

ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO DURANTE A COLETA SANGUÍNEA: UMA REVISÃO NARRATIVA

NURSING CARE AND SUPPORT FOR CHILDREN UNDERGOING
ONCOLOGICAL TREATMENT DURING BLOOD COLLECTION: A NARRATIVE
REVIEW

Ciências da Saúde • 02/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/785456884](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/785456884)

Leonardo Lopes de Rezende¹

RESUMO

O acolhimento representa um dos pilares da assistência humanizada em saúde e constitui uma prática indispensável na enfermagem, principalmente quando direcionada ao paciente pediátrico oncológico. Crianças em tratamento contra o câncer são submetidas a inúmeros procedimentos invasivos, entre eles a coleta sanguínea, considerada uma experiência potencialmente dolorosa e geradora de medo, ansiedade e sofrimento. Nesse contexto, o enfermeiro e sua equipe desempenham papel fundamental na redução dos impactos emocionais decorrentes desse procedimento, utilizando estratégias de comunicação, escuta qualificada, vínculo terapêutico e técnicas que promovam conforto físico e psicológico. O presente estudo tem como objetivo analisar a importância do acolhimento da equipe de enfermagem ao paciente pediátrico oncológico durante a coleta sanguínea, destacando os benefícios da assistência humanizada para a criança e seus familiares. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em publicações científicas, livros, diretrizes do Ministério da Saúde e documentos do Conselho Federal de Enfermagem. Os estudos demonstram que o acolhimento reduz a ansiedade, favorece a cooperação da criança, fortalece a confiança entre profissionais e familiares, melhora a qualidade da assistência e contribui para a segurança do paciente. Conclui-se que a humanização da assistência durante a coleta sanguínea deve ser compreendida como uma competência técnica, ética e relacional da equipe de enfermagem, promovendo cuidado integral e respeito às necessidades da criança e de sua família.

Palavras-chave: Enfermagem; Oncologia Pediátrica; Acolhimento; Humanização; Coleta Sanguínea.

ABSTRACT

Welcoming care is one of the fundamental pillars of humanized

healthcare and constitutes an essential nursing practice, particularly when provided to pediatric oncology patients. Children undergoing cancer treatment are subjected to numerous invasive procedures, including blood collection, which is considered a potentially painful experience that can generate fear, anxiety, and emotional distress. In this context, nurses and the nursing team play a fundamental role in reducing the emotional impact associated with this procedure by employing effective communication strategies, active listening, therapeutic bonding, and techniques that promote both physical and psychological comfort. The present study aims to analyze the importance of the nursing team's welcoming approach toward pediatric oncology patients during blood collection, highlighting the benefits of humanized care for children and their families. This study consists of a narrative literature review based on scientific publications, books, guidelines issued by the Brazilian Ministry of Health, and documents from the Federal Nursing Council. The findings demonstrate that welcoming care reduces anxiety, encourages children's cooperation, strengthens trust between healthcare professionals and family members, improves the quality of nursing care, and contributes to patient safety. It is concluded that the humanization of care during blood collection should be understood as a technical, ethical, and relational competency of the nursing team, promoting comprehensive care and respect for the needs of children and their families.

Keywords: Nursing; Pediatric Oncology; Welcoming Care; Humanization; Blood Collection.

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil reúne diferentes doenças caracterizadas pela proliferação desordenada de células anormais, apresentando

particularidades clínicas e biológicas que o distinguem das neoplasias observadas predominantemente na vida adulta. Entre os tipos mais frequentes na infância e na adolescência encontram-se as leucemias, os linfomas e os tumores do sistema nervoso central. Apesar da gravidade do diagnóstico, parte expressiva dessas doenças apresenta possibilidade de controle e cura quando o tratamento adequado é iniciado oportunamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

O acompanhamento da criança em tratamento oncológico envolve avaliações clínicas e laboratoriais frequentes. Exames de sangue são necessários para verificar alterações hematológicas, acompanhar os efeitos das terapias e fornecer informações que auxiliem a equipe na tomada de decisões. Como consequência, muitas crianças passam repetidamente por punções venosas, coletas sanguíneas e acessos a dispositivos implantados ao longo do tratamento.

Embora esses procedimentos façam parte da rotina assistencial, não devem ser considerados experiências simples para o paciente pediátrico. A presença da agulha, a expectativa de dor, as tentativas anteriores de punção e o ambiente hospitalar podem provocar medo, ansiedade, choro e resistência. McNeil et al. (2024) destacam que crianças com câncer são frequentemente expostas a procedimentos com agulhas e que o manejo insuficiente da dor e da ansiedade pode gerar consequências que ultrapassam o momento imediato da intervenção.

As experiências negativas também podem influenciar a maneira como a criança reage aos atendimentos posteriores. Quando a dor e o medo não são adequadamente reconhecidos, cada nova coleta pode ser acompanhada por maior tensão, dificuldade de

cooperação e sensação de perda de controle. Por esse motivo, o planejamento do procedimento deve incluir recursos técnicos e intervenções direcionadas às necessidades emocionais e ao nível de desenvolvimento da criança.

Nesse cenário, a equipe de enfermagem ocupa uma posição importante por manter contato próximo com o paciente e sua família. Sua atuação envolve a avaliação das condições clínicas, a escolha do acesso, o preparo dos materiais e a execução segura da coleta. Entretanto, o cuidado não se limita à dimensão técnica. A forma como o profissional se apresenta, explica o que será realizado, escuta a criança e responde às suas manifestações emocionais interfere diretamente na experiência vivenciada durante o procedimento.

O acolhimento pode ser compreendido como uma postura ética e relacional baseada na escuta, na responsabilização e no reconhecimento das necessidades apresentadas pelo usuário. Na Política Nacional de Humanização, o acolhimento está relacionado à transformação das relações de cuidado e à valorização da participação dos usuários, familiares e trabalhadores nos serviços de saúde (BRASIL, 2008). A PNH utiliza o acolhimento como uma de suas diretrizes para qualificar as práticas assistenciais e garantir os direitos dos usuários.

No atendimento pediátrico, essa postura exige que a comunicação seja adaptada à idade e à capacidade de compreensão da criança. Além de oferecer explicações verdadeiras e acessíveis, o profissional deve permitir perguntas, reconhecer sinais não verbais de medo e respeitar o tempo necessário para o preparo. A participação da família também pode funcionar como fonte de segurança

emocional, desde que os responsáveis sejam previamente orientados sobre como auxiliar durante a coleta.

A literatura apresenta diferentes intervenções para o controle da dor e do sofrimento associados aos procedimentos com agulhas. Entre elas estão a distração, o posicionamento de conforto, o uso de anestésicos tópicos, as técnicas respiratórias, os recursos audiovisuais e o brinquedo terapêutico. McNeil et al. (2024) defendem a combinação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, enquanto Koller e Goldman (2012) identificaram a distração como uma alternativa aplicável em diferentes procedimentos pediátricos.

