

# Manejo da dor de crianças hospitalizadas: desvelando barreiras sob a perspectiva da enfermagem

*Pain management in children admitted to hospital: unveiling barriers from the nursing perspective*

*Manejo del dolor en niños hospitalizados: desvelando barreras desde la perspectiva de enfermeira*

Danton Matheus de Souza<sup>a</sup>   
 Giovanna Sanches Lestinge<sup>a</sup>   
 Joese Aparecida Carvalho<sup>b</sup>   
 Lisabelle Mariano Rossato<sup>b</sup> 

## Como citar este artigo:

Souza DM, Lestinge GS, Carvalho JA, Rossato LM. Manejo da dor de crianças hospitalizadas: desvelando barreiras sob a perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230151. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230151.pt>

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender as percepções da equipe de enfermagem sobre as barreiras no manejo da dor na assistência às crianças hospitalizadas.

**Método:** Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com oito enfermeiras e sete técnicas de enfermagem. Os dados foram coletados no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, entre junho e setembro de 2022, por meio de entrevistas individuais, analisados sob a ótica da análise temática de conteúdo e à luz do Interacionismo Simbólico.

**Resultados:** Emergiram as seguintes categorias: 1) Tradução de conhecimento: o manejo da dor de fato é realizado? e 2) Refletir mudanças: como atingir a potencialidade do manejo da dor? Os profissionais possuem conhecimento teórico sobre o manejo da dor, porém listaram inúmeras barreiras frente a cada etapa, principalmente relacionadas à rotina institucional, e, ao refletirem sobre esse contexto, indicaram a necessidade de um protocolo institucional.

**Considerações finais:** As barreiras se sobressaem ao conhecimento teórico, e tornam o manejo da dor às crianças hospitalizadas desconsiderado. Conhecer esse contexto é relevante para aplicar estratégias de mudanças.

**Descritores:** Dor. Manejo da dor. Criança hospitalizada. Barreiras de acesso aos cuidados de saúde. Enfermagem pediátrica.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand nursing team perceptions about the barriers in pain management in the care of hospitalized children.

**Method:** Descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, conducted with eight nurses and seven nursing technicians. Data were collected at the *Universidade de São Paulo* University Hospital, between June and September 2022, through individual interviews, analyzed from the perspective of thematic content analysis and in the light of Symbolic Interactionism.

**Results:** The following categories emerged: 1) Knowledge translation: is pain management actually performed? and 2) Reflecting changes: how to achieve the potential of pain management? Professionals have theoretical knowledge about pain management, however, they listed numerous barriers at each stage, mainly related to institutional routine, and, when reflecting on this context, they indicated the need for an institutional protocol.

**Final considerations:** Barriers stand out from theoretical knowledge and make pain management for hospitalized children disregarded. Knowing this context is relevant for implementing change strategies.

**Descriptors:** Pain. Pain management. Child hospitalized. Barriers to access of health services. Pediatric nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender las percepciones del equipo de enfermería sobre las barreras en el manejo del dolor en el cuidado de niños hospitalizados.

**Método:** Estudio descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo, realizado con ocho enfermeros y siete técnicos de enfermería. Los datos fueron recolectados en el Hospital Universitario de la *Universidade de São Paulo*, entre junio y septiembre de 2022, a través de entrevistas individuales, analizados en la perspectiva del análisis de contenido temático y a la luz del Interaccionismo Simbólico.

**Resultados:** Emergieron las siguientes categorías: 1) Traducción del conocimiento: ¿Se realiza realmente el manejo del dolor? y 2) Reflejar cambios: ¿Cómo alcanzar la potencialidad del manejo del dolor? Los profesionales tienen conocimientos teóricos sobre el manejo del dolor, pero enumeraron numerosas barreras en cada etapa, principalmente relacionadas con el cotidiano institucional, y, al reflejar ese contexto, señalaron la necesidad de un protocolo institucional.

**Consideraciones finales:** las barreras se destacan del conocimiento teórico y hacen que se desestime el manejo del dolor en niños hospitalizados. Conocer este contexto se vuelve relevante para aplicar las estrategias de cambio.

**Descritores:** Dolor. Manejo del dolor. Niño hospitalizado. Barreras de acceso a los servicios de salud. Enfermería pediátrica.

<sup>a</sup> Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. São Paulo, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A vivência da dor em crianças hospitalizadas é um fenômeno frequente. Estima-se que aproximadamente 95% dessas apresentam dor, em algum momento da internação, pelos procedimentos invasivos, diagnósticos e curso da doença<sup>(1)</sup>. Ainda, estudos indicam que, em média, 55% possuem escore intenso, e 78,6%, escore moderado<sup>(2,3)</sup>. Resultados de investigação qualitativa mostram que as crianças citam a dor e o desconforto como os piores aspectos da hospitalização<sup>(4)</sup>. As crianças são consideradas um grupo vulnerável a dores não aliviadas, com uma relação diretamente proporcional entre idade e alívio algico<sup>(5)</sup>.

Reconhecendo esse aspecto, organizações internacionais listaram o alívio da dor como uma meta da última década, um direito da criança e uma responsabilidade do profissional de saúde, estabelecendo-a como o quinto sinal vital<sup>(1)</sup>. Não há dúvidas de que a dor se tornou uma relevante questão de saúde pública. Nos últimos anos, inúmeras investigações se dedicaram a inovações em métodos de avaliações e intervenções<sup>(1,4,6)</sup>. Porém, integrar o manejo da dor em metas, direitos e políticas não garante que ele ocorra, com a dor ainda sendo um fenômeno de pesquisa à enfermagem contemporânea. Aqui, entende-se como manejo da dor as etapas cíclicas de avaliação, intervenção (com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de forma conjunta) e reavaliação<sup>(7)</sup>.

Na saúde da criança e do adolescente, a avaliação e a reavaliação da dor são realizadas por intermédio de escalas validadas, a depender da fase do desenvolvimento e estado cognitivo como: *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), para recém-nascidos de até 2 meses; *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability* (FLACC), para crianças entre dois meses e sete anos incompletos; *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*, para crianças acima de três anos; Escala Verbal Numérica (EVN), padrão ouro de avaliação, com o autorrelato de crianças acima de sete anos; e a *Comfort-Behavior Scale* (COMFORT-b), para crianças em uso de sedação contínua<sup>(8)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a intervenção seja multimodal, com a integração de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A farmacológica é escolhida por meio da escada analgésica da dor, guiada por dois degraus: 1) Dor leve, com uso de dipirona, paracetamol ou ibuprofeno (a depender da idade da criança); e 2) Dor moderada e forte, com uso de opioides em diferentes doses terapêuticas. Já a não farmacológica possui diferentes possibilidades, como sucção nutritiva ou não nutritiva, distração (brincadeiras, contação de histórias, músicas e realidade virtual), colo, entre outras<sup>(8)</sup>.

