar de mim com tanto carinho e me dar forças para concluir esta etapa e as próximas que virão. Não há ninguém que mereça mais agradecimentos do que Ele.

A toda a minha família, que me apoiou em todos os momentos e sempre me incentivou a ir além. Obrigada por tudo o que fizeram e fazem por mim.

Ao Tiago, meu futuro esposo, por toda motivação, compreensão e companheirismo. Te amo a cada dia mais.

Aos meus amigos, por compreenderem a minha ausência durante este período. Obrigada pelas palavras de carinho.

À minha orientadora, Professora Doutora Mauren T. G. M. Tacla, pela atenção e dedicação durante todo o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigada por confiar em mim mais uma vez, valorizando as minhas potencialidades e me auxiliando nas minhas fragilidades.

Às Professoras Doutoras Edilaine Giovanini Rossetto, Mercedes Trentini, Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza e Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, por aceitarem o convite para compor a banca desta dissertação. Agradeço pelas valiosas contribuições e por compartilharem seu conhecimento comigo enriquecendo ainda mais este estudo.

A toda equipe da Pediatria do Hospital Universitário, por me acolherem com tanto carinho e colaborarem comigo em todos os momentos. Vocês são especiais.

À Adriana, Cristiane, Iris, Iva, Tanimária e Vilma, por abraçarem a proposta desta pesquisa da forma como fizeram. Obrigada pela troca de experiências e pela dedicação. O envolvimento de vocês foi essencial para a concretização deste trabalho.

À Ligyana e Stela, residentes de Enfermagem em Saúde da Criança, e às acadêmicas do curso de Enfermagem da UEL pela parceria e colaboração na coleta de dados. Obrigada pelo empenho dedicado nas diversas etapas desta pesquisa.

À Giovana, que doou seu tempo e seu talento e com muita docilidade trouxe cor não apenas a um ambiente, mas também à vida das crianças internadas. Não tenho palavras para agradecer a sua dedicação.

Aos docentes e residentes de Enfermagem em Saúde da Criança que colaboraram voluntariamente na pintura da sala de procedimentos. Obrigada por colocarem a mão na massa, ou melhor, nas tintas junto comigo.

Aos colegas de mestrado, em especial à Áurea, Caroline, Janaína, Lígia, Maria José, Pamela e Tatiane, por compartilharem comigo tantos sentimentos durante esta caminhada. Superamos os nossos limites e hoje podemos comemorar mais uma conquista: somos Mestres.

À UEL: às docentes integrantes do Programa de Mestrado em Enfermagem por contribuírem com a minha formação e à Seção de Pós-Graduação pelo auxílio nas atividades acadêmicas. Tenho orgulho de fazer parte desta instituição.

*“Tudo posso naquele que me fortalece.”
Filipenses, 4:13*

SILVA, Larissa Domingas Grispan. **Pacote de medidas para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa.** 2016. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

A punção venosa é um dos procedimentos dolorosos realizados com maior frequência em unidades pediátricas, podendo gerar elevados níveis de sofrimento e estresse na criança, em sua família e na equipe de saúde. Apesar da numerosa produção de evidências científicas para o manejo da dor, muitas crianças continuam recebendo tratamento inadequado deste sintoma, principalmente no que se refere à dor relacionada aos procedimentos invasivos. Atualmente, destaca-se o uso de pacotes de medidas, conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas que melhoram a assistência ao paciente e quando aplicadas de forma associada, geram melhores resultados. Diante desse contexto, esta pesquisa teve como objetivo transferir para a prática assistencial evidências científicas, com enfoque na assistência de enfermagem, relacionadas ao manejo da dor de crianças submetidas à punção venosa, por meio da elaboração e implantação um pacote de medidas bem como descrever o impacto deste pacote de medidas no alívio da dor da criança. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, do tipo antes e após intervenção, desenvolvida em uma unidade pediátrica de um hospital universitário do norte do Paraná, entre janeiro e novembro de 2015. A coleta de dados ocorreu em diferentes etapas: elaboração do diagnóstico situacional da unidade, construção do pacote de medidas em conjunto com a equipe de enfermagem e avaliação do impacto do pacote de medidas. Foram realizadas observações antes e após a implantação do pacote de medidas, comparando-se a utilização de estratégias para manejo da dor e os escores de dor da criança durante 43 punções venosas. O marco conceitual *Knowledge Translation* foi adotado para nortear esse processo. O pacote de medidas é composto por seis estratégias, selecionadas pela equipe de enfermagem, que devem ser utilizadas durante a punção venosa: preparo da criança e/ou do acompanhante, distração, posicionamento da criança, amamentação, solução adocicada associada ou não à sucção não nutritiva e uso de anestésico tópico. O uso de estratégias para manejo da dor aumentou 39%. O índice de crianças com dor intensa reduziu 18%. Posicionamento da criança, distração e uso de anestésico tópico foram estratégias introduzidas na unidade após a implantação do pacote de medidas. Os participantes aprovaram o modo de elaboração do mesmo, destacando a contribuição deste para seu crescimento profissional. A intervenção contribuiu para o aumento da utilização de estratégias de manejo da dor e redução dos escores de dor da criança. O pacote de medidas ampliou as possibilidades terapêuticas para controle da dor da criança submetida à punção venosa, favorecendo a melhoria das práticas de enfermagem. A construção coletiva entre equipe assistencial e pesquisador favoreceu a adesão dos profissionais às medidas propostas, fato que contribuiu para que as mudanças sejam incorporadas à prática. A associação da Pesquisa Convergente Assistencial com o *Knowledge Translation* mostrou-se pertinente, visto que, cada qual com suas peculiaridades, visam transpor os achados das pesquisas científicas para a realidade assistencial.

Palavras-chave: Manejo da dor. Criança. Cateterismo periférico. Pacotes de assistência ao paciente. Enfermagem baseada em evidências. Enfermagem pediátrica.

SILVA, Larissa Domingas Grispan. **Patient care bundle for pain management in children undergoing venipuncture.** 2016. 86p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Londrina State University, 2016.

ABSTRACT

Venipuncture is one of the painful procedures performed more frequently in pediatric units, which can cause high levels of stress and suffering in the child, in his family and in the health team. Despite the large production of scientific evidence for the pain management, many children continue to receive inadequate treatment of this symptom, especially with regard to procedural pain. Currently, there is the use of care bundles, set of interventions based on scientific evidence to improve patient care and, when applied together generate better results. In this context, this study aimed to transfer to the clinical practice scientific evidence, focusing on nursing care relates to pain management in children undergoing venipuncture by the development and implementation of a patient care bundle and describe their impact in relieving pain related to this procedure. Convergent Care Research, before and after intervention, conducted in a northern pediatric unit of Paraná, from January to November 2015. Data collection occurred in distinct phases: elaboration of the unit situational diagnosis, development of the patient care bundle in conjunction with the researcher and members of the nursing staff and assessment of the impact of the patient care bundle. There were applied observations before and after the implementation of the patient care bundle comparing the use of strategies for pain management and children's pain scores for 43 venipunctures. The conceptual framework Knowledge Translation was adopted to guide the process. Patient care bundle with six strategies selected by the nursing staff to be used during venipuncture: the preparation of the child and/or companion, child positioning, distraction, breastfeeding, sweet-tasting solution with or without non-nutritive sucking and topical anesthetic usage. The use of strategies for pain management increased 39%. The number of children who experienced severe pain reduced 18%. Child positioning, distraction and topical anesthetic usage were introduced in the unit after the implementation of the patient care bundle. Participants approved the mode of preparation of the patient care bundle, highlighting the contribution of this to their professional growth. The intervention contributed to increase the use of pain management strategies and reduce children's pain scores. The patient care bundle extends the therapeutic possibilities for the pain control of the child undergoing venipuncture, favoring the improvement of nursing practices. The collective construction between healthcare staff and researcher favors the accession of professionals to the measures adopted, fundamental for the changes to be incorporated into practice. The association of Care Convergent Research with the Knowledge Translation proved to be relevant, since both, each with its peculiarities, aim to translate the findings of scientific research for the care reality.

Keywords: Pain management. Child. Catheterization peripheral. Patient care bundles. Evidence-based nursing. Pediatric nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das recomendações por nível de evidência – Londrina - PR - 2015.....	23
Quadro 2 – Pacote de medidas para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa - Londrina-PR - 2015.....	36

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Processo Conhecimento-para-Ação.....	26
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
CPA	Conhecimento-para-Ação
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
HUL	Hospital Universitário de Londrina
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
PV	Punção venosa
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UP	Unidade Pediátrica

SUMÁRIO

1	A MOTIVAÇÃO PELO TEMA DA PESQUISA	14
2	INTRODUÇÃO	16
3	REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1	DOR EM PEDIATRIA	19
3.2	A PUNÇÃO VENOSA NA CRIANÇA	20
3.3	MANEJO DA DOR DA CRIANÇA SUBMETIDA À PUNÇÃO VENOSA	21
3.3.1	Prática Baseada em Evidências e Manejo da Dor na Criança	21
4	MARCO CONCEITUAL	24
4.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	24
4.2	<i>KNOWLEDGE TRANSLATION</i>	25
4.2.1	Processo Conhecimento-para-Ação	26
4.2.2	A Criação do Conhecimento	27
4.2.3	O Ciclo da Ação	27
5	OBJETIVOS	28
5.1	OBJETIVO GERAL	28
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
6	MATERIAL E MÉTODO	29
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
6.2	LOCAL DO ESTUDO	31
6.3	ASPECTOS ÉTICOS	32
6.4	PARTICIPANTES	32
6.5	COLETA DE DADOS	32
6.6	ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PACOTE DE MEDIDAS: CONVERGÊNCIA ENTRE PESQUISA E PRÁTICA	33
6.6.1	Pacote de Medidas Elaborado pelos Profissionais	35
6.6.2	Descrição das Atividades de Intervenção	37

6.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
7.1	MANUSCRITO 1	42
7.2	MANUSCRITO 2	56
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES	76
	APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade e Sigilo	77
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
	APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados.....	79
	APÊNDICE D – Questionário	82
	ANEXO	83
	ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	84

1 A MOTIVAÇÃO PELO TEMA DA PESQUISA

O interesse pela área pediátrica surgiu antes mesmo da escolha pela minha profissão, pois antes de decidir ser enfermeira eu já dizia que queria cuidar de crianças. Durante o curso de graduação na Universidade Estadual de Londrina (UEL), tive a oportunidade de me aproximar dessa realidade durante os estágios e o internato na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário de Londrina (HUL), o que confirmou o meu desejo de infância.

O término da faculdade lançou-me no mercado de trabalho, o que me fez buscar aprimoramento profissional. Dessa forma, logo após a conclusão da graduação, iniciei uma especialização *latu sensu* em Enfermagem com Ênfase em Pediatria, na Faculdade Pequeno Príncipe, em Curitiba. Este foi um período de intenso crescimento profissional e pessoal e que me incentivou a realizar mais um sonho, o ingresso na Residência em Enfermagem em Saúde da Criança, novamente na UEL.

Com uma carga horária de 5010 horas vivenciadas em dois anos, pude conhecer e atuar em vários campos da área da saúde voltados para a assistência à criança e sua família como Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Banco de Leite Humano, Maternidade, Ambulatório de Quimioterapia, Centro de Tratamento de Queimados, entre outros.

Como residente, exerci funções inerentes ao papel do enfermeiro, especialmente atividades assistenciais voltadas ao paciente e sua família, além de atender às questões gerenciais dos setores onde estava inserida.

Durante o período de atuação na área pediátrica presenciei e auxiliiei a realização de diversas práticas e uma percepção inquietante me acompanhava: a realização de procedimentos invasivos na criança sem o adequado manejo da dor.

A dor sempre foi um tema que me atraiu e pouco a pouco fui me tornando mais sensível a essa questão, estudando sobre ela e tentando buscar formas de preveni-la ou aliviá-la. Tal interesse fez com que eu buscasse aprofundamento no assunto e desta forma meu trabalho de conclusão de curso e minhas monografias da pós-graduação e da residência tiveram a dor como tema.

Procedimentos potencialmente dolorosos tais como a punção venosa periférica são frequentes em uma unidade pediátrica e necessários para o

tratamento das crianças hospitalizadas, porém muitas vezes o paciente pediátrico tem a sua dor subestimada e subtratada, o que acarreta maior sofrimento e prejuízos para a criança e sua família, para a equipe de enfermagem e até mesmo para o serviço de saúde.

Em minha vivência percebia que a equipe de enfermagem se mostrava atenta a esta questão chegando, em algumas situações, a solicitar aos médicos a prescrição de medidas farmacológicas para controle da dor, muitas vezes, sem sucesso. Observava também que, frequentemente, a equipe utilizava estratégias não farmacológicas para aliviar a dor da criança, porém tais medidas eram utilizadas de forma empírica, sem embasamento científico e sem padronização. Frustrava-me ao ver crianças sentindo dor enquanto sabia que poderíamos aliviá-la e assim comecei a me questionar sobre o que poderia ser feito para melhorar as práticas assistenciais e mudar essa realidade.

No final da residência comecei a trabalhar e acabei me afastando da área pediátrica, porém mantive dentro de mim esta inquietação que acabou se tornando meu tema de pesquisa no Mestrado. Foi assim que, mais uma vez em parceria com a minha orientadora a Prof^a. Dr^a. Mauren T. Grubisich Mendes Tacla, assumi o desafio de intervir sobre a questão do manejo da dor relacionada à punção venosa periférica de pacientes pediátricos.

Acredito que pequenas transformações começam e se espalham com dedicação. Por isso, nesses dois anos me empenhei e trabalhei arduamente buscando atingir o nosso alvo de garantir o direito de alívio da dor e amenizar o sofrimento das crianças e suas famílias além de otimizar e humanizar o processo de trabalho da equipe de enfermagem. Espero ter sido o vento que espalha a mudança para que possamos fazer a cada dia a diferença na vida das crianças internadas.

2 INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma frequente durante a hospitalização pediátrica devido à realização de inúmeros procedimentos invasivos. Essa situação, porém, pode ser vivenciada pela criança de forma menos traumática se os profissionais responsáveis pelo seu cuidado estiverem sensibilizados e utilizarem estratégias adequadas para o seu manejo (SILVA et al., 2014).

Definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial [...]” (IASP, 2012) e considerada o 5º sinal vital (MELO; PETTENGILL, 2010; MOUTINHO, 2011; SILVA, et al., 2014), a dor deve ser compreendida como um fenômeno subjetivo, individual e multidimensional (BORGHI, 2012; FALCÃO, 2012; MOUTINHO, 2011; SILVA, et al., 2007), sendo abordada com prioridade na assistência ao paciente pediátrico.

Considerando-se os efeitos deletérios da dor não tratada, observa-se a crescente preocupação com a necessidade do adequado manejo da dor infantil, sendo este um grande desafio para a equipe de saúde. Nesse sentido, estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de contribuir para a desmistificação de crenças, indicar estratégias a serem utilizadas na criança com dor e sua repercussão na prática clínica (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014).

A criança e o adolescente hospitalizados têm direito de não sentir dor quando existem meios para evitá-la (BRASIL, 1995). Também são direitos do paciente decidir o nível de dor que está disposto a tolerar e escolher as estratégias que serão utilizadas para o seu controle, além de ser atendido por uma equipe qualificada e capacitada para proporcionar o alívio adequado da sua dor (BERNARDO, 2000). Em se tratando de crianças pequenas e/ou sem habilidade verbal, esse papel deve ser exercido por seus familiares (SILVA; TACLA; ROSSETTO, 2010).