Em crianças e adolescentes acompanhados por serviços de hematologia e oncologia, Gerçeker et al. (2021) observaram que a realidade virtual utilizada durante o acesso ao cateter venoso implantado contribuiu para reduzir dor, medo e ansiedade. O resultado demonstra que intervenções lúdicas e tecnológicas podem complementar a assistência de enfermagem, desde que sejam adequadas à idade, às condições clínicas e às preferências do paciente.

Dessa forma, o acolhimento durante a coleta sanguínea não deve ser interpretado como uma atitude opcional ou exclusivamente afetiva. Trata-se de um componente do cuidado que se articula à segurança, à comunicação, à técnica e ao respeito à dignidade da criança. A assistência acolhedora pode facilitar a realização do procedimento, fortalecer a confiança na equipe e contribuir para que a criança enfrente as etapas do tratamento com menor sofrimento.

Diante disso, este estudo parte da seguinte questão: de que maneira as práticas de acolhimento desenvolvidas pela equipe de enfermagem podem contribuir para reduzir o medo, a ansiedade e o sofrimento da criança em tratamento oncológico durante a coleta sanguínea? O objetivo é analisar, com base na literatura científica, as contribuições do acolhimento realizado pela equipe de enfermagem para o cuidado da criança em tratamento oncológico durante esse procedimento.

Problema de pesquisa:

De que maneira as práticas de acolhimento desenvolvidas pela equipe de enfermagem podem contribuir para reduzir o medo, a ansiedade e o sofrimento da criança em tratamento oncológico durante a coleta sanguínea?

Objetivo geral:

Analisar, com base na literatura científica, as contribuições do acolhimento realizado pela equipe de enfermagem para o cuidado da criança em tratamento oncológico durante a coleta sanguínea.

2. METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. A pesquisa bibliográfica possibilita reunir e analisar conhecimentos já publicados sobre determinado assunto, permitindo uma compreensão mais ampla do problema investigado (GIL, 2019). Neste trabalho, buscou-se compreender a importância do acolhimento realizado pela equipe de enfermagem durante a coleta sanguínea em crianças submetidas ao tratamento oncológico.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da consulta a artigos científicos, livros, dissertações, teses, manuais técnicos e documentos institucionais relacionados à oncologia pediátrica, à assistência de enfermagem, à humanização do cuidado e aos procedimentos invasivos realizados em crianças.

Foram consultadas as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O Google Acadêmico foi utilizado como ferramenta complementar para a localização de publicações e documentos disponíveis em outras fontes. Também foram consultados materiais oficiais do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional de Câncer, do Conselho Federal de Enfermagem e de entidades ligadas à saúde da criança.

Para a realização das buscas, foram utilizados os seguintes termos: enfermagem, oncologia pediátrica, câncer infantil, acolhimento, humanização da assistência, coleta sanguínea, punção venosa, dor em pediatria, ansiedade infantil, brinquedo terapêutico e participação familiar. Os termos foram pesquisados separadamente e em diferentes combinações, com o propósito de localizar estudos relacionados ao acolhimento e às estratégias utilizadas durante procedimentos com agulhas.

Como critérios de inclusão, foram consideradas publicações disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, que apresentassem relação com crianças ou adolescentes em tratamento oncológico, assistência de enfermagem, procedimentos invasivos, dor, medo, ansiedade ou práticas de humanização. Foram priorizadas publicações dos últimos dez anos. Estudos anteriores também foram utilizados quando apresentavam relevância para a

compreensão dos conceitos abordados ou correspondiam a documentos normativos importantes.

Foram excluídos materiais duplicados, publicações sem acesso ao texto completo, estudos direcionados exclusivamente à população adulta e trabalhos que não apresentavam relação direta com o objetivo da pesquisa. Também foram desconsiderados textos sem identificação de autoria, data de publicação ou informações suficientes para a confirmação da fonte.

A seleção dos materiais ocorreu inicialmente pela leitura dos títulos e resumos. As publicações relacionadas ao tema foram lidas integralmente. Durante a análise, foram identificadas informações referentes às reações da criança diante da coleta sanguínea, às práticas de acolhimento, à comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, às estratégias de redução da dor e da ansiedade e à atuação da equipe de enfermagem.

Após a leitura, os conteúdos foram organizados em categorias temáticas. As categorias definidas foram: câncer infantil e procedimentos invasivos; dor, medo e ansiedade durante a coleta sanguínea; acolhimento e humanização da assistência; comunicação com a criança e sua família; estratégias para a redução do sofrimento; e capacitação da equipe de enfermagem. Essa organização serviu de base para a apresentação e a discussão dos resultados encontrados na literatura.

Como o estudo utilizou somente materiais bibliográficos e documentos de acesso público, não houve contato direto com pacientes, familiares ou profissionais de saúde. Durante a elaboração

do trabalho, foram respeitados os princípios de integridade acadêmica, com a identificação dos autores e das fontes utilizadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. O Câncer na Infância e a Realização de Procedimentos Invasivos

O câncer infantojuvenil compreende diferentes doenças que apresentam crescimento desordenado de células e podem atingir órgãos, tecidos e o sistema hematológico. Apesar de possuir características semelhantes às neoplasias diagnosticadas em adultos, o câncer na infância apresenta particularidades relacionadas à origem das células, à velocidade de desenvolvimento e à resposta ao tratamento.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2022), as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas estão entre as neoplasias mais frequentes em crianças e adolescentes. Também podem ser diagnosticados neuroblastomas, tumores renais, tumores ósseos, retinoblastomas e neoplasias de partes moles. A definição do tratamento depende do tipo de tumor, de sua localização, da extensão da doença e das condições clínicas do paciente.

O tratamento pode envolver quimioterapia, cirurgia, radioterapia, imunoterapia e transplante de células-tronco hematopoéticas. Em determinados casos, diferentes modalidades são utilizadas de forma combinada. Esse processo exige acompanhamento constante para avaliar a resposta do organismo e identificar possíveis complicações relacionadas à doença ou aos medicamentos utilizados.

Os exames laboratoriais possuem papel importante nesse acompanhamento. A análise do sangue permite verificar alterações na quantidade de hemácias, leucócitos e plaquetas, além de auxiliar na avaliação das funções renal, hepática e metabólica. Esses resultados oferecem informações que podem influenciar a continuidade, a suspensão temporária ou a adaptação de determinadas etapas do tratamento.

Por essa razão, a criança em tratamento oncológico pode ser submetida a diversas coletas sanguíneas ao longo de sua trajetória assistencial. O sangue pode ser obtido por meio de punção venosa periférica ou pelo acesso a dispositivos previamente implantados, conforme a condição clínica e a indicação da equipe responsável. Embora esses procedimentos façam parte da rotina hospitalar, sua repetição pode torná-los uma importante fonte de sofrimento.