Para além das etapas supracitadas, recentemente, uma análise de conceito recomendou que a família seja inclusa no centro das etapas do manejo da dor, com o estabelecimento

de uma comunicação colaborativa, em um ambiente confiável, com uma parceria genuína<sup>(9)</sup>. O reconhecimento da família nesse processo está de acordo com as premissas do Cuidado Centrado na Família, filosofia que guia a atuação de enfermeiros pediátricos<sup>(10)</sup>, e sua presença é considerada como uma intervenção não farmacológica para alívio algico<sup>(11)</sup>.

Nesse percurso, os profissionais da equipe de enfermagem, com ênfase no enfermeiro, possuem papel ativo no gerenciamento do manejo da dor, sendo os responsáveis pela avaliação, implementação da intervenção farmacológica, autonomia no uso de intervenções não farmacológicas, reavaliação e inclusão da família nesse processo<sup>(7)</sup>. Contudo, investigações recentes demonstram que essas etapas são desvalorizadas e permanecem abaixo do ideal<sup>(7,11,12)</sup>.

No Brasil, em estudo transversal, retrospectivo, realizado com o prontuário de 1.251 crianças hospitalizadas, notou-se que 11,2% não foram avaliadas para dor; 481 tinham dor validada por escalas, porém a ausência de analgesia ocorreu em 18,3%, mesmo com prescrição; 99,6% não tiveram documentação de uso de intervenções não farmacológicas; e 59,7% necessitaram de reavaliações<sup>(7)</sup>. Ainda, em investigação qualitativa realizada com profissionais da equipe de enfermagem, no Brasil, foi relatado que na prática clínica não há inclusão familiar nos procedimentos dolorosos, principalmente pelas crenças e atitudes profissionais<sup>(11)</sup>.

As consequências da dor não aliviada não podem ser subestimadas. Sabe-se que há prejuízos a longo prazo na percepção, sensibilidade, resposta ao estresse, no comportamento, aprendizado e desenvolvimento, sendo um fator preditivo para a dor crônica na vida adulta, afetando a criança e a família, que podem demonstrar descontentamento e resistência aos cuidados. Para a instituição, a dor pode prolongar a hospitalização, aumentar os custos do cuidado e as readmissões<sup>(1,13,14)</sup>. Assim, torna-se relevante reconhecer as barreiras para a tradução do uso das etapas do manejo da dor à prática clínica.

Países como Estados Unidos<sup>(15)</sup>, Etiópia<sup>(3)</sup>, China<sup>(6)</sup> e Catar<sup>(16)</sup> se dedicaram, recentemente, a investigações sobre as barreiras ao manejo da dor. Uma revisão da literatura sobre os conhecimentos, barreiras e facilitadores ao manejo da dor demonstrou que não há estudo conduzido no Brasil sobre o fenômeno<sup>(1)</sup>, sendo necessárias investigações brasileiras, principalmente pelo aspecto cultural ser um dos fatores que influencia nas percepções. Dessa forma, emergiu a seguinte inquietação: quais são as percepções da equipe de enfermagem diante das barreiras para o manejo da dor de crianças hospitalizadas?

Este estudo objetivou compreender as percepções da equipe de enfermagem sobre as barreiras no manejo da dor na assistência às crianças hospitalizadas. Compreender as percepções profissionais diante das barreiras pode guiar

estratégias futuras para alteração do contexto, com atuação frente a cada barreira individual e em seu coletivo, visando tornar a dor importante, compreendida, visível e mais bem manejada.

## ■ MÉTODO

### Tipo de estudo

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Para sua redação, seguiram-se as recomendações do guia *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ)*<sup>(17)</sup>.

### Local de estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), entre junho e setembro de 2022, na divisão pediátrica, nos setores: Pronto-Socorro Infantil (PSI); Unidade de Internação Pediátrica (UIP); e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica e Neonatal. Os setores atuam com crianças na faixa etária de recém-nascidos a 15 anos incompletos. Nessa instituição, não há um protocolo de manejo da dor estabelecido, apenas uma sistematização da avaliação por meio de diferentes instrumentos, anexados em um impresso institucional. No impresso há as escalas NIPS, FLACC, *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*, EVN e COMFORT-b, com orientação da avaliação a cada quatro horas, e um espaço para avaliação da dor em procedimentos dolorosos.

### Critérios de elegibilidade

Participaram 15 profissionais, oito enfermeiras e sete técnicas de enfermagem. Foram incluídos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam nos setores da divisão pediátrica, independentemente do turno (matutino, vespertino e noturno), e que estivessem no campo prático no momento da imersão dos pesquisadores. Foram excluídos residentes de enfermagem e a chefia do setor.

### Coleta de dados

A amostragem foi conduzida por conveniência. Os participantes foram recrutados pessoalmente em seu horário de trabalho, conforme a presença do pesquisador no local, sendo convidados para participar da investigação.

Os dados foram coletados por entrevistas individuais e semiestruturadas, conduzidas por dois pesquisadores: uma discente do último ano do curso de enfermagem, do sexo feminino, treinada previamente pela pesquisadora principal; e um enfermeiro, residente de enfermagem na saúde da criança

e do adolescente, do sexo masculino, com experiência prévia na condução de entrevistas qualitativas. A abordagem com dois pesquisadores possibilitou a exploração do fenômeno em sua complexidade, com aprofundamento dos discursos em abordagens complementares<sup>(18)</sup>. É digno de nota que o residente estava imerso na equipe de enfermagem, o que facilitou a abordagem dos profissionais para o recrutamento, porém sua participação na condução das entrevistas ocorreu de forma neutra.

A coleta ocorreu com base em um instrumento de caracterização dos participantes, preenchido previamente à gravação, com variáveis sociodemográficas, e em uma entrevista, conduzida pelas seguintes perguntas abertas: O(a) senhor(a) poderia me contar como é realizado o manejo da dor (avaliação, intervenção e reavaliação) das crianças hospitalizadas? O(a) senhor(a) encontra barreiras na realização das etapas citadas? O que o(a) senhor(a) acredita que deva ser feito para alterar esse contexto de manejo da dor e as barreiras citadas? As perguntas foram formuladas em conjunto pelos pesquisadores do estudo. Não foi realizado teste piloto. Contudo, conforme as entrevistas eram conduzidas, os pesquisadores discutiam seu andamento, com reflexões quanto às lacunas e possíveis formas de aperfeiçoamento.