A punção venosa (PV) é um dos procedimentos dolorosos realizados com maior frequência em unidades pediátricas (BEZERRA, 2009; BICE; GUNTHER; WYATT, 2014; FERREIRA et al., 2012; MELO; PETTENGILL, 2010; MOUTINHO, 2011; ROSÁRIO et al., 2014), podendo gerar elevados níveis de sofrimento e estresse na criança, em sua família e na equipe de enfermagem.

Provocando dor, desconforto e ansiedade, a PV é um dos procedimentos invasivos mais temidos pelas crianças. Dentre os sentimentos

revelados por elas tem-se: medo do desconhecido, sensação de dor no momento da inserção da agulha e limitação das atividades causadas pela punção (BEZERRA, 2009; FERREIRA et al., 2012).

Considerando-se os profissionais de enfermagem os principais executores da PV e sua possível contribuição para o alívio da dor durante esse procedimento, pressupõe-se que a reconheçam como algo doloroso. No entanto, estudos demonstram que na realidade assistencial muito pouco é feito para que se previna ou alivie a dor da criança nesse momento (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014). Diante disso, a equipe deve refletir sobre a sua prática e estar atenta à implantação de intervenções para o manejo adequado da dor relacionada à PV, tornando-a mais amena para a criança e sua família (FALCÃO, 2012; FERREIRA et al., 2012).

Diversas medidas para o alívio da dor têm sua eficácia comprovada por evidências científicas (PILLAI RIDDELL et al., 2011; TADDIO et al., 2010; TSAO et al., 2008; UMAN et al., 2008). Neste estudo, optou-se por elencar apenas as que não necessitam da prescrição de outra categoria profissional, o que possibilita à equipe de enfermagem maior empoderamento na tomada de decisão frente à experiência dolorosa da criança. Entende-se que a abordagem não farmacológica não substitui o tratamento com medicação analgésica. Porém, ao considerar a dor um fenômeno multifatorial e com influências biopsicossociais, a associação dessas modalidades de tratamento pode ser de grande relevância para o seu controle, ampliando as possibilidades terapêuticas e levando ao alívio mais rápido do sintoma (LEÃO et al., 2008; TACLA; HAYASHIDA; LIMA, 2008).

A lacuna existente entre o conhecimento científico produzido sobre o manejo da dor e sua aplicação na prática assistencial é um desafio a ser enfrentado. Conhecimentos insuficientes, crenças pessoais acerca da eficácia das estratégias não farmacológicas e falta de suporte institucional são alguns fatores que dificultam o uso de medidas de alívio da dor por parte da equipe de enfermagem (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014).

A adoção de pacotes de medidas tem sido utilizada na prática assistencial visando otimizar o cuidado prestado aos pacientes. O pacote de medidas é um conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas que, quando aplicadas em conjunto, geram melhores resultados (BRACHINE; PETERLINI; PEDREIRA, 2012).

Nessa pesquisa, foi considerada a hipótese de que trabalhar o manejo da dor relacionada à PV por meio da implantação de um pacote de medidas poderia contribuir para sensibilizar, padronizar e aprimorar a atuação da equipe de enfermagem, deixando de lado o empirismo empregado, com frequência, durante esse procedimento, reduzindo, assim a dor sentida pelo paciente.

É importante ressaltar que o envolvimento dos profissionais é fundamental para o sucesso das ações. Sendo assim, presume-se que a construção coletiva de um pacote de medidas para o manejo da dor relacionada à PV favoreça a adesão às intervenções selecionadas, tão importante para que as mudanças sejam incorporadas à prática.

Tal estratégia pode proporcionar uma melhora da qualidade da assistência ao paciente pediátrico submetido à PV, possibilitando o cuidado integral e ampliando as possibilidades terapêuticas para o controle da dor.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DOR EM PEDIATRIA

A dor é um fenômeno complexo que pode ser compreendido sob diferentes perspectivas. Uma definição simples, porém, descreve muito bem essa experiência: “dor é o que o paciente diz que sente e existe sempre que ele diz existir” (MCCAFFERY; BEEBE, 1989). Em 2001, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) adicionou à sua definição de dor a seguinte ressalva: a inabilidade de se comunicar verbalmente não exclui a possibilidade de que o indivíduo esteja experimentando dor (IASP, 2001).

Recém-nascidos, lactentes e crianças que ainda não conseguem informar sua dor de forma verbal, tendem a expressá-la de outras formas, como o choro, alteração de face, postura corporal e agitação (FALCÃO et al., 2012; ROSÁRIO et al., 2014). Dessa forma, a avaliação da dor nessa população deve ser realizada de forma ainda mais criteriosa, considerando-a como o 5º sinal vital e valorizando sua presença tanto quanto as alterações de frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e temperatura (FALCÃO et al., 2012; MELO; PETTENGILL, 2010).

Atualmente encarada como um problema de saúde, o alívio e tratamento da dor são reconhecidos como direitos humanos por diversas organizações, especialmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a IASP. Porém, apesar da crescente produção de evidências científicas sobre o tema, a dor continua sendo subtratada nos pacientes pediátricos, principalmente durante a realização de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014; LINHARES et al., 2014; MELO; PETTENGILL, 2010; ROSÁRIO et al., 2014).

Quando não tratada adequadamente, a dor sentida desde os primeiros dias de vida pode acarretar problemas futuros no desenvolvimento físico e psicológico da criança, causando alterações permanentes no sistema nervoso e podendo afetar as futuras experiências nociceptivas (CURTIS; WINGERT; ALI, 2012; FALCÃO et al., 2012; GOMES et al., 2010; LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006).

A dor é uma sensação temida por pessoas de todas as faixas etárias, principalmente pelas crianças (MELO; PETTENGILL, 2010; MORETE et al.,

2010). A equipe de enfermagem, por sua vez, tem lugar de destaque no manejo desse sintoma, pois cabe a esses profissionais a tomada de decisão sobre a implementação de medidas de alívio, promovendo o conforto e livrando a criança de vivenciar experiências dolorosas desnecessárias durante a sua hospitalização (LINHARES et al., 2012; MELO; PETTENGILL, 2010).

3.2 A PUNÇÃO VENOSA NA CRIANÇA

A PV é uma técnica utilizada para a implementação da terapia intravenosa e tem como objetivo a reposição de líquidos e fluidos, e a administração de drogas, sendo amplamente utilizado nas unidades de internação pediátrica devido ao seu baixo custo, a não necessidade de procedimentos cirúrgicos para a sua inserção e a facilidade de manuseio (FERREIRA et al., 2012; GOMES et al., 2010).

Apesar de ser um procedimento de enfermagem frequente nas unidades pediátricas, pode ser considerada uma experiência de dor aguda (MOUTINHO, 2011). Estudo realizado em um hospital público na cidade de São Paulo, com 31 crianças em idade escolar, verificou que, quando questionadas sobre a PV, 90,33% das crianças relataram ter sentido dor. Em relação às etapas da PV que mais causaram dor, foram citados o momento da aplicação do garrote, a introdução da agulha e a infusão de medicamentos, respectivamente (MORETE et al., 2010).

Na maioria das vezes, a PV é acompanhada de dor e medo, sendo percebida pela criança como uma punição ou agressão ao seu corpo (FERREIRA et al., 2012; GOMES et al., 2010; MEDEIROS et al., 2009; MORETE et al., 2010). Frente à ansiedade causada por tal intervenção, a criança pode reagir com intenso desconforto emocional e resistência física (MELO; PETTENGILL, 2010).

O sofrimento e o estresse provenientes de tais experiências invasivas podem acarretar prejuízos ao processo de desenvolvimento e crescimento da criança, além de trazer consequências futuras, entre as quais a tendência a evitar cuidados médicos (GOMES et al., 2010).

3.3 MANEJO DA DOR DA CRIANÇA SUBMETIDA À PUNÇÃO VENOSA

Ao cuidar de crianças, a equipe de saúde deve considerar as características e vulnerabilidades inerentes a essa clientela de modo a implementar medidas para amenizar o sofrimento causado pela PV, sendo este um dos desafios para a prática de enfermagem.

Medeiros et al. (2009), abordam, em seu estudo, o cuidado atraumático, definido como um cuidado terapêutico que propõe a utilização de intervenções direcionadas com o intuito de reduzir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e sua família. Portanto, cabe à equipe de enfermagem, respeitando os preceitos éticos e legais de garantir o alívio da dor da criança hospitalizada (BRASIL, 1995), empregar todos os recursos disponíveis a fim de prevenir e controlar a dor e os efeitos traumáticos relacionados a procedimentos invasivos como a PV (GOMES et al., 2010).

A analgesia ideal para procedimentos potencialmente dolorosos de curta duração deve ser livre de riscos, eficaz, com início de ação e efeito rápidos e o mínimo ou nenhuma reação adversa. As estratégias devem ser aplicadas visando facilitar a realização do procedimento com a menor dor possível e a máxima segurança (CURTIS; WINGERT; ALI, 2012).

Ao considerar a dor um fenômeno multifatorial e com influências biopsicossociais, a associação do tratamento farmacológico às terapias psicológicas e comportamentais pode ser de grande relevância para o seu controle, ampliando as possibilidades terapêuticas e levando ao alívio mais rápido do sintoma (CURTIS; WINGERT; ALI, 2012; LEÃO et al., 2008; TACLA; HAYASHIDA; LIMA, 2008).

3.3.1 Prática Baseada em Evidências e Manejo da Dor na Criança

A literatura nacional e internacional apresenta diversas evidências científicas para o alívio da dor. Merecem ser mencionadas as seguintes estratégias: amamentação, soluções adocicadas, sucção não nutritiva, modificação do ambiente, presença dos pais, posicionamento da criança, fornecimento de informações e preparo da criança, distração, técnicas de respiração, hipnose, musicoterapia, massagem e anestésico tópico (CURTIS; WINGERT; ALI, 2012, PILLAI RIDDELL et al., 2015, SHAH et al. 2012, UMAN et al., 2008).

Dentre essas, destacam-se as não farmacológicas, pois, além de não serem invasivas, possuem baixo ou nenhum custo, exigem poucos equipamentos e, em sua maioria, necessitam de breve treinamento para serem aplicadas (CURTIS; WINGERT; ALI, 2012), sua utilização possibilita à equipe de enfermagem maior empoderamento na tomada de decisão frente à experiência dolorosa da criança, porque tais medidas não necessitam da prescrição de outra categoria profissional.

A lacuna existente entre o conhecimento científico produzido sobre o manejo da dor e sua aplicação na prática assistencial é um desafio a ser enfrentado. Conhecimentos insuficientes, crenças pessoais acerca da eficácia das estratégias não farmacológicas e falta de suporte institucional são alguns dos fatores que dificultam o uso de medidas de alívio da dor por parte da equipe de enfermagem. (BICE; GUNTHER; WYATT, 2014).

Visando a mudança deste cenário, pode-se lançar mão da prática baseada em evidências. Trata-se de uma abordagem para a tomada de decisão que associa a melhor evidência disponível à experiência clínica e às preferências do paciente, e, quando aplicada com o suporte adequado, pode contribuir para o alcance de uma assistência altamente qualificada (STILLWELL et al., 2010).

Nesse contexto, em busca da fundamentação científica do cuidado prestado, destaca-se a utilização dos denominados pacotes de medidas. Essa estratégia é definida como um conjunto de intervenções baseadas em evidências que, quando aplicadas de forma associada, geram melhores resultados (BRACHINE; PETERLINI; PEDREIRA, 2012). Para sua elaboração é necessário uma busca rigorosa na literatura sobre o tema, selecionando as intervenções de acordo com seu nível de evidência (STILLWELL et al., 2010).

Considerando os diversos sistemas de classificação das evidências científicas destacam-se as hierarquias propostas pelo Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (CTFPHE, 1979) e por Stillwell et al. (2010). De acordo com o CTFPHE, as evidências são classificadas em três níveis (I, II e III) sendo associadas à sua força de recomendação (A, B ou C), conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 1. Classificação das recomendações por nível de evidência - Londrina-PR - 2015.

Força da recomendação
A - Boa evidência que sustente a recomendação; B - Moderada evidência que sustente a recomendação; C - Pobre evidência que sustente a recomendação.
Qualidade da evidência
I - Evidência ≥ 1 estudos randomizados e controlados; II - Evidência ≥ 1 bem desenhados, não randomizados, estudos analíticos caso controle ou coorte (preferencialmente abrangendo > 1 centro), múltiplas séries de casos, ou de resultados impactantes de experimentos não controlados; III - Evidências advindas de opinião de especialistas, baseada em experiência clínica, estudos descritivos, ou consensos de grupos de especialistas.

Fonte: *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* (1979).

A hierarquia de Stillwell et al. (2010), possui níveis que variam de I a VII, de acordo com o tipo de pesquisa da qual a evidência é proveniente, refletindo sua credibilidade. Portanto, quanto mais próximo de I, maior sua força, como descrito a seguir:

- Nível de evidência I: resultante de revisões sistemáticas ou metanálises que apresentam a síntese dos ensaios clínicos randomizados e controlados mais relevantes;
- Nível de evidência II: proveniente de ensaios clínicos controlados e randomizados;
- Nível de evidência III: derivada de ensaios clínicos não randomizados;
- Nível de evidência IV: decorrente de estudos de coorte ou caso-controle;
- Nível de evidência V: originada a partir de revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos;
- Nível de evidência VI: apresentada por estudos qualitativos ou descritivos;
- Nível de evidência VII: baseada na opinião ou consenso de especialistas.

A seguir será apresentado o marco conceitual utilizado como constructo teórico deste estudo.

4 MARCO CONCEITUAL

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Mesmo com a crescente evolução e dos investimentos nas pesquisas para a produção de evidências, a aplicação do conhecimento científico na prática clínica não ocorreu com a mesma intensidade (LINHARES et al., 2014).

O distanciamento entre a criação dos conhecimentos e a sua utilização faz com que inúmeros pacientes deixem de ser beneficiados (GRIMSHAW et al., 2012). Diversos estudos ilustram essa realidade. MacDermid e Graham (2009) pressupõem que 30 a 45% dos pacientes não estão recebendo cuidados de acordo com as evidências. Corroborando tal fato, Grimshaw et al. (2012) estimam que cerca de 20 a 30% dos pacientes recebem cuidados dispensáveis ou potencialmente prejudiciais, ficando expostos a danos desnecessários e podendo aumentar os custos do sistema de saúde.

Essa lacuna pode ser explicada por várias barreiras, dentre as quais o grande volume e a velocidade de evidências produzidas atualmente, o pouco acesso às suas fontes, a falta de tempo para ler as evidências existentes e de habilidades para avaliá-las e compreendê-las (GRIMSHAW, 2012).

No que tange à dor pediátrica, a transferência de conhecimentos para a prática também é um grande desafio. Apesar do avanço nas investigações, muitas crianças continuam sendo avaliadas e tratadas de forma inadequada durante o período de internação, principalmente no que se refere à dor relacionada aos procedimentos invasivos (STEVENS et al., 2013).

A produção de diretrizes tem sido incentivada e apoiada pelas organizações profissionais por ser considerada uma estratégia que reduz as variações na prática. Embora protocolos e diretrizes forneçam evidências de forma mais aplicável do que os estudos primários, é essencial adaptar as recomendações ao contexto em que elas serão utilizadas, a fim de aumentar a aceitação e adesão às mudanças propostas (HARRISON et al., 2010).

Sabe-se atualmente, que a disseminação dos achados das pesquisas, mesmo necessária, não é suficiente para melhorar os cuidados prestados ou garantir a tomada de decisões (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009). Diante desse contexto, nos últimos anos diversos estudos vêm sendo realizados

com o intuito de minimizar a lacuna existente entre as evidências científicas, as práticas e as políticas de saúde (GRIMSHAW et al., 2012).