Loeffen et al. (2020) afirmam que crianças com câncer enfrentam tratamentos prolongados e são expostas repetidamente a procedimentos com agulhas. Para os autores, a prevenção e o controle da dor e do sofrimento relacionados a esses procedimentos são necessários para preservar a qualidade de vida da criança e de sua família.

A repetição da coleta não significa que a criança se acostumará obrigatoriamente com o procedimento. Em alguns casos, a experiência acumulada pode facilitar a adaptação, especialmente quando existe vínculo com os profissionais e controle adequado da dor. Em outros, experiências anteriores marcadas por dificuldade de acesso, tentativas repetidas de punção, contenção física ou comunicação inadequada podem aumentar a resistência nos atendimentos seguintes.

Nesse sentido, o procedimento não deve ser planejado somente a partir da necessidade de obtenção da amostra sanguínea. A equipe também precisa considerar a idade, o desenvolvimento cognitivo, as experiências anteriores, as condições da rede venosa, o estado emocional e a maneira como a criança costuma reagir diante de situações dolorosas.

O planejamento individualizado é especialmente importante na oncologia pediátrica, pois o paciente pode apresentar maior fragilidade física em determinados momentos do tratamento. Além disso, punções repetidas podem dificultar a manutenção da rede venosa, exigindo maior atenção na escolha do local, dos materiais e do profissional que realizará o procedimento.

A experiência da coleta também é influenciada pelo contexto no qual ela ocorre. A presença de pessoas desconhecidas, a ausência de explicações e a movimentação excessiva no ambiente podem ampliar a insegurança. Em contrapartida, a preparação antecipada, a presença de um familiar e a atuação de um profissional conhecido podem transmitir maior sensação de controle.

Dessa forma, a coleta sanguínea não pode ser compreendida como uma ação exclusivamente técnica. Mesmo sendo necessária para o acompanhamento clínico, ela produz efeitos físicos e emocionais que precisam ser reconhecidos pela equipe de enfermagem. A realização segura do procedimento inclui a obtenção adequada da amostra, a prevenção de complicações, a preservação do acesso venoso e a redução do sofrimento vivenciado pela criança.

3.2. Dor, Medo e Ansiedade Durante a Coleta Sanguínea

Dor, medo e ansiedade são reações relacionadas, mas não possuem exatamente o mesmo significado. A dor corresponde a uma experiência sensorial e emocional desagradável, enquanto o medo geralmente está associado à percepção de uma ameaça identificável. A ansiedade pode surgir antes mesmo do procedimento, quando a criança imagina o que acontecerá ou recorda experiências anteriores.

Durante a coleta sanguínea, essas reações podem ser percebidas por meio do choro, da tensão muscular, da tentativa de afastar o membro, da recusa em entrar na sala, da alteração no tom de voz ou da busca constante pela proximidade dos responsáveis. Algumas crianças conseguem verbalizar o que sentem, enquanto outras demonstram o sofrimento principalmente por meio do comportamento.

McNeil et al. (2024) destacam que crianças com câncer podem apresentar dor e ansiedade significativas durante procedimentos com agulhas. Os autores também alertam que o controle insuficiente dessas experiências pode produzir consequências prolongadas e dificultar o manejo da dor em procedimentos posteriores.

Esse aspecto demonstra que a reação da criança não deve ser interpretada simplesmente como falta de colaboração. A resistência pode representar uma tentativa de proteção diante de uma situação percebida como ameaçadora. Quando o profissional considera o comportamento apenas como obstáculo à realização da coleta, existe o risco de aumentar a pressão sobre a criança e intensificar seu sofrimento.

Também é necessário reconhecer que a intensidade da reação não depende somente da idade. Crianças com a mesma faixa etária podem apresentar respostas bastante diferentes. Essas variações estão relacionadas ao desenvolvimento emocional, ao entendimento sobre a doença, à quantidade de procedimentos já realizados, ao apoio recebido e à confiança construída com a equipe.

Experiências negativas anteriores possuem influência importante. Uma criança que vivenciou múltiplas tentativas de punção pode associar a presença dos materiais ou a entrada na sala de procedimentos à expectativa de dor. Essa antecipação pode provocar agitação antes mesmo do contato com a agulha, dificultando a localização do acesso e aumentando a possibilidade de novas tentativas.

Forma-se, assim, um ciclo no qual a lembrança da dor aumenta a ansiedade, a ansiedade dificulta a cooperação e a dificuldade durante o procedimento reforça o medo para os atendimentos seguintes. A interrupção desse ciclo exige uma atuação que combine preparo emocional, comunicação adequada, habilidade técnica e medidas de controle da dor.

A família também pode sentir ansiedade durante a coleta. Pais e responsáveis frequentemente demonstram preocupação com o sofrimento da criança, com a possibilidade de novas tentativas e com os resultados dos exames. Mesmo quando não expressa verbalmente, essa tensão pode ser percebida pela criança por meio da postura, das expressões faciais e do tom de voz.

Por isso, o acolhimento precisa alcançar tanto o paciente quanto seus familiares. Orientar os responsáveis sobre a forma de participar

do procedimento pode evitar atitudes que aumentem o medo, como ameaças, promessas impossíveis de cumprir ou demonstrações excessivas de insegurança. A presença familiar tende a ser mais benéfica quando o acompanhante se sente informado e preparado para oferecer apoio.

O reconhecimento da dor também deve respeitar a idade e a capacidade de comunicação da criança. A avaliação pode envolver o relato verbal, a observação do comportamento e o uso de instrumentos apropriados à faixa etária. A ausência de choro não significa, necessariamente, ausência de dor, pois algumas crianças permanecem silenciosas, retraídas ou evitam demonstrar sofrimento diante dos adultos.

Os estudos analisados indicam que a atenção às reações emocionais precisa começar antes da introdução da agulha. Quando a criança já se encontra em intenso estado de agitação, torna-se mais difícil estabelecer diálogo, explicar o procedimento ou aplicar determinadas estratégias de enfrentamento. O preparo antecipado permite identificar preferências, receios e experiências que podem orientar a conduta da equipe.

Portanto, dor, medo e ansiedade devem ser compreendidos como aspectos centrais da assistência durante a coleta sanguínea. O sucesso do procedimento não pode ser avaliado apenas pela obtenção da amostra. Também é necessário considerar a quantidade de tentativas, o nível de sofrimento apresentado, a percepção da família e os efeitos que a experiência poderá produzir nos atendimentos futuros.

3.3. O Acolhimento Como Dimensão do Cuidado de Enfermagem

O acolhimento ocupa posição importante na Política Nacional de Humanização, criada com a finalidade de estimular mudanças nas práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde. Essa política defende a valorização dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores, reconhecendo que todos participam da produção do cuidado. Entre seus princípios estão a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade e a construção de vínculos solidários (BRASIL, 2010).

No campo da saúde, acolher não significa apenas receber o paciente de forma educada ou encaminhá-lo ao local onde será atendido. O acolhimento corresponde a uma postura ética que envolve escuta, reconhecimento das necessidades apresentadas e responsabilização pela resposta oferecida. Dessa maneira, essa prática deve estar presente durante todo o atendimento, desde o primeiro contato até a finalização do cuidado.