O pesquisador solicitou autorização à enfermeira responsável pelo setor quanto à saída do funcionário para a coleta de dados. Com a autorização, seguia-se a um espaço reservado, fornecido pela instituição, com a presença de dois pesquisadores e do participante, feita em diferentes turnos de trabalho e dias da semana, a depender da disponibilidade dos pesquisadores e participantes. Foram abordados 15 profissionais e todos aceitaram participar.

As entrevistas tiveram o áudio gravado por um aparelho eletrônico. Totalizaram-se três horas e 48 minutos de entrevistas, que foram transcritas na íntegra por uma das pesquisadoras do estudo. Não foram realizadas entrevistas repetidas e as transcrições não foram enviadas aos participantes. Não foram realizadas notas de campo.

Para a finalização da coleta de dados empírica, foi utilizada a técnica de saturação teórica de dados em pesquisa qualitativa, que permite incluir participantes até que os objetivos sejam atingidos e nenhum novo tema seja estabelecido ou até que não haja novos questionamentos<sup>(19)</sup>, sendo discutida e acordada por consenso entre os pesquisadores.

### Referencial teórico

Os dados foram analisados à luz do referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS)<sup>(20)</sup>, com a compreensão dos significados que o fenômeno possui e sua construção, que ocorre nas interações entre as partes envolvidas, sob o ponto de vista social da realidade cotidiana. A pessoa é o

agente da ação. A ação ocorre de acordo com o significado que o fenômeno (objetos, ações, ideias e atividades) tem ao indivíduo, sendo esse formulado na interação com o *self* (indivíduo consigo), a mente (pensamentos) e a sociedade (organizações sociais constituídas por indivíduos), gerando a ação humana (resultado) (Figura 1).

### Análise dos dados

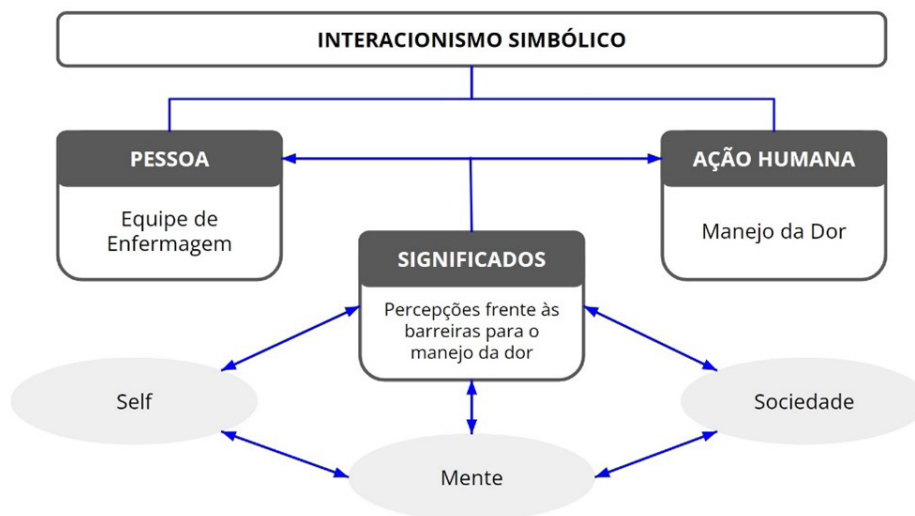
Os dados foram analisados pela técnica de análise temática de conteúdo de Bardin, com as etapas de: 1) Pré-análise, com a leitura repetida das entrevistas (leitura flutuante), realizada entre cinco e dez vezes, com aproximação do conteúdo e seus possíveis pressupostos; 2) Exploração do

material, com a extração de possíveis temas e unidades de significados, derivados dos dados; e 3) Tratamento dos dados, com o agrupamento dos temas e unidades de significado em categorias e subcategorias<sup>(21)</sup>. A análise foi realizada em pares, de forma independente, com deliberações sobre os temas e resolução das discrepâncias por meio da construção de consenso entre todos os pesquisadores envolvidos, gerando as categorias e subcategorias (Figura 2).

### Aspectos éticos

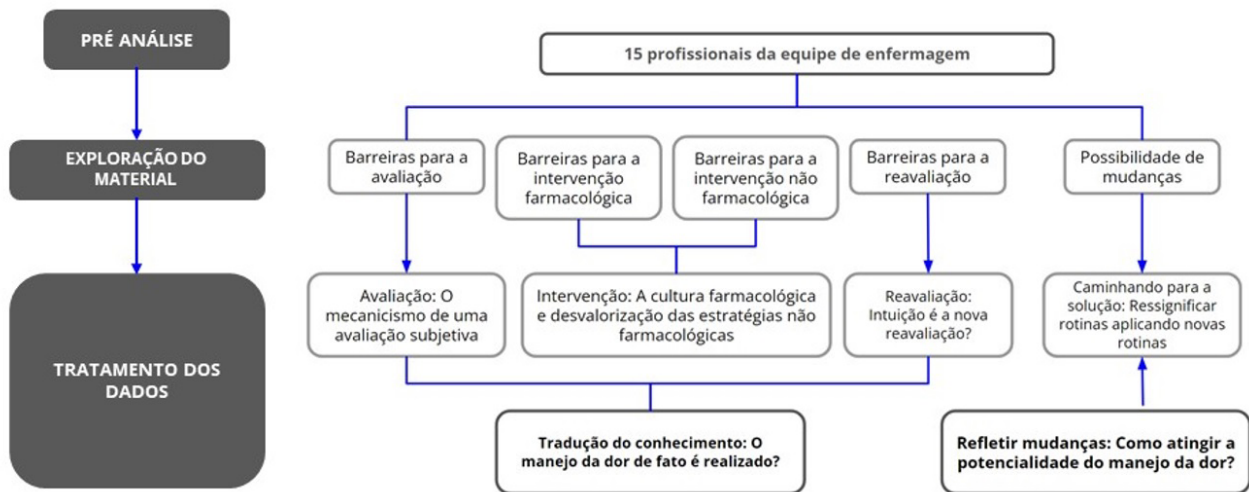
O estudo recebeu aprovação ética pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE: 56500822.3.0000.5392) e do HU-USP (CAAE:

Figura 1 – Interacionismo Simbólico. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023



Fonte: Autores, 2023.

Figura 2 – Diagrama da árvore de codificação. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023



Fonte: Autores, 2023.

56500822.3.3001.0076). Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>(22)</sup>. No momento do convite para a participação do estudo, o pesquisador realizava uma leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e em caso de aceite, esse era assinado em duas vias (uma do participante e outra do pesquisador), com início da entrevista. Optou-se por analisar a equipe de enfermagem, e não os profissionais isolados, a serem identificados pela letra E, seguidos de um número conforme a ordem de ingresso no estudo, como E1, E2, E3...