Assim sendo e considerando-se o potencial transformador que o conhecimento científico possui, é fundamental que se desenvolvam estratégias para acelerar a aplicação dos resultados das pesquisas no cenário assistencial (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

4.2 *KNOWLEDGE TRANSLATION*

Visando a articulação e o intercâmbio entre a produção de evidências científicas e as práticas assistenciais, o *Knowledge Translation* (KT) é assim definido pelo *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR): “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).

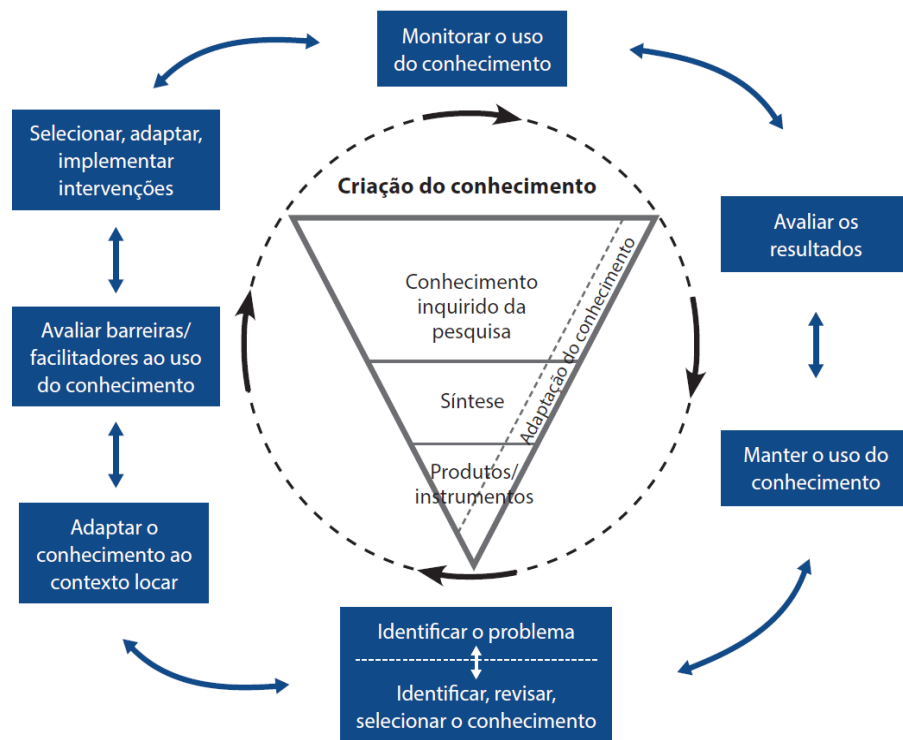
No estágio de síntese, realiza-se a contextualização e a integração do maior corpo de conhecimento disponível sobre determinado tema. Na fase de difusão é necessário identificar o público que receberá o conhecimento sintetizado, adaptar a mensagem e disseminá-la. Na etapa de troca ocorre a resolução dos problemas de forma colaborativa entre pesquisadores e usuários finais das evidências. Esta deve ser um processo interativo e adaptado às necessidades específicas do utilizador. Por fim, a aplicação eticamente sólida do conhecimento visa a sua aplicação em busca de melhorias da saúde, considerando-se os princípios éticos e valores sociais e legais (CIHR, 2012).

O KT é um conceito amplo que engloba desde a criação do conhecimento até sua aplicação para gerar benefícios para a sociedade (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). É importante ressaltar que, embora internacionalmente conhecido, o termo ainda não possui uma tradução padronizada para a língua portuguesa. Sendo assim, neste estudo optou-se por utilizar a expressão no idioma original.

4.2.1 Processo Conhecimento-para-Ação

Considerando-se o grande interesse em obter e aplicar as melhores evidências possíveis, o KT tem sido amplamente utilizado, o que tem levado ao desenvolvimento de diversas teorias e modelos (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Um desses modelos 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; ACOSTA, 2015.

O modelo contém o ciclo de criação e o ciclo de ação. O funil ilustra a criação do conhecimento e o círculo, a ação. O CPA é um processo dinâmico e flexível e suas fronteiras são mutáveis. As fases da ação podem ocorrer sequencial ou simultaneamente e podem sofrer influência das fases do conhecimento (GRAHAM et al., 2006).

4.2.2 A Criação do Conhecimento

Nessa etapa, o conhecimento é sintetizado e torna-se aplicável aos usuários finais. A parte mais larga do funil apresenta as principais pesquisas sobre o tema. Por meio da síntese, o conhecimento é agregado, e à medida que se move vai sendo refinado e se tornando mais aplicável até que sejam desenvolvidos os produtos de conhecimento, instrumentos tais como protocolos e manuais que apresentam o conhecimento em formato claro e objetivo, oferecendo recomendações práticas, facilitando a aplicação do conhecimento e permitindo que ele seja implementado na prática. Durante todo esse processo é essencial que sejam consideradas as características do contexto onde o conhecimento será utilizado (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

4.2.3 O Ciclo da Ação

O ciclo da ação compreende as fases necessárias para aplicação do conhecimento (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). São elas:

- Identificação do problema a ser estudado;
- Busca, revisão e seleção do conhecimento relevante relacionado ao tema;
- Adaptação do conhecimento ao contexto local;
- Avaliação das barreiras e dos possíveis facilitadores;
- Escolha, adaptação e implementação das intervenções para promover o uso do conhecimento;
- Monitoração do uso do conhecimento;
- Avaliação dos resultados;
- Sustentabilidade do uso das estratégias.

Na sequência, são apresentados os objetivos da pesquisa.

OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Transferir para a prática assistencial evidências científicas, com enfoque na assistência de enfermagem, relacionadas ao manejo da dor de crianças submetidas à punção venosa.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elaborar e implantar um pacote de medidas para o manejo da dor relacionada à punção venosa em crianças;

Descrever o impacto de um pacote de medidas no alívio da dor da criança submetida à punção venosa.

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), do tipo antes e após intervenção. A principal característica da PCA é a articulação entre ações de pesquisa e de assistência, visando à transferência do conhecimento para os serviços de saúde com a introdução de inovações na prática assistencial e o envolvimento do investigador no contexto estudado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Esse método, proposto por enfermeiras brasileiras em 1999, é considerado um “delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Alguns de seus princípios são: dialogicidade, pois reconhece a existência de duas instâncias acerca de um fenômeno - a da assistência e a da pesquisa - respeitando as características individuais de cada uma delas; expansibilidade, pois permite a ampliação do propósito inicial do investigador durante o processo dialógico entre a prática e a pesquisa; imersibilidade, caracterizada pela inserção do pesquisador na prática assistencial no decorrer da investigação com o intuito de gerar mudanças em conjunto com a equipe; e simultaneidade, considerada o maior desafio da PCA, pois busca unir as atividades de investigação em concomitância com as de assistência durante todo o processo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Neste estudo, a imersão da pesquisadora na prática de enfermagem evidenciou-se nas reuniões realizadas para sensibilização da equipe. Simultaneamente a estes encontros, foram realizadas atividades de pesquisa que fundamentaram as mudanças assistenciais sugeridas.

A PCA é composta por quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Todas se inter-relacionam, não ocorrendo de forma linear e são apresentadas a seguir:

1. Fase de concepção

Compreende o processo de definição do problema de pesquisa, o qual deve emergir da prática profissional do pesquisador e ser objeto de negociação com a equipe assistencial. Nesta fase, devem-se questionar quais mudanças seriam necessárias para a melhoria da prática, incentivando sempre a participação da

equipe nas decisões. Estão incluídos nesta etapa a introdução do projeto, sua justificativa e seus objetivos, o estado da arte e o referencial teórico.

Neste estudo a fase de concepção encontra-se descrita nos capítulos 2 a 5.

2. Fase de instrumentação

Corresponde às decisões metodológicas sobre o local do estudo, seleção dos participantes e coleta de dados pré-implantação, descritos nos itens 6.2, 6.4 e 6.5 a seguir.

3. Fase da perscrutação

Caracterizada pelas estratégias de refinamento da obtenção das informações. Esta etapa é definida como uma busca minuciosa das condições para a mudança, englobando o contexto em seus aspectos físico, técnico, científico, cultural, entre outros. Inclui-se aqui a revisão da literatura e a sistematização das evidências. Para tanto, realizou-se uma busca pelos principais estudos em português e inglês dos últimos 10 anos com a utilização dos seguintes descritores: dor, manejo da dor, criança, cateterismo periférico, pacotes de assistência ao paciente. Foram encontradas as seguintes medidas: amamentação, soluções adocicadas, sucção não nutritiva, modificação do ambiente, presença dos pais, posicionamento da criança, fornecimento de informações e preparo da criança, distração, técnicas de respiração, hipnose, musicoterapia, massagem e anestésico tópico (CURTIS; WINGERT; ALI, 2012, PILLAI RIDDELL et al., 2015, SHAH et al. 2012, TADDIO et al., 2010, TSAO et al., 2007, UMAN et al., 2008).

Esses resultados foram sintetizados e compartilhados com os participantes para que ocorresse a construção coletiva do pacote de medidas. Esse processo encontra-se descrito no item 6.6.

4. Fase de análise

Esta fase permeou o processo de desenvolvimento da pesquisa, culminando com a elaboração e implantação do pacote de medidas. Considerando o Processo Conhecimento-para-Ação, descrito no capítulo 4, o desenvolvimento desta pesquisa atingiu a etapa de monitoração do uso do conhecimento. As fases subsequentes não foram contempladas, pois exigem maior tempo para sua concretização, não disponível para a realização deste estudo.

A PCA tem o compromisso de contribuir com o contexto assistencial durante o processo investigativo ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso às informações procedentes desse ambiente. Para esse método, o campo da prática assistencial é compreendido como um espaço rico em fenômenos a serem desvelados, caracterizado não apenas pelo fazer, mas também pelo pensar. O profissional de saúde é considerado um potencial pesquisador das questões com as quais trabalha em seu cotidiano, o que lhe possibilita uma atitude crítico-reflexiva frente ao trabalho desenvolvido. De tal modo, para que as inovações advindas das investigações científicas sejam concretizadas, é essencial que também os profissionais estejam comprometidos e incluam a pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber-pensar ao saber-fazer (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Como a efetivação das mudanças nas ações assistenciais depende dos atores envolvidos tanto no campo da investigação científica quanto no campo da prática, o desenho de pesquisa utilizado nesse estudo foi escolhido sob esta perspectiva.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade Pediátrica (UP) do Hospital Universitário de Londrina (HUL), maior órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Ativado em 1º de agosto de 1971, o HUL atende pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná e de mais de 100 cidades de outros estados (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2015).

A UP dispõe de 20 leitos para atendimento de crianças entre zero a 12 anos de diversas especialidades. O serviço conta com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogas, nutricionistas, fonoaudióloga e recreacionista. De acordo com informações obtidas junto ao Sistema de Arquivo Médico e Estatística do hospital de estudo, em 2014, a referida unidade realizou 838 internações, tendo uma ocupação média de 41,8%.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram atendidas as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL no dia 10/11/2014 sob o parecer nº 865.729, CAAE 37668114.2.0000.523 (Anexo A).

A pesquisadora assinou um termo de confidencialidade e sigilo para a realização da pesquisa (Apêndice A) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

6.4 PARTICIPANTES

Considerando os profissionais de enfermagem como os principais executores da PV e sua possível contribuição no alívio da dor durante esse procedimento, todos os membros da equipe de enfermagem eram elegíveis para participar da pesquisa. Não houve preferência por gênero, idade, nem tempo de experiência na unidade, visto que o foco era avaliar sua assistência atual.

6.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em dois momentos. O primeiro na fase pré-implantação (janeiro e fevereiro de 2015) e o segundo após a elaboração e implantação do pacote de medidas (outubro e novembro de 2015).

Devido à sua característica de possuir movimentos de aproximação, distanciamento e convergência com a prática, a PCA permite a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Uma das estratégias utilizadas para a coleta de dados foi a observação estruturada, que é realizada por meio de instrumentos que auxiliam o pesquisador a manter o foco no fenômeno estudado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). As observações seguiram um roteiro elaborado pela pesquisadora (Apêndice C) que guiou o foco de busca. O mesmo instrumento foi utilizado em ambas as etapas.

Todas as PV realizadas na unidade durante o período de estudo eram alvo de observação. Porém, devido a questões logísticas da presença dos observadores no momento do procedimento, nem todas foram avaliadas.

Os diferentes turnos de trabalho (manhã, tarde e noite A e noite B) foram observados pela pesquisadora, que teve como auxiliares de pesquisa residentes de Enfermagem em Saúde da Criança e graduandos de Enfermagem. Estes participaram de um treinamento conduzido pela pesquisadora, que incluiu a apresentação dos objetivos do estudo, a técnica de coleta de dados e a exploração prática do instrumento.

Na primeira etapa da coleta de dados foram observados os seguintes itens para elaboração do diagnóstico situacional relacionado à PV: sexo e idade da criança, presença de acompanhante e sua colaboração durante o procedimento, experiência anterior de PV, local da PV, ambiente onde foi realizada, categoria profissional do executante, uso de medidas para manejo da dor e estratégia adotada, além da intensidade da dor do paciente. Para este último item foram utilizadas escalas apropriadas à idade da criança, sendo a NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) para recém-nascidos e crianças até três anos (MELO, et al., 2014) e a FLACC (um acrônimo para Face, Legs, Activity, Cry e Consolability) para maiores de três anos (SILVA; THULER, 2008).

O segundo momento da coleta teve como foco verificar o uso do pacote de medidas pela equipe de enfermagem e seu impacto no alívio da dor durante o procedimento.

6.6 ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PACOTE DE MEDIDAS: CONVERGÊNCIA ENTRE PESQUISA E PRÁTICA

Tendo em vista a adoção da PCA como método, o processo descrito a seguir proporcionou a convergência de ações de pesquisa e ações de prática.

O período de elaboração e implantação do pacote de medidas ocorreu entre maio e julho de 2015 em duas fases distintas. Na primeira, a pesquisadora se reuniu com todos os membros da equipe de enfermagem realizando um encontro em cada um dos turnos de trabalho (manhã, tarde, noite A e noite B) abrangendo 22 dos 29 profissionais que compõem a escala da unidade (cerca de 76% do total). Foram excluídos os colaboradores que estavam de férias ou

licença no período de realização do estudo. Durante as reuniões foi exibido um pequeno vídeo para sensibilização do grupo, realizada uma breve explanação com os objetivos da pesquisa e em seguida, apresentado o diagnóstico situacional da unidade. Nesta ocasião, os profissionais foram convidados a participar da elaboração do pacote de medidas.

Seis membros da equipe de enfermagem se dispuseram a participar e iniciaram o segundo momento deste processo: a construção propriamente dita do pacote de medidas. Nesta etapa foram realizados cinco encontros dirigidos pela pesquisadora e previamente agendados com o grupo, com duração média de duas horas cada, no período da tarde.

Os momentos de interação com os profissionais foram conduzidos pela pesquisadora e a construção do pacote de medidas foi norteada pelo marco teórico adotado nesta pesquisa, o KT.

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

No segundo encontro, mantendo sempre um espaço aberto para a troca de conhecimentos, foram apresentadas as principais evidências científicas relacionadas ao tema, obtidas a partir da revisão da literatura elaborada na Fase de perscrutação. Optou-se por elencar apenas medidas que não necessitam de prescrição médica, o que favorece a autonomia da enfermagem.