Essa compreensão é especialmente relevante na oncologia pediátrica, pois a criança pode vivenciar alterações importantes em sua rotina, em sua autonomia e em sua percepção de segurança. O tratamento inclui consultas, internações, exames e procedimentos que nem sempre são plenamente compreendidos pelo paciente. Quando a assistência é conduzida apenas a partir das necessidades clínicas, existe o risco de que o sofrimento emocional seja tratado como algo secundário.

Na coleta sanguínea, a prática do acolhimento começa antes da punção. A forma como o profissional se aproxima, apresenta os materiais e conversa com a criança pode influenciar sua reação. Um atendimento apressado, sem explicações ou sem atenção às experiências anteriores, pode aumentar a sensação de ameaça. Em

contrapartida, uma abordagem tranquila permite que o paciente reconheça o profissional como alguém disponível para ajudá-lo durante o procedimento.

A equipe de enfermagem precisa identificar como cada criança costuma reagir às coletas. Algumas preferem observar todas as etapas, enquanto outras se sentem mais seguras ao desviar o olhar. Há crianças que desejam receber informações detalhadas e outras que compreendem melhor quando são utilizadas explicações breves, recursos visuais ou atividades lúdicas. O acolhimento exige atenção a essas diferenças e não pode ser aplicado como uma conduta igual para todos.

A experiência anterior também deve ser considerada. Perguntar à criança e ao responsável como ocorreram as últimas punções pode revelar informações importantes, como dificuldade de acesso venoso, medo de determinados materiais, preferência por algum braço ou estratégia que tenha funcionado em outra ocasião. Esse conhecimento pode orientar o planejamento e evitar que a equipe repita condutas que causaram sofrimento.

A escuta qualificada permite que a criança manifeste suas preocupações sem que seus sentimentos sejam minimizados. Expressões como “não vai doer nada” podem comprometer a confiança quando a criança percebe dor durante a coleta. É mais adequado reconhecer que poderá existir desconforto e explicar quais medidas serão utilizadas para reduzi-lo. A comunicação verdadeira, apresentada de forma compatível com a idade, preserva a confiança no profissional.

O acolhimento também envolve respeitar a criança como participante do próprio cuidado. Isso não significa transferir a responsabilidade pelo procedimento ao paciente, mas permitir escolhas possíveis. A criança pode escolher, por exemplo, a posição em que deseja permanecer, o recurso de distração, o braço que deverá ser avaliado primeiro ou se prefere estar no colo do responsável. Pequenas escolhas ajudam a reduzir a sensação de perda de controle.

A Política Nacional de Humanização valoriza a autonomia e o protagonismo dos usuários, aspectos que também devem ser observados no atendimento pediátrico. Embora os responsáveis tomem decisões legais sobre o tratamento, a criança não deve ser ignorada durante as conversas. Seu nível de compreensão precisa ser respeitado e sua opinião deve ser considerada sempre que houver possibilidade clínica e assistencial (BRASIL, 2010).

O acolhimento não exclui a necessidade de concluir o procedimento nem impede que a equipe estabeleça limites. Em determinadas situações, a coleta é urgente e não pode ser adiada. Ainda assim, a urgência não justifica uma abordagem desrespeitosa ou a realização do procedimento sem qualquer preparação. Mesmo quando o tempo é reduzido, o profissional pode se identificar, explicar brevemente o que será feito e reconhecer o medo demonstrado pela criança.

Outro cuidado importante é evitar a contenção física como primeira alternativa diante da resistência. A contenção pode ser necessária em situações excepcionais, especialmente quando existe risco imediato para o paciente ou para a equipe. Entretanto, sua utilização sem tentativa prévia de comunicação, preparo e controle da dor

pode tornar a experiência traumática. Além disso, pode intensificar a resistência em procedimentos futuros.

A postura acolhedora também está relacionada à competência técnica. Uma punção realizada com planejamento, escolha adequada do material e redução do número de tentativas contribui para a segurança e para o conforto. Não seria suficiente falar de maneira gentil com a criança e, ao mesmo tempo, realizar o procedimento sem avaliar corretamente as condições da rede venosa.

Assim, cuidado técnico e cuidado humanizado não representam dimensões opostas. A humanização depende de uma assistência competente, enquanto a técnica precisa ser aplicada considerando a dignidade, as necessidades e os limites do paciente. Na coleta sanguínea, essa integração pode reduzir o sofrimento, favorecer a cooperação e preservar a confiança da criança na equipe de enfermagem.

A construção dessa confiança ocorre progressivamente. Em tratamentos prolongados, a criança passa a reconhecer profissionais, rotinas e ambientes. Quando percebe que suas manifestações são respeitadas, tende a comunicar com maior clareza o que sente e o que necessita. Essa relação pode facilitar procedimentos futuros, mas não deve levar a equipe a presumir que a criança deixou de sentir medo ou dor.

O vínculo também aumenta a responsabilidade do profissional. Conhecer o paciente não significa realizar o procedimento de forma automática. Ao contrário, exige atenção às mudanças físicas e emocionais que podem ocorrer durante o tratamento. Uma

estratégia que funcionou em determinada coleta pode não produzir o mesmo resultado em outro momento, especialmente quando a criança está cansada, fragilizada ou preocupada com seu estado de saúde.

Dessa forma, o acolhimento deve ser entendido como parte do processo assistencial e não como uma ação complementar realizada somente quando há tempo disponível. Sua presença qualifica o cuidado, fortalece o vínculo e permite que a coleta sanguínea seja conduzida com maior respeito às necessidades do paciente pediátrico.

3.4. Comunicação e Vínculo Entre Profissional, Criança e Família

A comunicação constitui uma ferramenta central no cuidado de enfermagem. Por meio dela, o profissional transmite informações, identifica necessidades, esclarece dúvidas e estabelece uma relação de confiança com a criança e seus familiares. Na oncologia pediátrica, essa relação adquire maior importância devido à duração do tratamento, à complexidade das informações e à frequência dos procedimentos realizados.

A comunicação com a criança deve considerar sua idade, seu desenvolvimento cognitivo, suas experiências e sua capacidade de compreender o que está acontecendo. Utilizar a mesma explicação para pacientes de diferentes faixas etárias pode dificultar o entendimento. Crianças menores geralmente respondem melhor a frases curtas, demonstrações e recursos lúdicos. As maiores e os adolescentes podem desejar informações mais detalhadas e participação mais ativa nas decisões relacionadas ao procedimento.

Yamaji et al. (2022), ao analisarem ferramentas utilizadas na comunicação com crianças com câncer, familiares e profissionais, identificaram recursos destinados a ampliar o conhecimento e favorecer resultados psicológicos. Os autores observaram que materiais visuais, livros, vídeos e outras ferramentas podem auxiliar a comunicação, embora sua escolha deva considerar as necessidades e as características de cada paciente.