## ■ RESULTADOS

Participaram 15 profissionais da equipe de enfermagem: oito enfermeiras e sete técnicas de enfermagem. Atuavam na UIP (3 enfermeiras e 2 técnicas), PSI (2 enfermeiras e 4 técnicas) e UTI Pediátrica e Neonatal (3 enfermeiras e 1 técnica). Todas são do sexo feminino, com idade entre 34 e 62 anos, além de tempo de trabalho na enfermagem pediátrica entre 9 e 28 anos, e no setor referido, entre 1 e 28 anos. A partir da análise, emergiram duas seguintes categorias: 1) Tradução de conhecimento: o manejo da dor de fato é realizado? e 2) Refletir mudanças: como atingir a potencialidade do manejo da dor?, com subcategorias interligadas, descritas a seguir.

### 1) Tradução de conhecimento: o manejo da dor de fato é realizado?

Na subcategoria "Avaliação: o mecanicismo de uma avaliação subjetiva" (Quadro 1), os profissionais demonstraram domínio teórico referente à avaliação da dor, com apenas dois relacionando a escala FACES a componentes da escala FLACC e fazendo uso da escala FACES para pacientes sedados. Observou-se que a tradução do conhecimento à prática clínica é um desafio. Os profissionais relataram um engessamento da rotina, com avaliações preconizadas a cada quatro horas, levando a automaticidade do cuidado. Há dificuldades na aplicação da escala, principalmente em pacientes com neuropatias ou intubados, com reconhecimento de que a dor nesse perfil é desvalorizada. Referiram a subjetividade dos instrumentos como uma barreira, porém com discursos ambivalentes por considerá-la uma aliada à avaliação. O profissional desconfiava dos escores, com a desconsideração da algia, principalmente se a criança mantém-se realizando atividades de vida diária. Ainda, não há documentação dos escores algícos para além dos horários preconizados.

Há maior atenção a pacientes ortopédicos e cirúrgicos, pela dor frequente, e atenção àqueles que o enfermeiro ou equipe médica indicava a avaliação. Em procedimentos dolorosos, os profissionais referem fazer avaliação, por intermédio da intuição, apenas em procedimentos que acreditavam

que levariam à dor (exemplo: curativos de queimaduras), ou não avaliavam pelo número acentuado de procedimentos a serem realizados, como nas UTIs. Ainda, citaram carga acentuada de trabalho, com o número reduzido de funcionários predizendo uma baixa avaliação da dor pelo tempo dispendido para aplicação das escalas.

Em relação à subcategoria "Intervenção: a cultura farmacológica e desvalorização das estratégias não farmacológicas" (Quadro 1), os profissionais indicaram uma supervalorização do uso de medicações para alívio algíco, pela facilidade e rapidez da ação. Porém essa depende da prescrição e decisão médica, o que implicava: uso de medicações com baixo teor analgésico para o escore algíco; prescrição de medicações com maior teor analgésico a crianças cirúrgicas e ortopédicas em detrimento de outras especialidades; ausência da prescrição medicamentosa para procedimentos dolorosos; ausência do médico nas unidades, principalmente à noite; e restrição do uso dos fármacos em alguns grupos, como os neonatos, com a cultura de que não possuem dor. Relataram que a comunicação entre a equipe e o médico é marcada por barreiras, pela crença de invasão de espaço, o que dificulta o enfermeiro indicar que um paciente está com dor. Quatro profissionais não indicaram barreiras a medicações.

Os profissionais referiram conhecimento teórico quanto às intervenções não farmacológicas para alívio algíco, citando as intervenções físicas, mecânicas, ambientais, conforto, distração e práticas integrativas e complementares (PICS). Três relataram ausência de barreiras ao uso dessas intervenções, porém outros indicaram: preferência pessoal por intervenções farmacológicas; dependência do conhecimento, crença e atitude individual do profissional, com frequência do baixo uso por não acreditarem ser resolutivas; uso das intervenções apenas em dor leve pela ausência de protocolos que guiassem a prática; receio da utilização e sua influência no quadro clínico, citando a glicose 25%; dificuldade de acessibilidade às intervenções; exigência de tempo para sua aplicação; e enfermeiros que não reconheciam sua autonomia na aplicação dessas intervenções. Referiram que o tempo de experiência pode ser um preditor negativo ao uso, considerando o discurso de que "*Eu sempre fiz assim, por que devo mudar agora?*" (E15). Relataram que, quando usam, não fazem documentações. Uma das profissionais indicou desmotivação devido ao preconceito dos colegas quanto às intervenções, exemplificando a terapia energética Reiki.

Os profissionais reconheceram a importância da reavaliação para o manejo da dor. Porém apenas um profissional disse realizá-la com a aplicação de escalas validadas, enquanto quatorze expressaram o uso da intuição como ferramenta, quando lembram da necessidade de reavaliar. Relataram



que a reavaliação não é executada sistematicamente com padrão ou protocolo de tempo após a aplicação de alguma intervenção e que a instituição não solicita essa reavaliação, respeitando os horários predeterminados no instrumento, independentemente da algia e da possibilidade de uso da

anotação de enfermagem. O uso da intuição se baseou na queixa da criança (se não se queixou não está com dor) e na intervenção (se já foi medicado não terá mais dor), como visto na subcategoria “Reavaliação: intuição é a nova reavaliação?” (Quadro 1).

**Quadro 1** – Discursos dos profissionais referentes à categoria “Tradução de conhecimento: o manejo da dor de fato é realizado?”. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

### **CATEGORIA TEÓRICA: “Tradução de conhecimento: o manejo da dor de fato é realizado?”**

#### **Subcategoria: “Avaliação: o mecanicismo de uma avaliação subjetiva”**

*O que eu percebo é que a avaliação é feita pela nossa experiência do que por uso de escalas. Já olhamos o paciente, vemos que não está com dor, nem aplicamos a escala, já colocamos lá (instrumento) zero. (E1)*

*Quando a criança está em procedimento, vai intubar, e está meio acordada, você percebe que a criança faz movimento de dor, deve ser horrível. Punções venosas também, mas não avaliamos essa dor. [...] não pontuamos essa dor, não anotamos de jeito nenhum. E a criança grita, chora... nenhum tipo de procedimento é anotado a dor que a criança está sentindo... a gente não faz isso. (E3)*

*Uma criança que, na teoria, não teria um diagnóstico, como uma fratura e uma cirurgia, não teria porquê ter dor. (E2)*

*A avaliação é mecânica, no sentido de avaliar apenas se o paciente reclama. (E2)*

*Temos barreiras como a escala profissional, acúmulo de tarefas, a rotina, a alta demanda, a taxa de ocupação alta. Há sobrecarga. (E5)*

*Em sala de emergência, eu nunca vi alguém pensar em dor. (E6)*

*A avaliação da dor ocorre pela experiência, já que antes não tínhamos escalas. (E12)*