No terceiro e quarto encontros, a equipe discutiu as estratégias apresentadas a fim de verificar quais seriam viáveis na realidade da unidade, considerando as limitações que o serviço possui e as dificuldades relacionadas à mudança de práticas. Essa fase enriqueceu ainda mais o processo, pois permitiu aos participantes expressarem suas ideias e experiências durante a PV, tais como o uso da amamentação e de estratégias de distração (contar histórias), preparo da criança apresentando o material utilizado, entre outras.

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

momento, também foi entregue aos participantes um questionário individual semiestruturado, destinado à avaliação do processo com perguntas abertas contendo informações sobre a sua formação profissional, o uso de estratégias para o manejo da dor antes da participação nas discussões, a importância da sobre a utilização de tais medidas na unidade, a motivação para participar do grupo para elaboração do pacote de medidas, a opinião sobre a forma como foi elaborado, a contribuição desse processo para o crescimento profissional e as sugestões para que as medidas selecionadas fossem incorporadas na prática assistencial da unidade.

6.6.1 Pacote de Medidas Elaborado pelos Profissionais

O pacote de medidas, apresentado no Quadro 2, contempla seis estratégias que devem ser adotadas para as crianças submetidas à PV com o intuito de prevenir, controlar e aliviar a dor durante a realização da mesma. A família da criança ou seu acompanhante também devem ser orientados e inseridos neste processo. As medidas apresentadas devem ser aplicadas considerando o desenvolvimento cognitivo do paciente e de seu cuidador. Vale ressaltar, que apesar de descritas separadamente e em uma sequência linear, por se tratar de um pacote de medidas recomenda-se que as estratégias sejam associadas para assegurar sua maior eficácia.

O item que se refere à dificuldade na obtenção de acesso venoso foi elaborado por decisão dos participantes e não faz parte do pacote de medidas por não ser baseado em evidências científicas, porém também visa minimizar a dor e o sofrimento da criança e de sua família.

Quadro 2. Pacote de medidas para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa - Londrina-PR - 2015.

Estratégia	Nível de evidência*	Referências
<p align="center"><u>Preparo da criança e/ou do acompanhante</u></p> <p>* População alvo: Todas as crianças submetidas à PV. * Finalidade: Aliviar a ansiedade e o medo do desconhecido. * Como fazer? Utilizar informações claras e verdadeiras, adequando-as à idade e ao nível cognitivo da criança e seu acompanhante. Nunca mentir dizendo que o procedimento não será doloroso, nem exigir que a criança reprima seus sentimentos ou reações, como o choro. Também é importante orientar o acompanhante para que também adote esta postura e não utilize a PV como um castigo. Orientar sobre a importância da sua colaboração e permitir que permaneça com a criança.</p>	II	Curtis; Wingert; Ali, 2012, Uman et al., 2008.
<p align="center"><u>Posicionamento da criança</u></p> <p>* População alvo: Todas as crianças submetidas à PV. * Finalidade: Reduzir a ansiedade, promover o bem-estar, viabilizar e aumentar a eficácia do procedimento. * Como fazer? Permitir que a criança e seu acompanhante escolham a posição mais confortável, sem que isso prejudique o procedimento. Pode-se sugerir que o acompanhante segure-a no colo. Bebês de até um mês podem ser envolvidos em panos para limitar a movimentação excessiva de seus membros. Esta técnica não é indicada para crianças maiores, pois podem interpretar a contenção como uma forma de punição. Nesta faixa etária elas podem ficar sentadas ou deitadas em decúbito ventral ou lateral. Acompanhantes e profissionais devem ser orientados a segurar as crianças sem força excessiva.</p>	II	Pillai Riddell et al., 2015, Taddio et al., 2010.
<p align="center"><u>Distração</u></p> <p>* População alvo: Todas as crianças submetidas à PV. * Finalidade: Desviar o foco de atenção do procedimento. * Como fazer? As estratégias devem ser escolhidas de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento da criança. Pode-se utilizar brinquedos ou equipamentos eletrônicos (<i>tablets, laptops, smartphones, videogames</i>), contar histórias, cantar uma música, permitir que a criança assista a um filme durante a PV, orientar técnicas de respiração.</p>	II	Pillai Riddell et al., 2015, Taddio et al., 2010, Uman et al., 2008.
<p align="center"><u>Amamentação</u></p> <p>* População alvo: Recém-nascidos em amamentação e lactentes. * Finalidade: Esta intervenção possui diversos aspectos (nutricionais, fisiológicos e psicológicos) que podem atenuar a resposta à dor. * Como fazer? A amamentação deve ser iniciada cinco minutos antes e mantida por pelo menos cinco minutos após o término da PV, em uma posição que seja confortável tanto para a mãe quanto para o bebê sem prejudicar o procedimento.</p>	I	Shah et al., 2012, Taddio et al., 2010.
<p align="center"><u>Solução adocicada (associada ou não à sucção não nutritiva)</u></p> <p>* População alvo: Bebês de até um ano. * Finalidade: Aliviar a dor por meio da ativação de sistemas de inibição da dor endógenos. * Como fazer? Administrar 1 ml de Glicose Hipertônica (GH) 50% + 1 ml de água destilada ou 2 ml de GH 25%, 1 ou 2 minutos antes da PV. O efeito analgésico pode durar até 10 minutos. Utilizar no máximo duas vezes. A sucção não nutritiva pode ser realizada com o uso de chupeta (caso a criança já faça uso) ou com uma seringa.</p>	II	Pillai Riddell et al., 2015, Uman et al., 2008.
<p align="center"><u>Anestésico tópico</u></p> <p>* População alvo: Crianças em que não há necessidade de obtenção urgente de acesso venoso, exceto recém-nascidos. * Finalidade: Anestesia superficial da pele. * Como fazer? Aplicar o creme no local escolhido para a punção, ocluir com a bandagem contida na embalagem ou filme plástico e aguardar uma hora para iniciar a PV.</p>	I	Curtis; Wingert; Ali, 2012, Taddio et al., 2010.

FONTE: Próprio autor. * De acordo com STILLWELL et al., 2010.

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

Visando a adesão da equipe ao pacote de medidas foi desenvolvido um plano de intervenção. O intuito era proporcionar um contexto adequado a fim de que a equipe, ciente das evidências científicas, incorporasse o conhecimento à prática assistencial. A pesquisadora desempenhou o papel de facilitadora desse processo e contou com a colaboração dos profissionais que participaram da construção do pacote de medidas para estimular a adesão dos demais membros da equipe e influenciar na melhoria das práticas, atuando como agentes de mudança.

É importante destacar que no decorrer do estudo a pesquisadora manteve conversas informais com os integrantes da equipe. Na PCA essa técnica é denominada entrevista conversação. A mesma não segue um instrumento pré-elaborado, porém favorece a formação do vínculo entre pesquisador e profissional, o que possibilita a captação de informações mais fidedignas com o intuito de promover condições para concretizar as mudanças propostas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Durante esses momentos foi possível sanar algumas dúvidas dos participantes a respeito da utilização das estratégias, bem como realizar troca de experiências e buscar soluções para os problemas detectados. Os profissionais puderam verbalizar como estavam vivenciando esse processo, seus pontos positivos e também pontos a serem melhorados.

Foi acordado, por exemplo, que seria mantido um pequeno estoque de anestésico tópico para facilitar sua utilização nos casos indicados, visto que anteriormente o mesmo não estava disponível na unidade. Outra dificuldade relatada diz respeito à quantidade acordada de tentativas de punção. Muitas vezes, em função da resistência da equipe médica em modificar a terapêutica instituída, os profissionais ultrapassavam o limite máximo estipulado. Percebeu-se a necessidade de sensibilizar tal categoria profissional, no entanto esta intervenção não foi realizada pela limitação de tempo e por não se tratar do foco deste estudo.

6.6.2 Descrição das Atividades de Intervenção

Para sustentar uma mudança de prática é importante analisar a qualidade da evidência, bem como a viabilidade da implantação das intervenções propostas, considerando a realidade a ser transformada (STILLWELL et al., 2010). Assim sendo, foram realizadas as seguintes ações:

1. Reunião com a equipe de enfermagem (enfermeiros, enfermeiros residentes, técnicos e auxiliares de enfermagem) além de docentes que atuam na unidade. Foram apresentados os dados pré-implantação, discutidas as fragilidades e possibilidades de mudança de acordo com as evidências abordadas no pacote de medidas.

2. Distribuição de cartazes na unidade sobre o tema com o objetivo de evidenciar a importância do manejo adequado da dor e estimular a equipe a refletir sobre o cuidado prestado durante a PV.

3. Confeção de um banner com os itens que compõem o pacote de medidas para exposição na unidade, a fim de que todos os profissionais tivessem acesso com fácil visualização para sanar possíveis dúvidas. Esta também pode ser considerada uma estratégia de sustentabilidade, já que mantém o material elaborado disponível para a manutenção das práticas e treinamento de novos integrantes da equipe.

4. Apresentação e discussão das estratégias que compõem o pacote de medidas e a viabilidade de sua aplicação na unidade, culminando com a pactuação do mesmo. Esse encontro ocorreu em um primeiro momento com as enfermeiras do setor, supervisora de enfermagem e a enfermeira chefe da divisão materno-infantil e em seguida com os demais membros da equipe, em seus respectivos horários de trabalho. Foi entregue a cada um a versão impressa do pacote de medidas e ao final apresentado um vídeo para a sensibilização da equipe. Os mesmos receberam certificados de participação emitidos pela Divisão de Desenvolvimento e Pesquisa do hospital. Durante as reuniões a equipe esclareceu suas dúvidas, apresentou possíveis barreiras para a implantação das estratégias e solicitou resolução aos gestores. Os encontros tiveram duração de uma hora e foram conduzidos pela pesquisadora.

5. Entrega de bilhetes com frases de incentivo ao manejo da dor relacionada à PV, com o objetivo de estimular a adesão da equipe. Esta estratégia também buscou valorizar a importância do trabalho de cada profissional, além de estimular a reflexão sobre sua participação no processo.

6. Revitalização do local onde são realizadas as PV. Esta iniciativa, que revela o princípio de expansibilidade da PCA, contou com o envolvimento e a dedicação de diversos colaboradores, entre eles docentes de Enfermagem, residentes de Enfermagem e uma graduanda do curso de Artes Visuais da UEL. Por

meio de doações e trabalho voluntário, foi executada a pintura de uma das paredes da sala com temas relativos à natureza. Foram trocadas as cortinas e instalado uma televisão e um aparelho de DVD para que as crianças pudessem assistir a filmes enquanto fossem puncionadas. Também a entrada da UP também recebeu a pintura da palavra `Pediatría`, adornada com arabescos. Durante a realização deste trabalho os profissionais que trabalham na unidade, incluindo os de outras categorias, como médicos e fisioterapeutas, demonstraram apoio e interesse pelo tema da pesquisa. Vale ressaltar que essa intervenção vem ao encontro do compromisso de beneficiar a prática assistencial, pois além de trazer distração e proporcionar um ambiente mais ameno para as crianças e suas famílias, parece ter motivado os profissionais, deixando-os mais sensíveis em relação à utilização de medidas para o manejo da dor relacionada à PV.

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foram seguidas as etapas propostas por Morse e Field (apud TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014):

- Processo de apreensão: coleta e organização dos dados provenientes das observações, das reuniões realizadas, dos momentos de entrevista conversação e do questionário aplicado.
- Processo de síntese: estudo dos elementos resultantes das observações, dos encontros e depoimentos dos participantes e dos questionários. Os dados das observações foram analisados buscando associações entre os períodos pré e pós-implantação do pacote de medidas.
- Processo de teorização: nesta fase ocorreu a elaboração do pacote de medidas, articulando as informações obtidas com o marco conceitual adotado.
- Transferência dos resultados: consiste na possibilidade de socialização dos resultados para outros contextos buscando aperfeiçoar a qualidade da assistência.

A PCA é um método complexo que possibilita a obtenção de uma grande diversidade de dados relevantes. No entanto, a necessidade de responder aos objetivos deste estudo inviabilizou a análise qualitativa dos dados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados em forma de manuscritos científicos, apresentados a seguir.

Manuscrito 1: “Punção venosa pediátrica: elaboração e implantação de um pacote de medidas para manejo da dor”, que responde ao primeiro objetivo específico deste estudo:

- Elaborar e implantar um pacote de medidas para o manejo da dor relacionada à punção venosa em crianças.

Manuscrito 2: “Impacto de um pacote de medidas para o manejo da dor em punção venosa pediátrica”, visa responder o seguinte objetivo:

- Descrever o impacto do pacote de medidas no alívio da dor da criança submetida à punção venosa.

7.1 MANUSCRITO 1

Punção venosa pediátrica: elaboração e implantação de um pacote de medidas para manejo da dor¹

RESUMO

Objetivo: Apresentar o processo de elaboração e implantação de um pacote de medidas para manejo da dor de crianças submetidas à punção venosa pela equipe de enfermagem. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial realizada em uma unidade pediátrica do norte do Paraná que adotou como marco conceitual o *Knowledge Translation*. **Resultados:** Pacote de medidas com seis estratégias selecionadas pela equipe de enfermagem que devem ser utilizadas durante a punção venosa: preparo da criança e/ou acompanhante, posicionamento da criança, distração, amamentação, solução adocicada associada ou não à sucção não nutritiva e anestésico tópico. Os participantes aprovaram o modo de elaboração do mesmo, destacando a contribuição deste para seu crescimento profissional. **Conclusão:** O pacote de medidas otimizou a adoção das estratégias para manejo da dor. A associação da Pesquisa Convergente Assistencial com o *Knowledge Translation* mostrou-se adequada, visto que, cada qual com suas particularidades, buscam a aplicação de achados científicos na prática.

Descritores: Manejo da Dor; Criança Hospitalizada; Pacotes de Assistência ao Paciente.

¹ Este artigo é parte da dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada "Pacote de medidas para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa". 2016. Universidade Estadual de Londrina.

Pediatric venipuncture: elaboration and implantation of a patient care bundle for pain management

ABSTRACT

Objective: To present the process the elaboration and implantation of a patient care bundle for pain management in children undergoing venipuncture by the nursing staff. **Method:** Convergent Care Research conducted in a northern pediatric unit of Paraná who adopted as a conceptual framework the Knowledge Translation. **Results:** Patient care bundle with six strategies selected by the nursing staff to be used during venipuncture: the preparation of the child and/or companion, child positioning, distraction, breastfeeding, sweet-tasting solution with or without non-nutritive sucking and topical anesthetic usage. Participants approved the mode of preparation of the patient care bundle, highlighting the contribution of this to their professional growth. **Conclusion:** The patient care bundle optimized the adoption of strategies for pain management. The association of Care Convergent Research with the Knowledge Translation proved to be relevant since, each with its peculiarities, aim to translate the findings of scientific research for the care reality.

Key words: Pain Management; Child, Hospitalized; Patient Care Bundles.

INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma comum durante a hospitalização devido à realização de inúmeros procedimentos invasivos. Embora não seja possível eliminar completamente as experiências de dor vivenciadas pela criança no período de internação, o manejo adequado desse sintoma é essencial⁽¹⁾. A punção venosa (PV) é um dos procedimentos dolorosos realizados com maior frequência em unidades pediátricas podendo gerar elevados níveis de sofrimento e estresse na criança, em sua família e na equipe de saúde^(2,3).

Considerando os profissionais de enfermagem como principais executores da PV e sua possível contribuição para o alívio da dor durante esse procedimento, a equipe deve buscar constantemente atualizar-se sobre as evidências científicas para aplicá-las em sua prática. O uso de estratégias para prevenção, controle e alívio da dor não representa um acréscimo de tarefas ou de custos. Ao contrário, pode evitar efeitos deletérios futuros, reduzir o sofrimento desnecessário e facilitar o processo de trabalho⁽⁴⁾.