Durante a coleta sanguínea, a explicação precisa ser clara e objetiva. O profissional pode informar por que o exame foi solicitado, como a coleta será realizada, qual sensação poderá ser percebida e como a criança poderá colaborar. Informações excessivas ou apresentadas em linguagem técnica podem aumentar a confusão. Por outro lado, omitir completamente o que acontecerá pode ampliar a ansiedade e comprometer a confiança.

É importante evitar enganar a criança para conseguir realizar o procedimento. Dizer que não haverá agulha, esconder intencionalmente a finalidade do atendimento ou prometer ausência total de dor pode facilitar a aproximação inicial, mas prejudicar a relação depois que a criança percebe o que está acontecendo. A confiança construída ao longo do tratamento depende da coerência entre o que o profissional comunica e o que ocorre na prática.

A comunicação não acontece somente por meio de palavras. O tom de voz, as expressões faciais, a postura e os movimentos do profissional também transmitem mensagens. Uma fala tranquila acompanhada de movimentos apressados ou de expressões de preocupação pode aumentar a insegurança. Por isso, a equipe

precisa demonstrar domínio do procedimento e manter uma postura compatível com as orientações oferecidas.

Também é necessário permitir que a criança faça perguntas. Em alguns casos, suas preocupações podem parecer simples para o adulto, mas possuem grande importância para ela. Perguntas sobre a quantidade de sangue coletada, o tamanho da agulha, a duração do procedimento ou a possibilidade de permanecer com o familiar devem ser respondidas com respeito e sinceridade.

Sisk et al. (2017) afirmam que a comunicação em oncologia pediátrica precisa ser centrada na família e adequada às diferentes necessidades de pais e pacientes. Os autores destacam que crianças e familiares vivenciam incertezas relacionadas à doença, ao tratamento, aos efeitos adversos e às hospitalizações. Nesse contexto, a comunicação deve esclarecer o que pode ser esclarecido e ajudar a família a lidar com as situações que permanecem incertas.

Os familiares ocupam uma posição importante porque conhecem as reações, os hábitos e as preferências da criança. Eles podem informar à equipe quais estratégias foram eficazes em procedimentos anteriores e quais situações costumam aumentar o medo. Essa participação favorece a individualização da assistência e reduz a possibilidade de decisões baseadas apenas na observação momentânea do profissional.

Entretanto, a participação familiar precisa ser orientada. Pais e responsáveis também podem apresentar medo, ansiedade e sentimento de impotência. Quando não recebem informações, podem transmitir insegurança por meio do comportamento,

mesmo que tentem demonstrar tranquilidade. A equipe deve explicar como o acompanhante poderá colaborar e verificar se ele se sente em condições de permanecer durante a coleta.

Estudos sobre procedimentos invasivos em crianças indicam que a presença e a participação dos responsáveis podem contribuir para reduzir a dor e a ansiedade. Sağlık e Çağlar (2019) verificaram menores níveis de dor entre crianças acompanhadas pelos pais durante procedimentos invasivos, em comparação com aquelas que permaneceram sem a presença familiar.

Em pesquisa mais recente com crianças em tratamento oncológico submetidas à punção venosa, Erkul et al. (2025) analisaram os efeitos da participação ativa dos pais. Os resultados reforçaram que o familiar pode desempenhar uma função importante na redução da dor e da ansiedade quando recebe orientação para participar de maneira adequada.

A presença do responsável, contudo, não deve ser tratada como uma regra rígida. Algumas crianças podem preferir realizar o procedimento sem a presença dos pais, especialmente adolescentes que desejam maior privacidade. Também existem responsáveis que não se sentem preparados para acompanhar a coleta ou que apresentam reações capazes de aumentar a tensão. A decisão deve considerar a preferência do paciente, as condições do familiar e a avaliação da equipe.

Quando permanece na sala, o acompanhante pode ajudar a posicionar a criança de forma confortável, conversar, segurar sua mão ou direcionar sua atenção para outra atividade. O familiar não deve ser responsabilizado por conter fisicamente o paciente sem

orientação, nem o pressionar com ameaças ou repreensões. Seu papel principal é transmitir segurança e apoio.

A comunicação com a família precisa incluir orientações sobre comportamentos que podem prejudicar o procedimento. Frases que culpabilizam a criança, comparações com outros pacientes e promessas de recompensas condicionadas à ausência de choro podem invalidar os sentimentos apresentados. Chorar não significa necessariamente falta de colaboração. A criança pode permanecer posicionada e permitir a coleta mesmo demonstrando medo ou dor.

O vínculo terapêutico se fortalece quando o profissional reconhece essas manifestações e mantém uma postura respeitosa. Roberts (2015) destaca que enfermeiros que cuidam de crianças e famílias precisam desenvolver relações terapêuticas baseadas em confiança e colaboração, respeitando os limites profissionais. Essa relação exige atenção simultânea às necessidades da criança e ao apoio oferecido à família.

Na oncologia pediátrica, o vínculo não deve criar dependência exclusiva de um profissional. A preferência da criança por alguém conhecido pode ser considerada sempre que a organização do serviço permitir, pois isso pode aumentar sua segurança. Entretanto, toda a equipe deve estar preparada para manter uma abordagem coerente e acolhedora, evitando mudanças bruscas na forma de conduzir o procedimento.

A continuidade das informações também é importante. Registrar preferências, reações anteriores, dificuldades de acesso e estratégias eficazes pode ajudar outros profissionais a planejar as próximas coletas. Esse cuidado evita que a criança e a família precisem repetir

toda a experiência a cada atendimento e demonstra que suas necessidades foram efetivamente consideradas.

Portanto, a comunicação e o vínculo não constituem apenas recursos para convencer a criança a aceitar a coleta sanguínea. Eles fazem parte de uma assistência que reconhece o paciente como sujeito do cuidado. Quando a equipe informa com clareza, escuta com atenção e orienta a participação familiar, cria condições para que o procedimento seja realizado com menor sofrimento e maior segurança.

3.5. Estratégias para Redução da Dor, do Medo e da Ansiedade

A redução do sofrimento durante a coleta sanguínea exige mais do que uma única intervenção. A criança pode apresentar dor física, medo da agulha, ansiedade antecipatória e lembranças negativas de procedimentos anteriores. Por esse motivo, a escolha das estratégias deve considerar a idade, o desenvolvimento cognitivo, as condições clínicas, as preferências do paciente e a forma como ele reagiu em experiências anteriores.

As medidas utilizadas durante procedimentos com agulhas podem ser farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções farmacológicas incluem recursos destinados à diminuição da sensibilidade dolorosa, como os anestésicos tópicos, desde que utilizados conforme prescrição, protocolo institucional e avaliação clínica. As medidas não farmacológicas envolvem comunicação, distração, brincadeiras, posicionamento confortável, técnicas respiratórias e participação familiar.