#### **Subcategoria: “Intervenção: A cultura farmacológica e desvalorização das estratégias não farmacológicas”**

*Precisamos da avaliação do médico para medicar. Mesmo que provamos que a criança está com dor, que falemos que aplicamos a escala, sempre há a barreira de depender da avaliação clínica, e eles têm dificuldade de medicar. (E1)*

*Há a cultura de que neonatos não sentem dor. [...] quando você diz que a criança está com dor, os pediatras te ouvem mais do que os neonatologistas. (E9)*

*A aplicação das intervenções não farmacológicas vai de cada profissional, mais uma vez da subjetividade. (E1)*

*Eu tenho capacitação em PICS\*, mas eu me sinto receosa e coagida, porque existe preconceito, principalmente por parte médica. É como se estivesse praticando charlatanismo. Eu sei que aquilo (PICS\*) vai ajudar, mas eu fico com medo de alguém ver, qualquer pessoa, e criar uma situação, mesmo que a mãe autorize. [...] eu tenho medo de ser punida: “Quem mandou você fazer isso? Você não está contratada para isso.” (E6)*

*Como te falei, eu faço acalento, pego no colo, dou carinho, massagem, mas sempre conduta médica. (E15)*

#### **Subcategoria: “Reavaliação: intuição é a nova reavaliação?”**

*A reavaliação é intuitiva, deduzimos que, se parou de chorar, melhorou a dor. Não vamos lá rever, mas vai ter o próximo registro (a cada 4 horas) de que passou a dor. (E1)*

*Nós sabemos que, uma vez que o paciente está com dor, que eu fiz uma intervenção, eu tenho que reavaliar. Temos isso no próprio instrumento, mas não é uma rotina, não há um protocolo, isso é negligenciado. (E1)*

*Não uso escala, vemos se a criança acalmou. Se acalmou, é porque não tem dor. (E15)*

Fonte: autores, 2023.

\*PICS – práticas integrativas e complementares.

## 2) Refletir mudanças: como atingir a potencialidade do manejo da dor?

Os profissionais da UTI indicaram que a gravidade dos pacientes, o uso de sedação e o número acentuado de procedimentos dolorosos impactavam no manejo da dor, enquanto os do PSI indicaram que há priorização da vida das crianças, considerando a dor baixa prioridade. Ao serem solicitados para avaliar o manejo da dor em seu setor, 11 profissionais relataram-no como falho e superficial, com atenção a quem se espera ter dor, além de fraco, ruim e que poderia ser melhor. Apenas dois profissionais do PSI indicaram como um bom manejo.

Ao indicarem barreiras, os profissionais as associaram como resultado da interação com uma rotina de trabalho. Assim, foram questionados sobre o que poderia ser feito para alterar esse contexto, como visto na subcategoria “Caminhando para a solução: ressignificar rotinas aplicando novas rotinas” (Quadro 2). Ao refletirem sobre esse contexto, os profissionais listaram estratégias de mudança como:

educação da equipe multiprofissional com atualizações constantes; ações educativas; reformulação do impresso institucional, com linearidade em todos os setores; maior cobrança institucional com auditorias frequentes; maior supervisão do enfermeiro em relação à sua equipe, ressaltando que essas possibilidades deveriam se integrar à rotina do setor de forma a não se tornar uma nova demanda e não prejudicar o processo de trabalho. Todos os profissionais listaram a formulação de um protocolo institucional que guiasse as etapas do manejo da dor, porém cabe refletir se a implementação de um fluxograma será sempre utilizada ou poderá cair em desuso por uma rotina, como o instrumento de avaliação, já institucionalizado.

Após o término da análise dos dados, os pesquisadores realizaram um vídeo com os resultados principais, indexando-o na plataforma *YouTube*<sup>®</sup>, e fizeram um folheto de divulgação e entregaram em todas as unidades que prestavam assistência à criança na instituição participante, visando um *feedback* à equipe, para que possam refletir sobre suas práticas.

**Quadro 2** – Discursos dos profissionais referentes à categoria “Refletir mudanças: como atingir a potencialidade do manejo da dor?”. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

### CATEGORIA TEÓRICA: Refletir mudanças: como atingir a potencialidade do manejo da dor?

#### Subcategoria: Caminhando para a solução: ressignificar rotinas aplicando novas rotinas

*Acredito que o instrumento precise ser readaptado. (E6)*

*É necessário implementar um treinamento. De como serão feitas as etapas, quando vai fazer. A multiplicação dessa informação. (E7)*

*Eu acho que precisa implementar um protocolo e treinamentos. Isso faz falta, deviam ter esse estímulo. (E3)*

*Eu acho que, no pronto-socorro, as coisas devem ser práticas, não adianta inventarmos protocolos que não agilizem e travem nosso atendimento. Na prática, vai ficar de lado. Deve ser algo prático, como um checklist. Depois de um tempo, podemos adaptar melhor e fazer ele de cabeça por conhecer os passos. (E14)*

Fonte: Autores, 2023.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, barreiras que permeiam o manejo da dor de crianças internadas são observadas, tornando a experiência da hospitalização infantil marcada por limitações dos profissionais quanto ao controle algíco. O referencial do IS permitiu essa compreensão, por interpretar as influências das vivências práticas no manejo da dor, com as percepções das barreiras, relatadas e intrínsecas ao discurso.

Apesar da padronização da avaliação da dor com diferentes instrumentos para cada faixa etária, sua sistematização ainda é ilusória, predominando a subjetividade do profissional

acima da validação e sensibilidade das escalas<sup>(1,14)</sup>. Em estudo conduzido nos Estados Unidos com 110 crianças com dor em um período de 24 horas de hospitalização, 48,2% avaliaram sua dor como intensa, porém apenas 15% possuíam documentação desse escore<sup>(23)</sup>. Esse aspecto demonstra a subjetividade, a desconfiança e a baixa documentação dos escores algícos, como visto neste estudo. Outra investigação australiana retrata como barreira a ausência de horários preestabelecidos para a avaliação da dor<sup>(5)</sup>. Entretanto, na instituição coparticipante deste estudo, há essa padronização, porém a avaliação é influenciada por inúmeras outras barreiras relacionadas à equipe de enfermagem.

Os profissionais deste estudo reconhecem que fazem pouco uso dos instrumentos para avaliação da dor, o que corrobora estudo transversal, realizado na Finlândia, com 294 enfermeiros de uma UTI neonatal, no qual 23% relataram que faziam uso “quase diariamente” dos instrumentos, apesar da padronização institucional<sup>(24)</sup>. Para além desse aspecto, há também profissionais que nunca tiveram contato com as escalas, como relatado por 82,6% dos 224 enfermeiros de outro estudo da Turquia<sup>(25)</sup>. Outro ponto é que os profissionais que avaliam, frequentemente, não documentam, como visto em estudo transversal espanhol, realizado com 737 profissionais da equipe de enfermagem, com relato de ausência de documentação por 54,2%<sup>(14)</sup>.