A analgesia ideal para procedimentos potencialmente dolorosos de curta duração deve ser livre de riscos, eficaz, com início de ação e efeito rápidos e provocar mínima ou nenhuma reação adversa, ou seja, as estratégias utilizadas devem facilitar a realização do procedimento com a menor dor possível e a máxima segurança⁽²⁾.

Atualmente, uma das formas utilizadas para aumentar a eficácia do cuidado prestado, são os denominados pacotes de medidas, definidos como um conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas que, quando aplicadas de forma associada, geram melhores resultados⁽⁵⁾.

A literatura nacional e internacional apresenta diversas evidências científicas no que se refere ao alívio da dor^(2-3,6-8), porém, a utilização das mesmas na prática ainda é incipiente. Sendo assim, é fundamental que se desenvolvam estratégias para otimizar a aplicação dos resultados das pesquisas no cenário assistencial.

Com a finalidade de reduzir a lacuna existente entre a pesquisa e a prática, o *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR) propõe o *Knowledge Translation* (KT), adotado como marco teórico deste estudo, trata-se de “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”⁽⁹⁾.

Mesmo valorizando a utilização de intervenções para o manejo da dor durante procedimentos dolorosos com a PV, a equipe de enfermagem nem sempre aplica tais medidas de forma apropriada. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é apresentar o processo de elaboração e implantação de um pacote de medidas para o manejo da dor de crianças submetidas à PV. Este instrumento pode ser uma alternativa viável para otimizar o tratamento da dor infantil, pois tendo em vista o caráter multifatorial da experiência dolorosa, a combinação de abordagens amplia as possibilidades terapêuticas e propicia seu rápido alívio⁽²⁾.

MÉTODO

Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) realizada em uma unidade pediátrica de um hospital universitário de caráter público e nível terciário do norte do Paraná. A principal característica da PCA é a articulação entre as ações de pesquisa e assistência, visando à transferência das evidências resultantes dos estudos científicos para os serviços de saúde com a introdução de inovações na prática e a imersão do pesquisador no contexto estudado⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados ocorreu em três etapas:

1. Elaboração do diagnóstico situacional da unidade: foram realizadas observações com o objetivo de verificar as práticas adotadas pela equipe de enfermagem em relação ao manejo da dor da criança submetida à PV e avaliar sua dor durante o procedimento utilizando escalas apropriadas à idade. Foram observados: presença e participação do acompanhante durante o procedimento, experiência anterior com PV, local de realização da PV, categoria profissional do executante, dados do ambiente, utilização de medidas para manejo da dor relacionada ao procedimento, estratégia utilizada e intensidade da dor da criança.

Todas as PV executadas de 3 de janeiro a 28 de fevereiro de 2015 eram alvo de observação, porém, devido a questões de logística não foi possível acompanhar todos os procedimentos efetuados. Foram realizadas 26 observações distribuídas entre os turnos (manhã, tarde, noite A e noite B). Destas, três foram excluídas: duas por terem sido realizadas por profissionais que não eram da

enfermagem e uma devido à criança estar sob o efeito de medicação sedativa, o que poderia prejudicar a avaliação da dor.

Verificou-se que, em todas as PV realizadas, o acompanhante permaneceu junto à criança. Grande parte (91%) dos pacientes já havia sido submetida à PV previamente. Os principais locais puncionados foram: membros superiores, membros inferiores e região cefálica, respectivamente. Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram os profissionais que mais a executaram. A maioria das PV (74%) foi realizada em uma sala de procedimentos existente na unidade. Aproximadamente 60% dos profissionais fizeram uso de medidas para manejo da dor, sendo o preparo da criança e sua família e a solução adocicada associada ou não à sucção não nutritiva as estratégias mais observadas.

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

3. Elaboração do pacote de medidas: Seis membros da equipe de enfermagem se dispuseram a participar desse processo, sendo dois enfermeiros, um técnico e três auxiliares de enfermagem, todos do sexo feminino e com idades variando entre 37 e 54 anos. Quanto à formação profissional, esta variou de ensino superior incompleto a mestrado em Enfermagem. O tempo de trabalho na área pediátrica variou entre quatro meses e 21 anos.

Foram realizados cinco encontros dirigidos pela pesquisadora e previamente agendados com o grupo, com média de duas horas de duração cada, sempre no período da tarde, sendo oferecido um lanche. Os participantes receberam como incentivo um certificado com 10 horas de duração, sendo estas contabilizadas como horas trabalhadas para os profissionais que compareciam fora do seu turno.

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

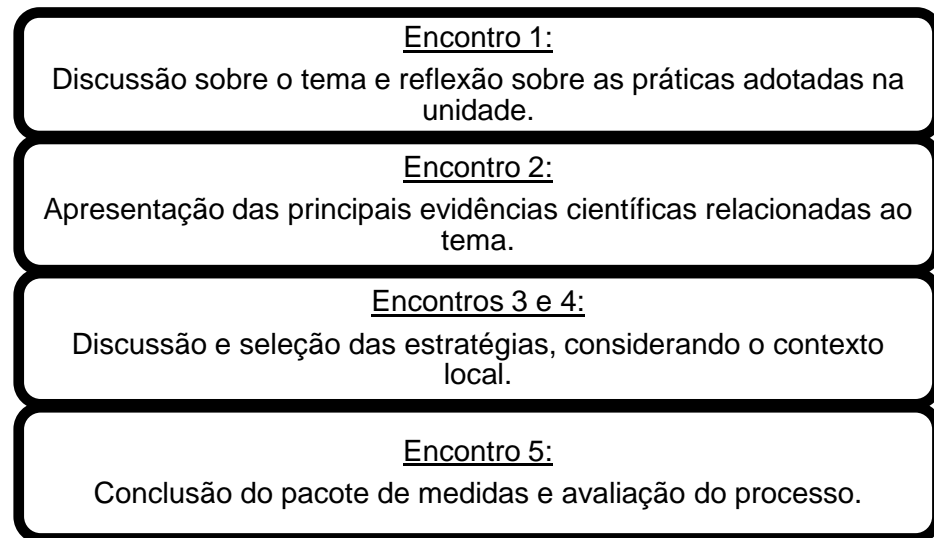
No segundo encontro, mantendo sempre um espaço aberto para a troca de conhecimentos, foram abordadas as principais evidências científicas relacionadas ao tema, identificadas a partir de criteriosa revisão de literatura realizada pela pesquisadora: amamentação, soluções adocicadas, sucção não nutritiva, modificação do ambiente, presença dos pais, posicionamento da criança, fornecimento de informações e preparo da criança, distração, técnicas de respiração, hipnose, musicoterapia, massagem e anestésico tópico^(2-3,6-8). A equipe optou por elencar apenas medidas que não necessitam de prescrição médica, o que favorece a autonomia da enfermagem.

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

No quinto e último encontro, subsidiado por critérios que envolvem o contexto, o nível de evidência e a experiência dos profissionais, o grupo escolheu, em consenso, seis estratégias e concluiu o pacote de medidas. Neste momento, também foi entregue aos participantes um questionário individual semi-estruturado, destinado à avaliação do processo, com perguntas abertas contendo informações sobre a sua formação profissional, o uso de estratégias para o manejo da dor antes da participação nas discussões, a opinião sobre a utilização de tais medidas na unidade, a motivação para participar do grupo para elaboração do pacote de medidas, a opinião sobre o modo com que o pacote de medidas foi elaborado, a contribuição desse processo para o crescimento profissional e as suas sugestões para que as medidas selecionadas fossem incorporadas à prática assistencial da unidade.

A síntese dos encontros é apresentada na figura a seguir:

Figura 1. Etapas da elaboração do pacote de medidas para manejo da dor da criança submetida à punção venosa - Londrina-PR - 2015.



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

O projeto atendeu as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição sob o Parecer nº 865.729, CAAE 37668114.2.0000.523.

RESULTADOS

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

ou seu acompanhante, também devem ser orientados e inseridos nesse processo. As medidas apresentadas devem ser aplicadas considerando-se o desenvolvimento cognitivo da criança e de seu cuidador. Vale ressaltar que apesar de descritas separadamente e em uma sequência linear, por se tratar de um pacote de medidas⁽⁵⁾, recomenda-se que as estratégias sejam realizadas de forma associada pelos profissionais, respeitando as características de cada criança.

O item que se refere à dificuldade na obtenção de acesso venoso periférico foi elaborado por decisão da equipe de enfermagem e não faz parte do pacote de medidas por não ser baseado em evidências científicas, porém também visa minimizar experiências dolorosas desnecessárias e amenizar o sofrimento da criança e de sua família.

O pacote de medidas é apresentado no Quadro 1.

Para a categorização dos níveis de evidência, utilizou-se a hierarquia proposta por Stillwell et al (2010). Esta classificação que varia de I a VII, determina a qualidade da evidência conforme o tipo de pesquisa que a originou. Isto é, quanto mais próximo de I, mais forte o grau de recomendação⁽¹¹⁾.

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

Estratégia	Nível de evidência*	Referências
<p align="center"><u>Preparo da criança e/ou do acompanhante</u></p> <p>* População alvo: Todas as crianças submetidas à PV. * Finalidade: Aliviar a ansiedade e o medo do desconhecido. * Como fazer? Utilizar informações claras e verdadeiras, adequando-as à idade e ao nível cognitivo da criança e seu acompanhante. Nunca mentir dizendo que o procedimento não será doloroso, nem exigir que a criança reprima seus sentimentos ou reações, como o choro. Também é importante orientar o acompanhante para que também adote esta postura e não utilize a PV como um castigo. Orientar sobre a importância da sua colaboração e permitir que permaneça com a criança.</p>	II	Curtis; Wingert; Ali, 2012, Uman et al., 2008.
<p align="center"><u>Posicionamento da criança</u></p> <p>* População alvo: Todas as crianças submetidas à PV. * Finalidade: Reduzir a ansiedade, promover o bem-estar, viabilizar e aumentar a eficácia do procedimento. * Como fazer? Permitir que a criança e seu acompanhante escolham a posição mais confortável, sem que isso prejudique o procedimento. Pode-se sugerir que o acompanhante segure-a no colo. Bebês de até um mês podem ser envolvidos em panos para limitar a movimentação excessiva de seus membros. Esta técnica não é indicada para crianças maiores, pois podem interpretar a contenção como uma forma de punição. Nesta faixa etária elas podem ficar sentadas ou deitadas em decúbito ventral ou lateral. Acompanhantes e profissionais devem ser orientados a segurar as crianças sem força excessiva.</p>	II	Pillai Riddell et al., 2015, Taddio et al., 2010.
<p align="center"><u>Distração</u></p> <p>* População alvo: Todas as crianças submetidas à PV. * Finalidade: Desviar o foco de atenção do procedimento. * Como fazer? As estratégias devem ser escolhidas de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento da criança. Pode-se utilizar brinquedos ou equipamentos eletrônicos (<i>tablets, laptops, smartphones, videogames</i>), contar histórias, cantar uma música, permitir que a criança assista a um filme durante a PV, orientar técnicas de respiração.</p>	II	Pillai Riddell et al., 2015, Taddio et al., 2010, Uman et al., 2008.
<p align="center"><u>Amamentação</u></p> <p>* População alvo: recém-nascidos em amamentação e lactentes. * Finalidade: Esta intervenção possui diversos aspectos (nutricionais, fisiológicos e psicológicos) que podem atenuar a resposta à dor. * Como fazer? A amamentação deve ser iniciada cinco minutos antes e mantida por pelo menos cinco minutos após o término da PV, em uma posição que seja confortável tanto para a mãe quanto para o bebê sem prejudicar o procedimento.</p>	I	Shah et al., 2012, Taddio et al., 2010.
<p align="center"><u>Solução adocicada (associada ou não à sucção não nutritiva)</u></p> <p>* População alvo: Bebês de até um ano. * Finalidade: Aliviar a dor por meio da ativação de sistemas de inibição da dor endógenos. * Como fazer? Administrar 1 ml de Glicose Hipertônica (GH) 50% + 1 ml de água destilada ou 2 ml de GH 25%, 1 ou 2 minutos antes da PV. O efeito analgésico pode durar até 10 minutos. Utilizar no máximo duas vezes. A sucção não nutritiva pode ser realizada com o uso de chupeta (caso a criança já faça uso) ou com uma seringa.</p>	II	Pillai Riddell et al., 2015, Uman et al., 2008.
<p align="center"><u>Anestésico tópico</u></p> <p>* População alvo: Crianças em que não há necessidade de obtenção urgente de acesso venoso, exceto recém-nascidos. * Finalidade: Anestesia superficial da pele. * Como fazer? Aplicar o creme no local escolhido para a punção, ocluir com a bandagem contida na embalagem ou filme plástico e aguardar uma hora para iniciar a PV.</p>	I	Curtis; Wingert; Ali, 2012, Taddio et al., 2010.

FONTE: Próprio autor. * Segundo STILLWELL et al., 2010.

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

Ao responderem o questionário após a elaboração do pacote de medidas todos os participantes relataram que, antes de participar dos encontros, já utilizavam estratégias para prevenir, controlar e/ou aliviar a dor da criança submetida à PV e reforçaram a importância desse para amenizar a dor e o sofrimento da criança. O uso de medidas que não necessitam de prescrição médica também foi destacado, considerando a resistência encontrada pela equipe, por parte de outras categorias profissionais, em realizar métodos para alívio da dor durante procedimentos potencialmente dolorosos.

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

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

DISCUSSÃO

A relevância desta pesquisa está no desenvolvimento de um trabalho coletivo, que culminou com a introdução de um pacote de medidas para manejo da dor durante a PV que busca melhorar a prática assistencial a partir da aplicação de resultados obtidos em pesquisas científicas.

Nesse sentido, a PCA tem o compromisso de contribuir com o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso às informações procedentes desse ambiente. O campo da prática assistencial é compreendido como um espaço rico em fenômenos a serem desvelados, caracterizado não apenas pelo fazer, mas também pelo pensar⁽¹⁰⁾.

Esse método enfatiza a participação ativa da equipe e compartilha com os profissionais a responsabilidade em implementar as estratégias no cenário assistencial. O profissional de saúde é considerado um potencial pesquisador das

questões com as quais trabalha em seu cotidiano, o que lhe possibilita uma atitude crítico-reflexiva frente ao trabalho desenvolvido. De tal modo, para que as inovações advindas das investigações científicas sejam concretizadas, é essencial que também os profissionais estejam comprometidos e incluam a pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber-pensar ao saber-fazer, transpondo os achados da pesquisa para a prática de enfermagem⁽¹⁰⁾.

A pesquisadora atuou em parceria com os profissionais envolvidos com a construção do pacote de medidas para estimular a participação dos demais membros e encorajá-los a promover a melhoria das práticas, atuando como agentes de mudança.

Ainda que o número de participantes tenha sido limitado, os profissionais assumiram de forma enfática seu papel de protagonistas deste processo, mostrando-se vividamente interessados em aprimorar o cuidado prestado à criança. É importante destacar a representatividade dos profissionais envolvidos em relação à equipe, considerando-se que a maior parte destes possui amplo conhecimento e vasta experiência na área pediátrica, apresentando também características de liderança, o que confere legitimidade ao pacote de medidas proposto.

A busca pelo aprimoramento de conhecimentos, referido como principal motivo da participação nesse processo indica que, mesmo profissionais com maior tempo de trabalho na área, ainda demonstram interesse em aperfeiçoar suas práticas e atualizar seus conhecimentos, buscando mais qualidade e humanização para a assistência prestada. Em uma das respostas foi possível perceber expressões de descontentamento em relação à atitudes provenientes de colegas de trabalho, os quais, algumas vezes, subestimam a dor sentida pela criança durante a PV, fato este elencado como estímulo para que o profissional adote uma postura diferente frente a esta situação.