Loeffen et al. (2020) recomendam uma abordagem baseada em evidências para o controle da dor e do sofrimento em crianças com

câncer submetidas a procedimentos com agulhas. Essa abordagem considera que diferentes medidas podem ser associadas, pois o controle da dor física não elimina necessariamente o medo e a ansiedade. Da mesma maneira, a distração pode ajudar emocionalmente, mas não substitui os cuidados destinados ao controle da dor.

O brinquedo terapêutico representa uma estratégia relevante para preparar a criança. Por meio de bonecos, seringas sem agulha, curativos e outros materiais seguros, o profissional pode demonstrar as etapas do procedimento e permitir que o paciente expresse dúvidas e sentimentos. A brincadeira favorece a compreensão do que será realizado e transforma a criança em participante do cuidado.

Santos et al. (2025), ao avaliarem os efeitos do brinquedo terapêutico instrucional durante a punção venosa, observaram redução de comportamentos relacionados ao nervosismo, à movimentação e ao protesto. Também foi identificado aumento da colaboração durante o procedimento. Esses resultados indicam que o brinquedo terapêutico não deve ser compreendido apenas como entretenimento, mas como recurso de comunicação e preparação.

A utilização dessa estratégia precisa ser adaptada à idade. Crianças menores podem compreender melhor o procedimento quando ele é demonstrado em um boneco. Crianças maiores podem participar da organização dos materiais, fazer perguntas e simular algumas etapas. O profissional deve observar se a criança deseja participar, pois a imposição da brincadeira pode produzir efeito contrário ao esperado.

A distração é outra medida frequentemente utilizada. Seu objetivo é direcionar a atenção para um estímulo diferente da agulha e das sensações relacionadas à coleta. Podem ser empregados desenhos animados, músicas, vídeos, histórias, jogos, livros ilustrados, caleidoscópios, bolas e conversas sobre assuntos de interesse da criança.

Girgin e Candaş (2020) verificaram que estratégias simples, como encher balões, apertar bolas e tossir de maneira orientada, contribuíram para reduzir a dor e o medo durante a punção venosa em crianças. Esses recursos possuem baixo custo e podem ser aplicados pela equipe de enfermagem com pouca preparação, desde que sejam adequados às condições do paciente.

A realidade virtual também tem sido investigada como recurso de distração. Sua capacidade de envolver visual e auditivamente o usuário pode reduzir a atenção direcionada ao procedimento. No entanto, sua utilização depende da disponibilidade de equipamentos, das condições clínicas e da aceitação da criança.

Wong et al. (2021) avaliaram o uso da realidade virtual em crianças com câncer submetidas à inserção de cateter intravenoso periférico. Os participantes que utilizaram o recurso apresentaram redução da dor e da ansiedade, além de menor duração do procedimento em comparação com o grupo que recebeu o cuidado habitual.

Resultado semelhante foi encontrado por Kanad et al. (2024) em crianças atendidas em um serviço ambulatorial de hematologia e oncologia pediátrica. A realidade virtual contribuiu para diminuir a dor, o medo e as manifestações emocionais negativas durante a coleta de sangue.

Apesar dos benefícios observados, a tecnologia não deve ser considerada a única alternativa eficaz. Gerçeker et al. (2024) compararam o uso da realidade virtual e de uma bola de apertar durante a coleta sanguínea. Ambas as estratégias produziram efeitos positivos sobre a dor, o medo e a ansiedade. Esse resultado demonstra que recursos simples também podem contribuir para o conforto quando são escolhidos de acordo com a idade e a preferência da criança.

A música pode ser utilizada durante a preparação e a realização da coleta. O profissional pode permitir que a criança escolha uma canção ou utilize fones de ouvido quando não houver contraindicação. A contação de histórias também pode favorecer a distração, especialmente em crianças que já apresentam familiaridade com narrativas e personagens.

Os recursos de distração precisam ser utilizados com atenção. O profissional não deve se concentrar apenas no dispositivo ou na atividade e deixar de observar as condições clínicas da criança. Durante toda a coleta, é necessário verificar sinais de dor, alterações de comportamento, movimentação do membro e possíveis dificuldades na obtenção da amostra.

Outra medida importante consiste no posicionamento confortável. Sempre que possível, a criança deve permanecer sentada, apoiada ou no colo de um responsável, conforme sua idade e condição clínica. Uma posição acolhedora pode transmitir maior segurança e reduzir a necessidade de contenção. A escolha do posicionamento também deve permitir que o profissional realize a coleta com estabilidade e segurança.

A participação da família pode ser associada às demais estratégias. O responsável pode conversar com a criança, segurar sua mão, auxiliar na distração ou colaborar no posicionamento. Para que essa presença seja positiva, a equipe deve explicar como o familiar poderá ajudar e avaliar se ele se sente preparado para acompanhar o procedimento.

O controle da dor também pode envolver anestésicos tópicos e dispositivos que combinam frio e vibração. Em estudo realizado com crianças pequenas em tratamento oncológico, Borzoe et al. (2025) observaram redução da dor e do medo com a utilização de creme anestésico e de um dispositivo resfriado. A associação das duas estratégias apresentou o melhor resultado entre as intervenções investigadas.

A utilização de qualquer recurso deve respeitar os protocolos da instituição e as características do paciente. O tempo necessário para o efeito de um anestésico tópico, as condições da pele, a presença de alergias e as particularidades do tratamento precisam ser consideradas. A equipe não deve aplicar uma intervenção apenas porque ela apresentou bons resultados em outro contexto.

Além das estratégias destinadas diretamente ao medo e à dor, a habilidade técnica do profissional influencia a experiência da criança. A escolha adequada do local, do dispositivo e do material pode reduzir a quantidade de tentativas. Em pacientes submetidos a tratamento prolongado, a preservação da rede venosa deve fazer parte do planejamento do cuidado.

A criança e o familiar podem oferecer informações úteis sobre os acessos anteriores. Eles podem indicar locais que apresentaram

maior facilidade, materiais utilizados e profissionais com os quais a criança se sentiu segura. Essas informações não substituem a avaliação clínica, mas podem contribuir para a tomada de decisão.

A dor deve ser avaliada antes, durante e após o procedimento, conforme a necessidade. A equipe pode utilizar escalas adequadas à idade, relatos da criança e observação do comportamento. A ausência de choro não deve ser interpretada automaticamente como ausência de dor.

Após a coleta, o profissional pode conversar brevemente com a criança sobre a experiência. Perguntar o que ajudou, o que foi difícil e o que poderia ser realizado de forma diferente na próxima vez contribui para o planejamento de procedimentos futuros. Esse momento também permite reconhecer a participação da criança sem exigir que ela esconda o medo ou a dor.

Portanto, não existe uma estratégia única capaz de atender igualmente todos os pacientes. Os melhores resultados tendem a ocorrer quando a equipe associa preparo, controle da dor, distração, participação familiar e competência técnica. A escolha individualizada favorece uma experiência menos traumática e fortalece a confiança da criança no cuidado recebido.