Nesta amostra, os profissionais supervalorizam as intervenções farmacológicas, porém listam barreiras ao seu uso, que corroboram às barreiras retratadas por enfermeiros de estudo dos Estados Unidos, como prescrição inadequada ou insuficiente, tempo insuficiente para medicação pré-procedimentos dolorosos e baixa prioridade ao alívio da dor pelos prescritores<sup>(16)</sup>. Cabe refletir que essas barreiras estão fora do controle do enfermeiro, sendo necessários estudos qualitativos futuros com os prescritores. Investigações prévias listam que a principal razão para a baixa prescrição ao alívio da dor é o medo do profissional em relação aos efeitos colaterais, como depressão respiratória e dependência do medicamento. Em investigação transversal chinesa com 211 enfermeiros e 45 médicos pediatras, notou-se que 57,3% dos enfermeiros e 66,7% dos médicos hesitaram em fornecer medicações com alto teor analgésico<sup>(26)</sup>.

A medicação é o padrão-ouro para o alívio da dor<sup>(7)</sup>, mas sua somatória com intervenções não farmacológicas potencializa os efeitos analgésicos. Neste estudo, a equipe ressalta a baixa prescrição medicamentosa, listando inúmeras intervenções não farmacológicas, porém não reconhece sua autonomia e a possibilidade de uso, apesar de serem simples, viáveis, de baixo custo, eficazes, com evidências de alta qualidade e recomendações fortes<sup>(6)</sup>. Essas barreiras podem estar associadas às crenças e atitudes profissionais. No estudo chinês com 211 enfermeiros e 45 médicos pediatras, 12,6% das enfermeiras e 11,1% dos médicos acreditavam que as intervenções não farmacológicas são ineficazes e, conseqüentemente, não faziam uso<sup>(26)</sup>. Em revisão da literatura, observou-se que os enfermeiros acreditavam que essas intervenções possuíam efeito apenas na dor leve<sup>(1)</sup>. Outro aspecto, como visto neste estudo, é a atitude negativa do profissional quanto às intervenções. Essa estigmatização do imaginário popular frente às intervenções, como as PICS, é reflexo dos resquícios do modelo biomédico e da supervalorização do clínico, subestimando as intervenções que não partem de tecnologias duras e palpáveis, como as medicações<sup>(27)</sup>, supervalorizadas nesta pesquisa. Nota-se a

necessidade de as intervenções não farmacológicas transitem de seu papel de desvalorização para a valorização do profissional, pelos seus efeitos comprovados e pela possibilidade de empoderamento da equipe de enfermagem nas intervenções para o alívio da dor<sup>(6)</sup>.

Essas barreiras também são observadas em relação aos procedimentos dolorosos. Estudo brasileiro, com 90 recém-nascidos acompanhados por três dias de hospitalização, demonstrou um total de 2.732 procedimentos dolorosos, porém apenas 19,7% intervenções não farmacológicas e 7,9% intervenções farmacológicas foram realizadas<sup>(28)</sup>. Esse aspecto pode estar relacionado ao discurso sobre a dificuldade de manejo da dor em neonatologia, visto neste estudo. Resultados de revisão integrativa mostraram que os profissionais de enfermagem tinham a crença de que a repetição de procedimentos dolorosos aumentava a tolerância da criança à dor<sup>(1)</sup>.

Em relação à reavaliação, a intuição foi listada como a principal estratégia, porém, ressalta-se, novamente, a importância do uso das escalas padronizadas, mesmo que o instrumento solicite a avaliação a cada quatro horas, pois a anotação de enfermagem é um local passível a se documentar esse aspecto. A ausência de reavaliação limita o profissional de saber se a intervenção foi efetiva ou se há necessidade de novas condutas. Em estudo realizado na Gana, a reavaliação é bem estabelecida, sendo que 91,7% de 180 enfermeiros relataram fazer e documentar<sup>(29)</sup>.

As interações sociais da equipe de enfermagem com a criança com dor, sua família e rotinas institucionais são marcadas por barreiras que levam à desvalorização alérgica<sup>(20)</sup>. Na literatura, predomina o baixo conhecimento como a principal barreira profissional<sup>(15,30)</sup>, sendo listado como um preditor negativo ao manejo da dor<sup>(31)</sup>. Não há dúvidas de que o conhecimento profissional é fundamental para garantir a integridade das etapas<sup>(1)</sup>, porém, para além disso, a atitude profissional vai ser um preditor predominante<sup>(3)</sup>. Pela vertente do IS, o indivíduo age de acordo com as definições que elabora a partir de cada situação<sup>(20)</sup>, assim, suas crenças e atitudes influenciarão a tradução de conhecimentos<sup>(1,4)</sup>, como visto neste estudo. Cabe refletir se o enfermeiro considera sua baixa prioridade para o manejo da dor um problema, como visto em estudo com profissionais da enfermagem nos Estados Unidos, no qual a baixa prioridade dada por esses ao alívio alérgico foi classificada como a barreira menos significativa<sup>(16)</sup>. Ainda, a instituição (sociedade)<sup>(20)</sup> também deve reconhecer essas barreiras como um problema, uma vez que a equipe está imersa dentro de uma interação direta com essa.

Falta de recursos, estímulos, políticas institucionais e sobrecarga profissional também são listadas na literatura como barreiras institucionais. A barreira em relação à criança consiste na sua exclusão da comunicação profissional, com desinteresse pelo relato da alergia ou desqualificação<sup>(32)</sup>. Essas



barreiras corroboram outras investigações que listam que os enfermeiros acreditam que as crianças não sentem dor como os adultos, que seus relatos não são confiáveis, e naturalizam que a hospitalização levará à dor<sup>(1,5,13)</sup>.

Neste estudo, consideraram-se as razões que levam ao comportamento humano de desvalorização algíca e como essa está interligada a si e ao outro. Com base no IS<sup>(20)</sup>, a equipe de enfermagem (sujeito) é influenciada pela sua construção profissional, seus conhecimentos, atitudes e crenças (*self* e *mente*) que, ao interagir com a criança com dor em uma instituição (sociedade) e seu manejo (fenômeno), constrói suas percepções (símbolos), aqui relacionadas à subjetividade, à desvalorização, à intuição e ao desejo de ressignificações. Para tal, esses aspectos devem ser considerados em um processo de mudança, com esse marcado da transição do sujeito como receptor passivo a uma percepção de indivíduo ativo que influencia em todo o processo de manejo da dor.