No decorrer do estudo a pesquisadora manteve conversas informais com os integrantes da equipe. Essa técnica, denominada pela PCA entrevista conversação, não é guiada por um roteiro pré-elaborado, porém favorece a formação do vínculo entre pesquisador e profissional, o que possibilita a captação de informações mais fidedignas com o intuito de promover condições para concretizar as mudanças propostas⁽¹⁰⁾.

Durante esses momentos os participantes sanavam dúvidas a respeito da utilização das estratégias, verbalizavam como estavam vivenciando essa experiência, seus pontos positivos e também pontos a serem melhorados. A análise dos dados qualitativos obtidos durante esse processo, porém, foi inviabilizada pela necessidade de responder aos objetivos do artigo.

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

CONCLUSÃO

O pacote de medidas elaborado pode otimizar a adoção das estratégias com embasamento científico e autonomia e propiciar a melhora da qualidade da assistência ao paciente pediátrico submetido à PV, possibilitando o cuidado integral, além de aumentar as oportunidades para o controle da dor.

A associação da PCA com o KT mostrou-se adequada, visto que ambos, cada qual com suas particularidades, buscam a aplicação de achados científicos na prática assistencial. Acredita-se que, por meio da convergência das ações de prática e pesquisa que ocorreram durante o desenvolvimento deste estudo, um novo conhecimento foi construído: a horizontalidade na elaboração deste pacote de medidas pode favorecer a adesão da equipe ao mesmo. Tal fato pode ser depreendido da percepção altamente positiva dos profissionais quanto à sua participação neste processo.

Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas para avaliação do efeito da implementação desse pacote de medidas, no sentido de aprimorar o manejo da dor pediátrica não somente durante a PV, mas também nos demais procedimentos potencialmente dolorosos aos quais a criança é submetida durante o período de hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Stevens B, Abbott LK, Yamada J, Harrison D, Stinson J, Taddio A, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *CMAJ*. 2011; 183(7):E403-10.
2. Curtis S, Wingert A, Ali S. The Cochrane Library and procedural pain in children: an overview of reviews. *Evid-Based Child Health*. 2012;7(5):1363–1399.
3. Uman LS, Chambers CT, McGrathPJ, Kisely S. 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*. 2008;33(8):842-54. DOI:10.1093/jpepsy/jsn031.
4. Barros L. A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. 2010;18(2): 295 – 306.
5. Brachine JDP, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Care bundle to reduce central venous catheter-related bloodstream infection: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4):200-10.
6. Pillai Riddell RR, Racine NM, Gennis HG, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (Review). The Cochrane Library. 2015 [acesso 2015 Dez. 15]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006275.pub3/epdf>.
7. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates (Review). The Cochrane Library [Internet] 2012 [acesso em 17 Out. 15]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004950.pub3/epdf>.
8. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S, et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ*. 2010; 182(18):E843-55.
9. 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: 23 dez. 2015.
10. Trentini M, Paim L; Silva DMV. Pesquisa Convergente Assistencial – PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014.

11. Stillwell, SB et al. Evidence-Based Practice, Step by Step: Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. *AJN*, v. 110, n. 3, p. 58-61, 2010.

7.2 MANUSCRITO 2

Impacto de um pacote de medidas para manejo da dor em punção venosa pediátrica²**RESUMO**

Objetivo: Descrever o impacto de um pacote de medidas para manejo da dor de crianças submetidas à punção venosa implementado à luz do marco conceitual *Knowledge Translation*. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial, do tipo antes e após intervenção, realizada em uma unidade pediátrica do sul do Brasil. Foram realizadas observações antes e após a implantação do pacote de medidas, comparando-se a utilização de estratégias para manejo da dor e os escores de dor da criança durante 43 punções venosas. **Resultados:** O uso de estratégias para manejo da dor aumentou 39%. O índice de crianças com dor intensa reduziu 18%. Posicionamento da criança, distração e uso de anestésico tópico foram estratégias introduzidas na unidade após a implantação do pacote de medidas. **Conclusão:** A intervenção contribuiu para o aumento da utilização de estratégias de manejo da dor e redução dos escores de dor sentidos pela criança, aprimorando a qualidade da assistência de enfermagem.

Descritores: Manejo da Dor; Cateterismo Periférico; Criança; Pacotes de Assistência ao Paciente; Enfermagem Baseada em Evidências; Enfermagem Pediátrica.

²Este artigo é parte da dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada “Pacote de medidas para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa”. 2016. Universidade Estadual de Londrina.

Impact of a patient care bundle for pain management in pediatric venipuncture

ABSTRACT

Objective: To describe the impact of a patient care bundle for pain management in children undergoing venipuncture implemented guided by the conceptual framework Knowledge Translation. **Method:** Convergent Care Research, before and after intervention, conducted in a southern pediatric unit in Brazil. There were applied observations before and after the implementation of the patient care bundle, comparing the use of strategies for pain management and children's pain scores for 43 venipunctures. **Results:** The use of strategies for pain management increased 39%. The number of children who experienced severe pain reduced 18%. Child positioning, distraction and topical anesthetic usage were introduced in the unit after the implementation of the patient care bundle. **Conclusion:** The intervention contributed to increase the use of pain management strategies and reduce children's pain scores, improving the quality of nursing care.

Key words: Pain Management; Catheterization, Peripheral; Child; Patient Care Bundles; Evidence-Based Nursing; Pediatric Nursing.

INTRODUÇÃO

A punção venosa (PV) é um dos procedimentos invasivos mais frequentes durante a hospitalização pediátrica, sendo muitas vezes indispensável ao tratamento. Apesar dos benefícios alcançados por meio da sua utilização, esta técnica, geralmente estressante e traumática, expõe a criança a uma experiência de dor aguda.

Mesmo com a numerosa produção de evidências científicas para prevenção, controle e alívio da dor, muitas crianças continuam sendo avaliadas e tratadas de forma inadequada durante o período de internação, principalmente no que se refere à dor relacionada aos procedimentos invasivos⁽¹⁾.

Estudo realizado, em um hospital público na cidade de São Paulo, com 31 crianças em idade escolar verificou que 90,33% dos entrevistados relataram ter sentido dor quando submetidos à PV. Quando questionados a respeito das etapas mais dolorosas deste procedimento, citaram o momento da aplicação do garrote, a introdução da agulha na pele e a infusão de medicamentos, respectivamente⁽¹⁾.

O tratamento inadequado da dor proveniente de experiências invasivas pode ocasionar prejuízos ao desenvolvimento infantil e trazer consequências futuras como sensibilização à dor, eficácia reduzida de analgésicos, fobia de agulhas, tendência a evitar cuidados médicos e predisposição à dor crônica na idade adulta^(2,3). Frente a esta problemática, embora não seja possível eliminar completamente a dor dos pacientes pediátricos submetidos a procedimentos invasivos, é essencial que se realize o manejo adequado deste sintoma⁽⁴⁾.

Com o objetivo de reduzir as variações indesejadas na prática, tem-se estimulado a produção de protocolos. Porém, ainda que estes forneçam evidências de forma mais aplicável, é necessário que as recomendações sejam adaptadas ao contexto em que serão utilizadas, para maior aceitação e adesão às mudanças propostas⁽⁵⁾.

Diante do atual movimento em busca do aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde, para que os profissionais realizem o melhor cuidado possível, têm sido adotados os pacotes de medidas. Trata-se de uma série de intervenções baseadas em evidências científicas que melhoram a assistência ao paciente e, quando aplicadas em conjunto, geram resultados satisfatórios⁽⁶⁾.

Considerando a dor como um fenômeno multifatorial, um instrumento que associa diferentes abordagens é de grande relevância, já que o aumento das possibilidades terapêuticas pode proporcionar um alívio mais rápido do sintoma⁽⁷⁾.

O reconhecimento de que as abordagens tradicionais não estão sendo eficientes para transferir o conhecimento para a prática incentivou a realização de pesquisas sobre as formas de como torná-lo aplicável⁽⁸⁾. Um desses modelos, adotado como marco conceitual desta pesquisa, é o *Knowledge Translation (KT)*, amplamente utilizado com o intuito de minimizar a lacuna existente entre a produção de evidências científicas e a sua aplicação no cenário assistencial⁽⁹⁾.

O *KT* é um conceito amplo que engloba todas as etapas desde a criação do conhecimento até sua utilização para gerar benefícios para a sociedade⁽¹⁰⁾. Embora internacionalmente difundido, não há tradução para o termo na língua portuguesa que represente fielmente este conceito, portanto, manteve-se a expressão original.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo descrever o impacto de um pacote de medidas para o manejo da dor de crianças submetidas à PV implementado à luz do marco conceitual *KT*.

MÉTODO

Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)⁽¹¹⁾, do tipo antes e após intervenção, realizada em uma unidade pediátrica de um hospital universitário de nível terciário do sul do Brasil. A população de estudo foi a equipe de enfermagem. Considerou-se critério de inclusão ser membro da equipe de enfermagem e critério de exclusão estar em férias ou licença durante a realização da mesma.

O estudo consistiu nas seguintes etapas: 1) elaboração do diagnóstico situacional da unidade; 2) construção do pacote de medidas em conjunto com a equipe de enfermagem; 3) avaliação do impacto do pacote de medidas.

Para a elaboração do diagnóstico situacional realizou-se a coleta dos dados basais da unidade, por meio de observações estruturadas. Ao tomar ciência da iminência de uma PV, o observador passava a acompanhar o profissional responsável pela criança e permanecia com o mesmo no decorrer do procedimento.

A equipe tinha conhecimento de que seria observada, porém o fato dos observadores estarem inseridos no contexto pode amenizar esse viés.

O instrumento utilizado foi o mesmo tanto na fase pré quanto na fase pós-intervenção. Foram observados: sexo e idade da criança, presença e participação do acompanhante durante o procedimento, experiência anterior de PV, local da PV, ambiente da PV, categoria profissional do executante, além do uso de medidas para o manejo da dor e intensidade da dor.

Para avaliação da intensidade da dor, a criança foi avaliada pelo observador, no momento da realização da PV, utilizando-se escalas adequadas à sua idade: NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) para recém-nascidos e crianças até três anos⁽¹²⁾ e FLACC (um acrônimo para Face, Legs, Activity, Cry e Consolability) para maiores de três anos⁽¹³⁾.

A NIPS apresenta escores que variam de zero a sete, sendo que valores totais iguais ou maiores que quatro indicam a presença de dor. Por sua vez, a FLACC pode ser pontuada de zero a 10, e seu resultado obedece à seguinte classificação: 0= relaxado e confortável, 1-3= desconforto médio, 4-6= dor moderada, 7-10= dor/desconforto severo. Neste estudo, optou-se por apresentar a incidência de dor intensa, utilizando como critério a maior pontuação na escala NIPS e escores de 7 a 10 na FLACC.

A etapa de construção do pacote de medidas ocorreu nos meses de maio a julho de 2015. Foram realizadas reuniões com as equipes de enfermagem de todos os turnos de trabalho. Inicialmente, foi desenvolvida uma atividade de sensibilização e os profissionais foram convidados a participar da elaboração, em parceria com a pesquisadora, de um pacote de medidas para o manejo da dor da criança submetida à PV. Seis profissionais aceitaram colaborar e, após a realização de criteriosa revisão de literatura, a pesquisadora apresentou aos envolvidos as principais evidências científicas relacionadas ao tema.

Considerando os critérios que envolvem o contexto local, o nível de evidência e a experiência dos participantes, o grupo selecionou seis estratégias: preparo da criança e/ou do acompanhante, posicionamento da criança, distração, amamentação, solução adocicada (associada ou não à sucção não nutritiva) e anestésico tópico. Apesar de não possuir evidência científica, estabeleceu-se um limite máximo de cinco tentativas consecutivas de punção em uma mesma criança. Foi recomendado que o mesmo profissional realize até três tentativas consecutivas e

se realizado mais duas punções sem sucesso, por outro profissional, a equipe deve discutir a possibilidade de outro tipo de acesso venoso.

Finalizada a fase de elaboração do pacote de medidas, ocorreram atividades com o objetivo de estimular o engajamento da equipe: reuniões, distribuição de cartazes e bilhetes, confecção de *banner* com os itens que compõem o pacote de medidas para exposição na unidade e revitalização da sala de procedimentos, onde são realizadas as PV.

Nos dois meses subseqüentes (agosto e setembro de 2015) houve um período sem nenhuma intervenção de incentivo junto à equipe.

Após essa etapa procedeu-se um novo período de observação estruturada. Os dados obtidos nos períodos pré e pós-implantação do pacote de medidas foram comparados com o objetivo de avaliar seu impacto. As observações foram realizadas em todos os turnos de trabalho pela pesquisadora, por enfermeiras residentes em Saúde da Criança e acadêmicos de Enfermagem previamente treinados. Foram contabilizadas 23 observações no período pré e 20 no período pós-implantação do pacote de medidas.

O Quadro 1 apresenta as etapas percorridas durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Quadro 1. Etapas da coleta de dados – Londrina-PR – 2015.

Período	Atividade	Finalidade
Janeiro e Fevereiro de 2015	Coleta de dados basais	Elaboração do diagnóstico situacional da unidade
Maio a Julho de 2015	Reuniões com os profissionais participantes	Construção do pacote de medidas
Agosto e Setembro de 2015	Pausa	Dessensibilização da equipe
Outubro e Novembro de 2015	Coleta de dados finais	Verificação do impacto do pacote de medidas

Fonte: Próprio autor

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da instituição (nº 37668114.2.0000.523) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Das 26 observações realizadas na fase que antecedeu a implantação do pacote de medidas, três foram excluídas: duas por terem sido realizadas por outra categoria profissional e uma devido à criança estar sob efeito de medicação sedativa, o que poderia prejudicar a avaliação da dor. Desta forma, totalizou-se 23 observações. Na fase pós-implantação, ocorreram 20 observações.

Em relação à idade das crianças, no período pré-implantação, a mesma variou de 13 dias a oito anos e no período pós-implantação, de um mês a nove anos.

A maioria dos pacientes observados possuía acompanhante (96% na fase pré e 90% na fase pós-implantação), porém nem sempre o mesmo permanecia com a criança durante a realização da PV, ou por iniciativa própria ou até mesmo por orientação da equipe. Antes da implantação do pacote de medidas verificou-se que 55% dos acompanhantes participaram deste momento, já no período pós-implantação, este índice subiu para 78%.

Outro aspecto avaliado refere-se à postura dos acompanhantes durante a PV. Verificou-se que, tanto antes quanto após a intervenção, a maior parte deles influenciou de forma positiva a realização do procedimento, acalmando e confortando a criança e apoiando a equipe.

Os demais itens que caracterizam as PV observadas são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das punções venosas observadas nos períodos pré e pós-implantação do pacote de medidas – Londrina-PR – 2015.

Item avaliado	Pré-implantação (n= 23)		Pós-implantação (n= 20)	
	n	%	n	%
Turno				
Manhã	13	56	10	50
Tarde	5	22	5	25
Noite	5	22	5	25
Sexo				
Masculino	11	48	11	55
Feminino	12	52	9	45
Permanência do acompanhante durante a PV				
Sim	12*	55	14**	78
Não	10*	45	4**	22
Punção venosa prévia				
Sim	21	91	18	90
Não	2	9	2	10
Local da punção				
MMSS	13	57	16	80
MMII	6	26	4	20
Região cefálica	4	17	0	0
Executante				
Auxiliar/ Técnico	18	78	18	90
Enfermeiro	5	22	2	10
Uso de estratégia para manejo da dor				
Sim	14	61	20	100
Não	9	39	0	0

FONTE: Próprio autor. *Na fase pré-implantação, uma das crianças observadas não possuía acompanhante (n=22). **Na fase pós-implantação, duas crianças observadas não possuíam acompanhante (n=18).