3.6. Atuação e Capacitação da Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem desempenha papel central na coleta sanguínea por participar do preparo, da execução e do acompanhamento da criança após o procedimento. Sua atuação envolve conhecimentos técnicos, capacidade de comunicação, avaliação das respostas emocionais e planejamento de medidas destinadas à segurança e ao conforto do paciente.

Antes da coleta, o profissional precisa conhecer a indicação do exame, confirmar a identificação da criança, analisar suas condições clínicas e avaliar a rede venosa. Também deve verificar o histórico de procedimentos anteriores, a presença de dispositivos implantados, as dificuldades já encontradas e as estratégias que produziram bons resultados.

O planejamento deve considerar o estado emocional da criança. A presença de choro, agitação ou recusa não significa apenas dificuldade de comportamento. Essas manifestações podem indicar medo intenso, dor antecipada ou lembranças de experiências anteriores. Quando possível, a equipe deve preparar o paciente antes de iniciar a organização dos materiais.

Durante o procedimento, o profissional precisa manter comunicação clara e coerente. A criança deve receber informações compatíveis com sua idade, sem promessas que não possam ser cumpridas. Também é necessário respeitar pausas possíveis, permitir perguntas e explicar as medidas que serão utilizadas para diminuir o desconforto.

A competência técnica possui relação direta com a humanização. Uma abordagem gentil não compensa uma coleta realizada sem planejamento ou com repetidas tentativas evitáveis. Da mesma forma, a habilidade técnica não é suficiente quando o profissional ignora o medo e as necessidades emocionais do paciente.

Loeffen et al. (2020) destacam que o controle da dor e do sofrimento relacionados às agulhas deve fazer parte da assistência às crianças com câncer. As recomendações incluem avaliação, preparação, utilização de estratégias adequadas e participação da criança e da

família. Isso exige que os profissionais conheçam as intervenções disponíveis e saibam selecionar aquelas que podem ser empregadas em cada situação.

A capacitação da equipe deve incluir conteúdos relacionados à avaliação da dor, ao desenvolvimento infantil, à comunicação terapêutica, às estratégias de distração, ao uso do brinquedo terapêutico, ao posicionamento de conforto e à preservação da rede venosa. Esses conhecimentos precisam ser associados ao treinamento técnico para punção, coleta e manuseio dos dispositivos utilizados no tratamento.

A educação permanente permite que a equipe revise práticas, discuta dificuldades e conheça novas evidências. Ela pode ser realizada por meio de capacitações, estudos de caso, simulações, reuniões e acompanhamento dos procedimentos. O treinamento não deve ocorrer somente após um evento adverso ou diante de dificuldades repetidas.

Estudo sobre treinamento estruturado e simulação demonstrou melhora na inserção e nos cuidados relacionados ao cateter intravenoso periférico após a capacitação dos profissionais. Embora a habilidade técnica não represente toda a assistência, sua melhoria pode contribuir para reduzir falhas, tentativas desnecessárias e complicações.

A simulação permite que os profissionais pratiquem habilidades sem expor diretamente a criança. Durante o treinamento, podem ser trabalhadas a escolha do dispositivo, a preparação dos materiais, a comunicação com o paciente, a participação familiar e a resposta diante de dificuldades de acesso.

Os protocolos institucionais também podem contribuir para a organização do cuidado. Eles podem orientar a avaliação da dor, a aplicação de anestésicos tópicos, a utilização de estratégias não farmacológicas, a participação da família e a conduta diante de tentativas sem sucesso. Entretanto, o protocolo não deve tornar o atendimento rígido ou impedir a individualização.

A instituição pode estabelecer critérios para solicitar o apoio de um profissional com maior experiência quando houver dificuldade de acesso. Essa medida evita a repetição excessiva de tentativas pelo mesmo profissional e demonstra respeito aos limites da criança. O encaminhamento não deve ser entendido como incapacidade, mas como uma decisão voltada à segurança.

Outro aspecto importante é o registro das informações. A equipe pode documentar as condições do acesso, a quantidade de tentativas, a intensidade da dor, as estratégias utilizadas e a resposta da criança. Esses registros permitem que outros profissionais compreendam como o paciente costuma reagir e planejem melhor os procedimentos seguintes.

O acompanhamento dos resultados também pode auxiliar na avaliação da qualidade da assistência. A instituição pode analisar indicadores como número de tentativas, ocorrência de complicações, utilização de medidas para controle da dor e percepção dos pacientes e familiares. Esses dados ajudam a identificar necessidades de capacitação e mudanças nos processos de trabalho.

A comunicação entre os membros da equipe precisa ser coerente. Quando cada profissional conduz o procedimento de maneira

completamente diferente, a criança pode sentir maior insegurança. Isso não significa que todos devem utilizar a mesma estratégia, mas que princípios como respeito, explicação, avaliação da dor e participação familiar devem ser compartilhados.

A organização do ambiente também interfere no atendimento. Ruídos, movimentação excessiva, interrupções e falta de materiais podem aumentar a ansiedade e dificultar a coleta. Preparar previamente o espaço e manter somente as pessoas necessárias ajuda a tornar o momento mais tranquilo.

Após o procedimento, a equipe deve observar possíveis sangramentos, alterações no local da punção e reações da criança. Também pode orientar o responsável sobre cuidados necessários e informar quando deverá procurar ajuda. A finalização do atendimento deve ocorrer com a mesma atenção oferecida durante o preparo.

A literatura analisada apresenta resultados favoráveis para diferentes estratégias, mas grande parte dos estudos foi realizada fora do Brasil. As diferenças culturais, institucionais e econômicas precisam ser consideradas antes da aplicação direta dos resultados. Por isso, a equipe deve associar as evidências científicas à realidade do serviço e às necessidades de cada paciente.

Também se observa a necessidade de ampliar pesquisas específicas sobre a coleta sanguínea em crianças brasileiras com câncer. Muitos estudos investigam procedimentos invasivos pediátricos de forma geral ou analisam técnicas isoladas. Pesquisas voltadas à experiência completa do paciente podem contribuir para a construção de protocolos mais adequados ao contexto nacional.

Dessa forma, a qualidade da assistência depende da integração entre conhecimento científico, competência técnica, sensibilidade e organização do serviço. A equipe de enfermagem não atua somente para obter a amostra de sangue. Sua responsabilidade inclui preservar a segurança, reduzir o sofrimento e contribuir para que a criança mantenha confiança nos profissionais ao longo do tratamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu compreender que a coleta sanguínea representa um momento sensível para a criança em tratamento oncológico. Embora seja um procedimento necessário para o acompanhamento clínico, sua repetição pode provocar dor, medo, ansiedade e resistência, principalmente quando a criança possui lembranças negativas de experiências anteriores.