Nesse contexto, os profissionais possuem como desejo a formulação de um protocolo institucional semelhante a outras investigações<sup>(33,34)</sup>. Contudo, é válido refletir sobre esse aspecto, considerando que um protocolo é um guia que deverá ser seguido por todos os profissionais da instituição. Por mais que ele permita uma assistência linear, onde todos atuam da mesma maneira, ele não está livre de ser utilizado de forma rotineira. Essa reflexão surgiu pela ambivalência ao longo dos discursos, considerando que os profissionais dizem que as rotinas, como a sistematização da avaliação, levam à automaticidade do cuidado, porém, ao final, eles almejam uma nova padronização. A crítica aqui exposta não é referente à formulação de protocolos, mas sim sua implementação sem uma atuação nas interações que geram os símbolos (barreiras), como visto na Figura 1.

Indubitavelmente, a implementação de um protocolo leva a resultados positivos na assistência, como visto em estudo do tipo pré e pós-intervenção, realizado em uma UTI pediátrica nos Estados Unidos, com 51 profissionais treinados frente a um protocolo de manejo da dor. Em três meses, observou-se uma melhora da avaliação em 98,6%; já em seis meses, esse índice se reduziu a 97,1%<sup>(34)</sup>. O índice se manteve alto, porém a queda de 1,5% em um período de três meses pode ser reflexo da ausência de constância. O período ainda é pequeno, porém reiteramos como hipótese que, se essa mesma avaliação fosse feita após 1 ano, a queda poderia ser maior e, provavelmente, os profissionais estariam atuando sem utilizar a sistematização preconizada. Em estudo realizado com 253 profissionais de saúde atuantes em cinco hospitais no Catar, 97,3% estavam cientes da presença de um protocolo institucional, porém apenas 66,9% se sentiam confiantes na sua implementação<sup>(17)</sup>, corroborando a reflexão aqui exposta de que há a necessidade de somatória de estratégias.

As instituições devem almejar a difusão da prática baseada em evidência, com a tradução de conhecimento. Essa compreende duas fases: 1) Fase de preparação, com a identificação da problemática na prática clínica, podendo considerar que este estudo atua nessa fase por reconhecer as principais limitações para o manejo da dor; e 2) Fase de implementação e mudança, com o planejamento, desenvolvimento e ação<sup>(12,35)</sup>. Investigação canadense que fez uso desse modelo de ação proporcionou melhores resultados no alívio da dor<sup>(12)</sup>.

Para a implementação, podem ser utilizadas como estratégias para mudança comportamental: estímulo à prática colaborativa interprofissional<sup>(1,15)</sup>; formação de líderes eficazes que possam difundir a importância do manejo da dor aos seus funcionários<sup>(4)</sup>; estratégias educativas para além da educação passiva, usando educação interativa que seja realizada de forma contínua e com alcance<sup>(5)</sup>; auditorias de prontuários com cobranças institucionais diante da documentação das ações; e formulação de uma equipe de dor que atue na instituição<sup>(30,35)</sup>. Para tal, deve ser realizado um *design* personalizado ao objetivo almejado, nesse caso, a mudança de processos interpretativos que influenciam nas ações humanas<sup>(20)</sup>, deve considerar o contexto de atuação e a possibilidade de uso. Cabe ressaltar que o retorno que os pesquisadores fizeram desta pesquisa à instituição pode ser um preditor positivo para a reflexão quanto às suas ações, porém há a necessidade de investimentos futuros.

Este estudo apresenta limitações, tais como os resultados refletiram uma única estrutura organizacional, apesar de que as barreiras podem ser vivenciadas em outros estados brasileiros, a abordagem ocorreu apenas com a equipe de enfermagem – apesar do papel ativo desses no gerenciamento da dor, o ideal seria uma abordagem interdisciplinar – e o estudo não explorou os facilitadores para o manejo da dor. Para estudos futuros, sugere-se abordagem qualitativa com uma equipe multidisciplinar, e quantitativa, para análise estatística das barreiras. Espera-se que esta investigação possa contribuir para a formulação de estratégias que permitam que essas barreiras sejam de fato abordadas na prática clínica e trabalhadas para sua ressignificação, garantindo, assim, o manejo da dor de crianças.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propiciou a análise das barreiras enfrentadas pela equipe de enfermagem no manejo da dor em um hospital brasileiro. Observou-se que os profissionais demonstravam conhecimento teórico quanto às etapas do manejo da dor e sua importância, porém há dificuldades na tradução à prática clínica, que é permeada por inúmeras barreiras, associadas a atitudes profissionais, como desvalorização das escalas,

supervalorização das intervenções farmacológicas, baixo reconhecimento das não farmacológicas, predominância da intuição e rotina perante a uma reavaliação. Os participantes deste estudo relatam um desejo de implementação de protocolos que, se não forem bem trabalhados em meio a uma constância de educação permanente e outras estratégias, podem se tornar uma nova rotina, sendo ambivalente. Na luz interacionista, para caminhar em direção à ressignificação das barreiras para o alívio da dor, há a necessidade de integrar ações que foquem nos significados dos profissionais diante do fenômeno e no seu contexto inserido, para que a dor seja reconhecida, compreendida e manejada.