Na Tabela 2, são exibidas as seis estratégias propostas pelo pacote de medidas, acompanhadas pelo índice de utilização de cada uma delas, comparando-se as etapas pré e pós-implantação. Nela, pode-se verificar o aumento da utilização das medidas na fase pós-implantação. Considerando o conceito de pacote de medidas, recomenda-se que as intervenções sejam aplicadas de forma associada em um mesmo procedimento, portanto o *n* total é maior que o número de observações.

Tabela 2. Estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para o manejo da dor da criança submetida à punção venosa nos períodos pré e pós-implantação do pacote de medidas – Londrina-PR – 2015.

Estratégia utilizada**	Pré-implantação (n= 23)		Pós-implantação (n= 20)	
	n	%	n	%
Preparo da criança e/ou do acompanhante	7	30	13	65
Posicionamento da criança	0	0	6	30
Distração	0	0	7	35
Amamentação	1	4	1	5
Solução adocicada (com ou sem SNN*)	6	26	4	20
Anestésico tópico	0	0	7	35

* SNN: Sucção não nutritiva.

**Em algumas crianças foram utilizadas mais de uma estratégia.

FONTE: Próprio autor.

Antes da implantação do pacote de medidas 43% das crianças observadas apresentaram dor intensa durante a realização da PV, conforme os escores das escalas utilizadas. Após a sua implantação esse índice reduziu para 25%.

DISCUSSÃO

De acordo com o levantamento realizado na literatura, esta é a primeira pesquisa que propõe a utilização de um pacote de medidas para o manejo da dor de crianças submetidas à PV e descreve seu impacto em um contexto de assistência pediátrica.

A observação da realidade da unidade antes e após a intervenção realizada permitiu constatar o impacto do pacote de medidas na mudança das práticas relacionadas ao manejo da dor da criança submetida à PV.

Nesta pesquisa, os dados basais do contexto estudado corroboravam com os descritos na literatura. Estudo realizado em unidades pediátricas de oito hospitais canadenses verificou que das 2981 crianças que haviam submetidas a, pelo menos, um procedimento doloroso nas 24 horas que antecederam a coleta de dados, apenas 28% recebeu intervenções para o manejo da dor⁽⁴⁾. Este é um retrato lamentável da realidade assistencial que indica a

subutilização de intervenções específicas para a redução da dor ocasionada por procedimentos médicos.

Medeiros et al.⁽¹⁴⁾, abordam, em seu estudo, o cuidado atraumático, definido como um cuidado terapêutico que propõe a utilização de intervenções direcionadas com o intuito de reduzir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e sua família. Nessa perspectiva, cabe à equipe de enfermagem, respeitando os preceitos éticos e legais de garantir o alívio da dor da criança hospitalizada⁽¹⁵⁾, empregar todos os recursos disponíveis a fim de prevenir e controlar a dor e os efeitos deletérios relacionados a procedimentos invasivos como a PV.

As estratégias que compõem esse pacote de medidas possuem fortes níveis de evidência (níveis I e II)⁽¹⁶⁾, porém, apesar de serem simples e não dependerem de outros profissionais, ainda são pouco utilizadas pela equipe. Tal fato revela que, apesar do avanço científico na compreensão do fenômeno dor, do crescente interesse dos pesquisadores sobre o tema e da existência de diversas alternativas farmacológicas e não farmacológicas seguras e eficazes para seu tratamento na criança, os profissionais envolvidos nesse cenário ainda têm dificuldades de incorporar o manejo deste sintoma de forma sistematizada na prática assistencial⁽¹⁷⁾.

Mudar o comportamento dos profissionais de saúde é um processo complexo e desafiador. As soluções para reduzir a dor e o sofrimento experimentado pelos pacientes pediátricos durante o período de internação devem envolver um diálogo social entre a equipe assistencial e pesquisadores, buscando introduzir na prática estratégias aplicáveis ao contexto local que são consistentes com a cultura organizacional da unidade e a própria estrutura do modelo de prestação de cuidados⁽⁴⁾.

O último item da Tabela 1, que se refere à utilização das estratégias antes e após a implantação do pacote de medidas, pode indicar que a intervenção realizada atingiu seu objetivo de transformar a realidade estudada por meio da adoção de melhores práticas ao paciente pediátrico submetido à PV.

A decisão sobre qual intervenção deve ser utilizada deve considerar a sua indicação de acordo com a idade e o desenvolvimento cognitivo da criança e/ou de seu acompanhante e a existência de experiências anteriores sensibilizadoras, adequando a abordagem de forma individual⁽²⁾. As medidas devem

ser implementadas visando facilitar a realização do procedimento com a menor dor possível e a máxima segurança⁽⁷⁾.

O pacote de medidas otimizou a adoção das estratégias propostas por parte da equipe de enfermagem. Em diversas observações foi possível perceber que as intervenções foram aplicadas de forma associada em um mesmo procedimento, de acordo com o que é proposto pelo conceito de pacote de medidas.

Os itens referentes ao posicionamento da criança, distração e ao uso de anestésico tópico, foram introduzidos na rotina da unidade após a implantação do pacote de medidas.

O preparo da criança e/ou do acompanhante apresentou um crescimento de 35% na fase pós-implantação. Esta estratégia, indicada para todas as crianças submetidas à PV, diminui o medo pelo desconhecido e promove uma melhor compreensão da criança e dos pais sobre a razão e os benefícios do procedimento, seus possíveis efeitos indesejáveis e as tentativas para atenuar esses efeitos⁽⁷⁾. De acordo com a revisão sistemática realizada por Uman e seus colaboradores⁽¹⁸⁾, esta medida se mostrou eficaz no alívio da dor segundo a avaliação de um observador, além de reduzir a frequência cardíaca da criança durante o procedimento invasivo.

Um item observado que merece destaque é a presença do acompanhante durante a PV, que apresentou um aumento significativo na fase pós-implantação do pacote de medidas. Essa situação pode indicar uma mudança no comportamento da equipe, que ciente da importância do apoio que o acompanhante pode fornecer à criança durante o procedimento, aprimorou suas orientações e passou a incentivar a presença do mesmo, utilizando essa estratégia para manejo da dor.

Em se tratando do posicionamento da criança, estudo que avaliou estratégias para manejo da dor em procedimentos dolorosos como a vacinação e a PV concluíram que quando mantidas deitadas em decúbito dorsal as crianças sentiram mais dor do que quando permaneciam sentadas ou no colo dos pais⁽¹⁷⁾. Esse fato pode ser explicado pela diminuição de ansiedade, que por sua vez reduz a percepção de dor⁽¹⁷⁾.

A distração, estratégia simples e fácil de ser utilizada, indicada para crianças de todas as idades⁽¹⁷⁾ e sem nenhuma reação adversa, também é uma

medida eficaz no alívio da dor auto referida e da ansiedade associada à procedimentos médicos⁽¹⁸⁾.

O incentivo à amamentação como estratégia de alívio da dor relacionada à PV manteve-se igual nos dois momentos observados. Apesar do efeito analgésico e das inúmeras vantagens da amamentação^(17,19), percebe-se que ela tem sido pouco utilizada no contexto dos procedimentos dolorosos.

Estudada em diversos ensaios clínicos randomizados as soluções adocicadas induzem à analgesia por meio da ativação de sistemas de inibição da dor endógenos (opióides e não opióides) e ativação da liberação de dopamina⁽⁷⁾. Indicada para procedimentos dolorosos de curta duração⁽¹⁸⁾, esta medida deve ser utilizada respeitando-se as recomendações propostas quanto à faixa etária forma de aplicação, concentração adequada e início e duração do efeito. Resultados melhores podem ser obtidos combinando o uso desta estratégia com a sucção não nutritiva⁽⁷⁾.

Nesta pesquisa, observou-se que a aplicação desta medida foi maior no período pré-implantação do que no pós. Esse fato pode ser explicado devido à conscientização adquirida pelos profissionais após a implantação do pacote de medidas, visto que anteriormente, muitas vezes esta estratégia era utilizada forma não criteriosa.

É importante dizer que os índices limitados de utilização da amamentação e da solução adocicada (com ou sem sucção não nutritiva), tanto antes quanto após a implantação do pacote de medidas, também estão relacionados ao número de crianças elegíveis para essas estratégias no período analisado.

Seguro e eficaz para reduzir a dor de procedimentos invasivos em pacientes pediátricos^(7,17), os cremes anestésicos são úteis na prática assistencial, porém de acordo com estudos realizados, o tempo necessário para início da ação anestésica, que requer a aplicação 60 minutos antes do procedimento, e as crenças negativas dos profissionais em relação à eficácia do agente são algumas das barreiras que podem dificultar a sua utilização⁽¹⁷⁾.

Além das inovações propostas para o aprimoramento do manejo da dor da criança submetida à PV, outro fator favorável observado nesta pesquisa foi a participação ativa dos utilizadores finais das evidências no processo de transferência do conhecimento da teoria para a prática, que tem se mostrado eficaz na promoção das mudanças⁽⁸⁾. Destaca-se a importância da troca de saberes, da responsabilização e do envolvimento da equipe durante todo o processo,

favorecendo a adesão dos profissionais às medidas propostas, essencial para a transformação da realidade.

Em contrapartida, uma limitação que merece ser mencionada é o fato de não ter sido controlado o mesmo profissional para ser observado antes e após a implantação do pacote de medidas, o que forneceria dados mais fidedignos em relação ao impacto do mesmo e à mudança de prática da equipe.

O presente estudo adotou como marco conceitual o KT para nortear a implantação deste pacote de medidas. Esse modelo prevê alguns elementos fundamentais para o sucesso da implantação das intervenções na prática assistencial, entre eles a seleção das melhores evidências disponíveis, a adaptação destas ao contexto onde o conhecimento será utilizado e as estratégias de facilitação⁽⁸⁾. O uso de alguns elementos propostos pelo KT é inédito em nosso país neste tema e pode indicar que outras pesquisas sejam realizadas na área para avaliar sua viabilidade na realidade nacional.

CONCLUSÃO

As estratégias relacionadas ao posicionamento da criança, distração e uso de anestésico tópico foram inseridas na unidade após a implantação do pacote de medidas.

Estudos que consideram as evidências científicas produzidas para contribuir com o aprimoramento da assistência são cada vez mais valiosos no sentido de reduzir a lacuna entre a pesquisa e a prática, um dos maiores desafios atuais.

Apesar da pequena amostra deste estudo ter sido um fator limitante, a intervenção realizada trouxe bons resultados aos pacientes assistidos e favoreceu o aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem, evidenciado pelo aumento da utilização de estratégias de prevenção, controle e alívio da dor e pela redução dos escores de dor sentidos pela criança durante este procedimento, cumprindo uma das finalidades de se realizar pesquisa - a contribuição concreta para a prática.

REFERÊNCIAS

1. Morete MC, Mariano LR, Vilar PO, Marques TC, Fernandes M. Avaliação da dor do escolar diante da punção venosa periférica. *Rev Dor*. 2010; 11(2):145-49.
2. Barros L. A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. 2010;18(2): 295 – 306.
3. Gomes AVO, Nascimento MAL, Christoffel MM, Antunes JCP, Araújo MC, Cardim MG. Nurse´s role play regards to the feelings and attitudes from hospitalized children undergoing venipuncture. *Rev enferm UFPE on line*. 2010;4(1):371-76. DOI: 10.5205/reuol.669-5715-1-LE.0401201047.
4. Stevens B, Abbott LK, Yamada J, Harrison D, Stinson J, Taddio A, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *CMAJ*. 2011;183(7):E403-10.
5. Stevens BJ, Yamada J, Estabrooks CA, Stinson J, Campbell F, Scott SD, et al. Pain in hospitalized children: Effect of a multidimensional knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes. *Pain*. 2013;155:60-68.
6. Brachine JDP, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Care bundle to reduce central venous catheter-related bloodstream infection: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4):200-10.
7. Curtis S, Wingert A, Ali S. The Cochrane Library and procedural pain in children: an overview of reviews. *Evid.-Based Child Health [Internet]*. 2012 [cited 2015 Nov 27];7(5):1363–1399. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1864/epdf>.
8. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64:6-10.
9. Canadian Institutes of Health Research (CIHR). *Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant Approaches*. Ottawa:2012.
10. Oelke ND, Lima MADS; Acosta AM. Knowledge translation: translating research into policy and practice. *Rev GaúchaEnferm*. 2015;36(3):113-7.
11. Trentini M, Paim L; Silva DMV. *Pesquisa Convergente Assistencial – PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. Porto Alegre: Moriá, 2014.

12. Melo GM. et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. Rev. paul. pediatr.,v.32, n.4, p.395-402, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822014000400395&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 dez. 2015.
13. Silva FC; Thuler LCS. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. J Pediatr, v.84, n.4, p.344-9. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572008000400010&script=sci_arttext. Acesso em: 09 dez. 2015.
14. Medeiros, G. et al. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. Acta Paul Enferm. v.22 (Esp.), p.909-15, 2009.
15. 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.
16. Stillwell, SB et al. Evidence-Based Practice, Step by Step: Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. AJN, v. 110, n. 3, p. 58-61, 2010.
17. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S, et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. CMAJ. 2010; 182(18):E843-55.
18. Uman LS, Chambers CT, McGrathPJ, Kisely S. 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. 2008;33(8):842-54. DOI:10.1093/jpepsy/jsn031.
19. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates (Review). The Cochrane Library [Internet] 2012 [acesso em 2015 Nov.28]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004950.pub3/epdf>.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o levantamento realizado na literatura, esta é a primeira pesquisa que propõe a utilização de um pacote de medidas para o manejo da dor de crianças submetidas à PV e descreve seu impacto em um contexto de assistência pediátrica. Seu desenvolvimento, que buscou a aplicação de evidências científicas no cenário assistencial, introduziu mudanças nas práticas de enfermagem relacionadas à dor da criança submetida à PV. Esse fato evidenciou-se pelo aumento da utilização das estratégias de manejo da dor e consequente redução dos escores de dor sentidos pela criança durante o procedimento, cumprindo uma das finalidades de se realizar pesquisa - a contribuição concreta para a prática.

Apesar das limitações encontradas, essa iniciativa, resultante de um trabalho contínuo e integrado com os profissionais participantes, aumentou as oportunidades para o controle da dor ao paciente pediátrico, substituindo o empirismo empregado na execução das atividades pela fundamentação teórica.

Tendo em vista a forma democrática como este pacote de medidas foi elaborado, espera-se que intervenções semelhantes sejam desenvolvidas em outros cenários, a fim de que a PV seja vivenciada pela criança de forma menos traumática.

A escassez de estudos relacionados a este tema que utilizaram os elementos propostos pelo marco conceitual *KT* pode suscitar a realização de outras pesquisas para avaliar sua viabilidade na realidade nacional.

A associação da PCA com o *KT* mostrou-se pertinente, visto que ambos, cada qual com suas peculiaridades, visam transpor os achados das pesquisas científicas para a realidade assistencial.

A convergência entre as ações de prática e pesquisa que ocorreram durante o desenvolvimento deste estudo permitiu a construção de um novo conhecimento: a horizontalidade na elaboração deste pacote de medidas pode favorecer a adesão da equipe ao mesmo.

Recomenda-se a realização de estudos para avaliação do efeito da implantação desse pacote de medidas em longo prazo, no sentido de aprimorar o manejo da dor pediátrica.