A análise da literatura demonstrou que o acolhimento realizado pela equipe de enfermagem pode contribuir para reduzir esses impactos. Uma abordagem baseada na escuta, na comunicação adequada à idade, no respeito aos sentimentos e na participação da criança favorece a construção de confiança e torna o procedimento menos ameaçador. Dessa forma, o acolhimento não deve ser limitado à recepção do paciente, mas precisa fazer parte de todas as etapas da assistência.

Também foi possível identificar que a participação da família exerce influência importante durante a coleta. Pais e responsáveis conhecem as reações, as preferências e os receios da criança, podendo oferecer informações que auxiliem no planejamento do cuidado. Entretanto, essa participação precisa ser orientada pela

equipe, pois o familiar também pode apresentar ansiedade e insegurança diante do sofrimento do paciente.

Entre as estratégias encontradas na literatura, destacaram-se o brinquedo terapêutico, a distração, os vídeos, a música, os exercícios respiratórios, a realidade virtual, o posicionamento confortável e o uso de medidas para o controle da dor. Os estudos analisados indicaram que essas intervenções podem reduzir o medo, a ansiedade e a percepção dolorosa. Contudo, nenhuma estratégia deve ser aplicada de forma automática, pois as necessidades e as reações variam de acordo com a idade, o desenvolvimento, as condições clínicas e as experiências anteriores de cada criança.

Os resultados também mostraram que a humanização não pode ser separada da competência técnica. O planejamento da coleta, a avaliação da rede venosa, a escolha adequada dos materiais e a redução do número de tentativas são cuidados que interferem diretamente na segurança e no bem-estar do paciente. Uma abordagem acolhedora precisa estar acompanhada de preparo técnico e conhecimento científico.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem assume papel fundamental, pois mantém contato frequente com a criança e sua família durante o tratamento. Além da realização do procedimento, cabe aos profissionais identificar sinais de sofrimento, avaliar a dor, oferecer informações claras e utilizar estratégias adequadas para cada situação. A capacitação permanente da equipe torna-se necessária para que essas ações sejam incorporadas à rotina dos serviços.

Com base nas evidências analisadas, considera-se que o acolhimento pode favorecer a cooperação da criança, reduzir experiências traumáticas e fortalecer o vínculo entre paciente, família e profissionais. Portanto, a qualidade da coleta sanguínea não deve ser avaliada somente pela obtenção da amostra, mas também pela segurança, pelo conforto e pela maneira como a criança vivenciou o procedimento.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o número reduzido de pesquisas brasileiras voltadas especificamente à coleta sanguínea em crianças com câncer. Muitos trabalhos abordam procedimentos com agulhas de forma geral ou foram realizados em outros países, o que exige cautela na aplicação dos resultados à realidade dos serviços de saúde brasileiros.

Conclui-se que o acolhimento constitui parte essencial da assistência de enfermagem em oncologia pediátrica. Sua aplicação durante a coleta sanguínea contribui para um cuidado mais seguro, respeitoso e atento às necessidades físicas e emocionais da criança. Espera-se que este estudo incentive a realização de novas pesquisas e contribua para o desenvolvimento de práticas e protocolos destinados à redução do sofrimento em procedimentos invasivos pediátricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORZOE, Fateme et al. Efficacy of topical anesthetic cream, cold angiocath, and their combination on pain and fear during pediatric oncology venipuncture: a double-blind randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, v. 80, art. 103065, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.103065>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed., 4. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 72 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 20 jul. 2026.

ERKUL, Münevver; BEKAR, Pinar; EFE, Emine. The effect of parental active participation on pain and anxiety in supporting children with cancer experiencing a venipuncture: a randomized controlled study. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, v. 42, n. 4, p. 155-164, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/27527530251342170>.

GERÇEKER, Gülçin Özalp et al. The effect of virtual reality on pain, fear, and anxiety during access of a port with Huber needle in pediatric hematology-oncology patients: randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, v. 50, art. 101886, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101886>.

GERÇEKER, Gülçin Özalp; BEKTAŞ, İlknur; YARDIMCI, Figen. The effects of virtual reality and stress ball distraction on procedure-related emotional appearance, pain, fear, and anxiety during phlebotomy in children: a randomized controlled study. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 79, p. 197-204, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.08.029>.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIRGIN, Burcu Aykanat; GÖL, İlknur. Reducing pain and fear in children during venipuncture: a randomized controlled study. *Pain*

Management Nursing, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.07.006>.

HASSANEIN, Sahar M. A. et al. Impact of structured simulation-based and on-job training program on nurses' competency in pediatric peripheral intravenous cannulation: children's hospital experience. *Nurse Education Today*, v. 98, art. 104776, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104776>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Câncer infantojuvenil*. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil>. Acesso em: 20 jul. 2026.

KANAD, Nazmi; GERÇEKER, Gülçin Özalp; EKER, İlknur; SUSAM, Hande Şahin. The effect of virtual reality on pain, fear and emotional appearance during blood draw in pediatric patients at the hematology-oncology outpatient clinic: a randomized controlled study. *European Journal of Oncology Nursing*, v. 68, art. 102495, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102495>.

KOLLER, Donna; GOLDMAN, Ran D. Distraction techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 27, n. 6, p. 652-681, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>.

LOEFFEN, Erik A. H. et al. Reducing pain and distress related to needle procedures in children with cancer: a clinical practice guideline. *European Journal of Cancer*, v. 131, p. 53-67, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.02.039>.

MCNEIL, Michael J. et al. Preventing and treating pain and anxiety during needle-based procedures in children with cancer in low- and

middle-income countries. *Cancers*, v. 16, n. 5, art. 1025, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers16051025>.

ROBERTS, Jane; FENTON, Gaynor; BARNARD, Michaela. Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. *Nursing Children and Young People*, v. 27, n. 4, p. 30-35, 2015. DOI: <https://doi.org/10.7748/ncyp.27.4.30.e566>.

SAĞLIK, Dilek Sönmez; ÇAĞLAR, Seda. The effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, v. 45, n. 3, p. 278-285, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.003>.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Effects of instructional therapeutic play in the behavior of children during the first attempt at intravenous catheterization. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 45, número especial 1, art. e20240038, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240038.en>.

SISK, Bryan A.; MACK, Jennifer W.; ASHWORTH, Rachel; DUBOIS, James. Communication in pediatric oncology: state of the field and research agenda. *Pediatric Blood & Cancer*, v. 65, n. 1, art. e26727, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/pbc.26727>.

WONG, Cho Lee et al. Virtual reality intervention targeting pain and anxiety among pediatric cancer patients undergoing peripheral intravenous cannulation: a randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, v. 44, n. 6, p. 435-442, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000844>.

YAMAJI, Noyuri; SUZUKI, Daichi; SUTO, Maiko; SASAYAMA, Kiriko; OTA, Erika. Communication tools used in cancer communication with children: a scoping review. *Cancers*, v. 14, n. 19, art. 4624, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers14194624>.

¹ Graduado em Gestão de Pessoas. Bacharelado em Enfermagem