## ■ REFERÊNCIAS

- Alotaibi K, Higgins I, Day J, Chan S. Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review. *Int Nurs Rev.* 2018;65(4):534–33. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12465>
- Whitley GA, Hemingway P, Law GR, Jones AW, Curtis F, Siriwardena AN. The predictors, barriers and facilitators to effective management of acute pain in children by emergency medical services: a systematic mixed studies review. *J Child Health Care.* 2021;25(3):481–503. doi: <https://doi.org/10.1177/1367493520949427>
- Zelege S, Kassaw A, Esthetie Y. Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *PLoSOne.* 2021;16(6):e0253086. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253086>
- Faccioli SC, Tacla MTGM, Rosseto EG, Collet N. The management of pediatric pain and the perception of the nursing team in light of the Social Communication Model of Pain. *BrJP.* 2020;31(1):37–40. doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200009>
- Peirce D, Corkish V, Lane M, Wilson S. Nurses' knowledge and attitudes regarding pediatric pain management in Western Australia. *PainManag Nurs.* 2018;19(6):707–17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.03.002>
- Hu J, Ruan H, Li Q, Gifford W, Zhou Y, Yu L, et al. Barriers and facilitators to effective procedural pain treatments for pediatric patients in the Chinese context: a qualitative descriptive study. *J Pediatr Nurs.* 2020;54:78–85. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.004>
- Carvalho JA, Souza DM, Domingues F, Amatuzzi E, Pinto MCM, Rossato LM. Pain management in hospitalized children: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20220008. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0008en>
- World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2023 Oct 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138354/>
- Eull D, Looman W, Conner-Von SO. Transforming acute pain management in children: a concept analysis to develop a new model of nurse, child and parent partnership. *J Clin Nurs.* 2023; 32(15–16): 5230–40. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.16625>
- Johnson B, Abraham M, Conway J, Simmons L, Edgman-Levitan S, Sodomka P, Schlucter J, Ford D. Partnering with patients and families to design a patient and family: centered health care system recommendations and promising practices [Internet]. Bethesda, MD: Institute for Patient and Family Centered Care; 2008 [cited 2023 Oct 13]. Available from: <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>
- Souza DM, Fernandes RF, Costa CTS, Borghi CA, Rossato LM. From theory to practice: the inclusion of hospitalized children's families in painful procedures. *Rev Esc Enferm USP.* 2023;57:e20230152. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0152en>
- Stevens BJ, Yamada J, Promislow S, Stinson J, Harrison D, Victor JC, et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. *Implement Sci.* 2014;9:120. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0120-1>
- Shah P, Siu A. Considerations for neonatal and pediatric pain management. *Am J Health Syst Pharm.* 2019;76(19):1511–20. doi: <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz166>
- Mozo Del Castillo Y, Toledo Del Castillo B, Navarro Marchena L, Leyva Carmona M, Monfort Carretero L, Míguez Navarro MC, et al. Challenges and current status of children pain management in Spain. *An Pediatr.* 2022;97(3):207.e1–207.e8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.07.004>
- Czarnecki ML, Guastello A, Turner HN, Wrona SK, Hainsworth KR. Barriers to pediatric pain management: a brief report of results from a multisite study. *Pain Manag Nurs.* 2019;20(4):305–8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.01.008>
- Bouri F, El Ansari W, Mahmoud S, Elhessy A, Al-Ansari A, Al-Dosari MAA. Orthopedic professionals' recognition and knowledge of pain and perceived barriers to optimal pain management at five hospitals. *Healthcare.* 2018;6(3):98. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare6030098>
- Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. doi: <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>
- Bazen A, Barg FK, Takeshita J. Research techniques made simple: an introduction to qualitative research. *J Invest Dermatol.* 2021;141(2):241–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2020.11.029>
- Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018;52(4):1893–1907. doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction an interpretation, an integration. Boston: Prentice Hall; 2010.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 2009: Lisboa; Edições 70.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial União.* 2013 jun 13 [citado 2023 out 13];150(112 Seção 1):59–62. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>
- Friedrichsdorf SJ, Postier A, Eull D, Weidner C, Foster L, Gilbert M, et al. Pain outcomes in a US children's hospital: a prospective cross-sectional survey. *Hosp Pediatr.* 2015;5(1):18–26. doi: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0084>
- Polkki T, Korhonen A, Laukkala H. Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: a cross-sectional survey. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(2):725–33. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12503>
- Ekim A, Ocakci AF. Knowledge and attitudes regarding pain management of pediatric nurses in Turkey. *Pain Manag Nurs.* 2013;14(4):262–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.02.004>
- Peng NH, Lao AH, Chen CH, Lee MC, Chiang LW, Chang YC, Liu HF. Knowledge and attitudes of pediatric clinicians regarding pediatric pain management. *J Spec Pediatr Nurs.* 2020;25(4):e12302. doi: <https://doi.org/10.1111/jspn.12302>

27. Bean DJ, Dryland A, Rashid U, Tuck NL. The determinants and effects of chronic pain stigma: a mixed methods study and the development of a model. *J Pain*. 2022;23(10):1749-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.05.006>
28. Rocha VA, Silva IA, Cruz-Machado SS, Bueno M. Painful procedures and pain management in newborns admitted to an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210232. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0232>
29. Wuni A, Salia SM, Mohammed Ibrahim M, Iddriss I, Abena Nyarko B, Nabila Seini S, et al. Evaluating knowledge, practices, and barriers of paediatric pain management among nurses in a tertiary health facility in the northern region of Ghana: a descriptive cross-sectional study. *Pain Res Manag*. 2020;2020:8846599. doi: <https://doi.org/10.1155/2020/8846599>
30. Greenfield K, Holley S, Schoth DE, Harrop E, Howard RF, Bayliss J, et al. A mixed-methods systematic review and meta-analysis of barriers and facilitators to paediatric symptom management at end of life. *Palliat Med*. 2020;34(6):689-707. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216320907065>
31. Jira L, Weyessa N, Mulatu S, Alemayehu A. Knowledge and attitude towards non-pharmacological pain management and associated factors among nurses working in Benishangul Gumuz Regional State Hospitals in Western Ethiopia. *J Pain Res*. 2020;13:2917-27. doi: <https://doi.org/10.2147/JPR.S265544>
32. Lee RR, Mountain D, Connelly M, Palermo TM, Peters S, Cordingley L, et al. 'That's what makes me better': investigating children and adolescents' experiences of pain communication with healthcare professionals in paediatric rheumatology. *Eur J Pain*. 2023;27(1):111-28. doi: <https://doi.org/10.1002/ejp.2043>
33. Miro J, Mico JA, Reinoso-Barbero F. The management of pediatric chronic pain in Spain: a web-based survey study. *Curr Med Res Opin*. 2021;37(2):303-10. doi: <https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1854208>
34. Habich M, Wilson D, Thielk D, Melles GL, Crumlett HS, Masterton J, et al. Evaluating the effectiveness of pediatric pain management guidelines. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(4):336-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.06.002>
35. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(5):888-97. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x>

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Lisabelle Mariano Rossato.

Análise formal: Danton Matheus de Souza, Giovanna Sanches Lestinge, Lisabelle Mariano Rossato.

Conceituação: Danton Matheus de Souza, Giovanna Sanches Lestinge, Joese Aparecida Carvalho, Lisabelle Mariano Rossato.

Curadoria de dados: Danton Matheus de Souza, Giovanna Sanches Lestinge, Joese Aparecida Carvalho.

Escrita – rascunho original: Danton Matheus de Souza.

Escrita – revisão e edição: Danton Matheus de Souza, Giovanna Sanches Lestinge, Joese Aparecida Carvalho, Lisabelle Mariano Rossato.

Investigação: Danton Matheus de Souza, Joese Aparecida Carvalho, Lisabelle Mariano Rossato.

Metodologia: Danton Matheus de Souza, Lisabelle Mariano Rossato.

Supervisão: Joese Aparecida Carvalho, Lisabelle Mariano Rossato.

Validação: Joese Aparecida Carvalho, Lisabelle Mariano Rossato.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Danton Matheus de Souza

E-mail: danton\_souza@usp.br

Recebido: 09.08.2023

Aprovado: 10.11.2023

**Editor associado:**

Helena Becker Issi

**Editor-chefe:**

João Lucas Campos de Oliveira