REFERÊNCIAS

- BERNARDO C. L. E. O papel da enfermagem. In: Drummond J. P. **Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 171-210.
- BEZERRA, A. R. et al. “Minha punção venosa periférica”: um material didático-instrucional no preparo da criança para o procedimento. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v.9, n.2, p.77-85, 2009.
- BICE A. A, GUNTHER M, WYATT T. Increasing Nursing Treatment for Pediatric Procedural Pain. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 1, p. 365-79.
- BORGHI, C. A. **Convivendo com a dor: a perspectiva da criança e do adolescente em cuidados paliativos**. 128 p. Dissertação. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.
- BRACHINE J. D. P, PETERLINI M. A. S, PEDREIRA M. L. G. Care bundle to reduce central venous catheter-related bloodstream infection: an integrative review. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n.4, p. 200-10, 2012.
- 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.
- BRASIL. Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- 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: 23 dez. 2015.
- CURTIS S, WINGERT A, ALI S. The Cochrane Library and procedural pain in children: an overview of reviews. **Evid-Based Child Health**. v. 7, n. 5, p. 1363–99, 2012.
- 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.
- 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.
- GESTEIRA E. R. et al. Neonate pain assessment and non-pharmacological methods of pain relief utilized by nurses in a neonatal ICU. **Rev enferm UFPE on line**. v. 5, n. 4, p. 1017-023, 2011.
- GOMES A. V. O. et al. Nurse’s role play regards to the feelings and attitudes from hospitalized children undergoing venipuncture. **Rev enferm UFPE on line**. v. 4, n. 1, p. 371-76, 2010.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a map? **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v.23, p. 13-24, 2009.

GRIMSHAW J. M. et al. Knowledge translation of research findings. **Implementation Science**, 7:50, 2012.

HARRISON, M. B. et al. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. **CMAJ**, p. 78-84, 2010.

IASP: **IASP taxonomy** [Internet]. Seattle: International Association for the Study of Pain; c1994-2012. 22 Mai 2012. [citado 2015 out. 10]; [1 tela]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>

LEÃO, E. R. (Org.) et al. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, p.197-208, 2008.

LEITE, A; CASTRAL, T. C.; SCOCHI, C. G. S. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n. 4, p: 538-42, 2006.

LINHARES M. B. M; DOCA F. N. P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**. v. 18, n. 2, p. 307–25, 2010.

LINHARES M. B. M. et al. Pediatric pain: prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. **Braz J Med Biol Res**.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.

MARCONI M, A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 2010.

MCCAFFERY, M; BEEBE, A. Pharmacological control of pain: a multidisciplinary approach. In:____. **Pain: clinical manual for nursing practice**. St. Louis: Mosby, p.42-128, 1989.

MEDEIROS, G. et al. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. **Acta Paul Enferm.** v.22(Esp.), p. 909-15, 2009.

MELO, G, M. et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev. paul. pediatr.**,v.32, n.4, p.395-402, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000400395&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 dez. 2015.

MELO L. R, PETTENGILL M. A. M. Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**v. 10, n. 2, p. 97-102, 2010.

MENDES L. C. et al. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UFPE online**. v. 7, n. 11, p. 6446-54, 2013.

MORETE M. C. et al. Avaliação da dor do escolar diante da punção venosa periférica. **Rev Dor**. v. 11, n. 2, p. 145-49, 2010.

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.

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

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

SILVA, E. A. et al. Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas. **Com. Ciências Saúde**. v. 18, n. 2, p. 157-66, 2007.

SILVA L.D.G.; TACLA M.T.G.M.; ROSSETTO E.G. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 14, n. 3, p. 519-526, 2010.

SILVA F. C.; THULER L.C.S. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. **J Pediatr**, v.84, n.4, p.344-9. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572008000400010&script=sci_arttext. Acesso em: 09 dez. 2015.

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.

STILLWELL, S. B. et al. Evidence-Based Practice, Step by Step: Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. **AJN**, v. 110, n. 3, p. 58-61, 2010.

STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. Defining knowledge translation. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 181, n. 3-4, p.165-168, 2009. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/181/3-4/165.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

TACLA M. T. G. M; HAYASHIDA M; LIMA R. A. G. Notes of post-operative pain in children: a retrospective analyses of hospitals from Londrina, PR, Brazil. **Rev Bras Enferm**. v. 61. n. 3, p. 289-95, 2008.

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.

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

TSAO J. C. I. et al. A Review of CAM for Procedural Pain in Infancy: Part II. Other Interventions. **Evid Based Complement Alternat Med**. v. 5, n. 4, p. 399–407. 2008.

UMAN L. S. 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: 21/11/2015.

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu, Larissa Domingas Grispan e Silva, brasileira, solteira, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 04988276902, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Punção venosa periférica em pediatria: protocolo para o manejo da dor e percepções da equipe de enfermagem e das crianças”, 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, 10/09/2014

Pesquisadora Responsável

Larissa Domingas Grispan e Silva
Mestranda em Enfermagem
Universidade Estadual de Londrina
RG: 8.576.493-4

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

Punção venosa periférica em pediatria: protocolo para manejo da dor e percepções da equipe de enfermagem e das crianças

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “Punção venosa periférica em pediatria: protocolo para o manejo da dor e percepções da equipe de enfermagem e das crianças”, a ser realizada na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário de Londrina. O objetivo geral deste estudo é avaliar o impacto da implantação de um protocolo para o adequado manejo da dor durante a punção venosa das crianças internadas. Serão aplicados questionários aos participantes com perguntas relacionadas ao manejo da dor durante a punção venosa pediátrica. Também serão realizadas observações no ambiente de trabalho dos mesmos visando identificar as práticas adotadas no setor em questão além da realização de ações educativas com a equipe de enfermagem para a elaboração do protocolo.

Sua participação é muito importante, porém esclarecemos que ela é totalmente voluntária, podendo o 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.

Os benefícios esperados são: otimizar a utilização de estratégias 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 submetida à punção venosa e diminuir os escores de dor sentidos pela criança submetida à venopunção.

Caso o (a) senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Enfermeira Larissa Domingas Grispan e Silva, residente no endereço rua Mossoró, nº 600, telefone: (43) 9982-3203. E-mail: lgrispan@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 201__.

Larissa Domingas Grispan e Silva
Mestranda em Enfermagem
Universidade Estadual de Londrina
RG: 8.576.493-4

(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 C
Instrumento de Coleta de Dados
Roteiro de Observação

“Punção venosa periférica em pediatria: protocolo para manejo da dor e percepções da equipe de enfermagem e das crianças”

Data: ___/___/___ **Período da Coleta:** () Manhã () Tarde () Noite

Coletor: _____

1. Iniciais da criança: _____ **Sexo:** 1. Masc. 2. Fem.

2. Registro:

3. Idade da criança:

4. Diagnóstico:

5. Possui acompanhante:

1. Sim Grau de parentesco: _____

2. Não

6. Punção venosa prévia:

1. Sim

2. Não

7. Tipo de cateter venoso:

1. Cateter agulhado (scalp) 2. Cateter flexível sobre agulha (abocath)

8. Calibre do cateter venoso:

9. Local da punção:

1. MSD

3. MID

5. Região cefálica

7. Jugular E

2. MSE

4. MIE

6. Jugular D

8. Outro:

10. Responsável pela punção:

1. Auxiliar de enfermagem 4. Enfermeiro (a) de cobertura 7. Interno de enfermagem

2. Técnico (a) de enfermagem 5. Enfermeiro (a) docente 8. Aluno de enfermagem
3. Enfermeiro (a) da unidade 6. Enfermeiro (a) residente 9. Outro: _____

11. A equipe de enfermagem utilizou alguma estratégia não-farmacológica para o alívio da dor relacionada à punção venosa periférica?

1. Sim
2. Não

12. Se sim, qual?

13. Se sim, em que momento ?

1. Antes da punção 2. Durante a punção 3. Após a punção

14. Onde foi realizado o procedimento?

1. Sala de punção 3. Outro: _____
2. Leito

15. No caso das crianças que possuem acompanhante, o mesmo permaneceu com a criança durante a punção venosa?

1. Sim 2. Não

16. Se sim, qual foi a participação do acompanhante em relação ao manejo da dor durante o procedimento?

1. Interferiu positivamente no trabalho da equipe.

Especifique: _____

2. Interferiu negativamente no trabalho da equipe

Especifique: _____

3. Não interferiu no trabalho da equipe

Especifique: _____

17. Avaliação da dor da criança DURANTE a punção periférica, baseado nas seguintes escalas, de acordo com a idade da criança.

NIPS: Recém-nascidos (pré-termo e a termo) e lactentes até 3 anos

FLACC: > 3 ANOS

Escala comportamental de dor para recém-nascidos – *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*

Parâmetro	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	-

Pontuação igual ou maior que 4 = dor.

Escala FLACC

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Expressão facial	Tranquilo, sorriso	Caretas, introvertido, desinteressado	Tremor no queixo e rigidez na mandíbula de frequentes a constantes
Choro	Ausente (acordado ou adormecido)	Gemência, choramingo, queixa ocasional	Choro forte e queixas frequentes
Dorso e Membros	Posição normal ou relaxada	Dorso arcado, membros inquietos e agitados	Membros elevados, chutes, hiperextensão do dorso
Movimentos	Quieto, dormindo, posição normal	Movimentação alterada, tensa, inquieta	Postura arqueada, rígida ou movimentos abruptos
Consolo	Contente, relaxado	Consolável com toques e carícias, distração possível	Difícil de consolar ou confortar

0= Relaxado e confortável, 1-3= Desconforto médio, 4-6= Dor moderada, 7-10= Dor/desconforto severo.

Apêndice D

Questionário

PACOTE DE MEDIDAS PARA O MANEJO DA DOR RELACIONADA À PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM PEDIATRIA

Data: _____

Caracterização da população de estudo:

1. Dados de identificação:

a. Nome: _____

b. Idade: _____

c. Categoria profissional: _____

d. Escolaridade: _____

e. Tempo de trabalho na área pediátrica: _____

2. Você utilizava alguma estratégia para prevenir, controlar e/ou aliviar a dor da criança submetida à punção venosa periférica antes de participar das discussões para a elaboração deste pacote de medidas?

3. Qual a sua opinião sobre a utilização de medidas não farmacológicas para o manejo da dor relacionada à punção venosa periférica nesta unidade?

4. O que te motivou a participar do grupo para elaboração do pacote de medidas para o manejo da dor relacionada à punção venosa periférica nesta unidade?

5. Qual a sua opinião sobre a forma como o pacote de medidas foi elaborado, utilizando a construção coletiva entre os pesquisadores e a equipe assistencial?

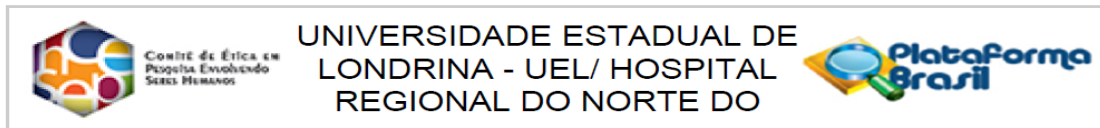
6. Como você avalia a sua participação neste processo? Contribuiu para o seu crescimento profissional? Se sim, de que forma?

7. Quais as suas sugestões para que as medidas selecionadas sejam incorporadas na prática assistencial desta unidade?

ANEXO

Anexo A

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Punção venosa periférica em pediatria: protocolo para manejo da dor e percepções da equipe de enfermagem e das crianças

Pesquisador: LARISSA DOMINGAS GRISPAN E SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37668114.2.0000.5231

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 865.729

Data da Relatoria: 09/11/2014

Apresentação do Projeto:

Realizado em três etapas, o projeto visa avaliar o impacto da implantação de um protocolo para o adequado manejo da dor durante a punção venosa de crianças internadas em uma unidade pediátrica, a primeira fase se realizará um levantamento nos prontuários das crianças internadas seguida de observação não participante no momento da punção venosa observando as práticas utilizadas pela equipe de enfermagem para o manejo da dor. A criança terá sua dor avaliada por meio de uma escala. Na segunda fase, serão realizadas ações educativas com a equipe de enfermagem, para elaboração do protocolo para o manejo da dor durante a punção venosa periférica. Um questionário individual aos participantes para coleta de informações de caracterização da população de estudo e também para verificar o conhecimento prévio sobre estratégias para alívio e tratamento da dor da criança. Terceira fase, será realizado um novo período de observação em que será verificado se houve a adesão ou não por parte da equipe. A dor da criança será novamente avaliada.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto da implantação de um protocolo para o adequado manejo da dor durante a punção venosa de crianças internadas em uma unidade pediátrica.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

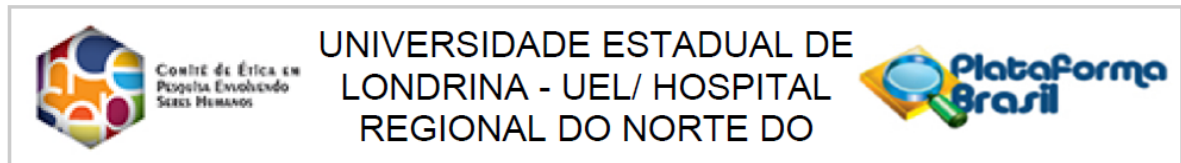
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 865.729

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos.

Benefícios:

Conhecer a percepção e a prática profissional da equipe de enfermagem quanto ao manejo da dor durante a punção venosa periférica na unidade pediátrica contribuiu na elaboração, implantação e avaliação do impacto do protocolo de manejo da dor durante esse procedimento. Espera-se através deste estudo comprovar a efetividade das práticas baseadas em evidências por meio de um protocolo para o manejo da dor durante a punção venosa periférica em pediatria, visando reduzir dos escores de dor sentidos pela criança durante este procedimento doloroso. Conhecer a percepção e a prática profissional da equipe de enfermagem quanto ao manejo da dor durante a punção venosa periférica na unidade pediátrica contribuiu na elaboração, implantação e avaliação do impacto do protocolo de manejo da dor durante esse procedimento. Espera-se através deste estudo comprovar a efetividade das práticas baseadas em evidências por meio de um protocolo para o manejo da dor durante a punção venosa periférica em pediatria, visando reduzir dos escores de dor sentidos pela criança durante este procedimento doloroso. Compreendendo a percepção da criança diante da punção venosa periférica deseja-se também sensibilizar a equipe de enfermagem da unidade pediátrica sobre a importância da aplicação de estratégias não farmacológicas para a prevenção, controle e alívio da dor durante a realização da venopunção. Esse fato pode proporcionar uma melhora da qualidade da assistência ao paciente pediátrico submetido à venopunção, possibilitando o cuidado integral e ampliando as possibilidades terapêuticas para o controle da dor, principalmente as não farmacológicas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto, apresenta relevância, além disso depois de sua execução trará benefícios imediatos e aplicabilidade direta aos usuários dos serviços.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados e atendem as exigências deste CEP.

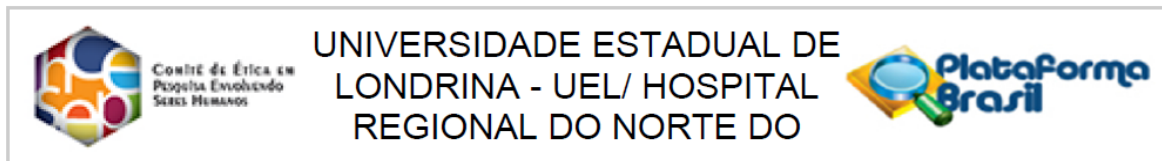
Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado sem restrições

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 865.729

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 10 de Novembro de 2014

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br