



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

STELA CRUZ FACCIOLI

**MANEJO DA DOR PEDIÁTRICA NA PERSPECTIVA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Londrina
2017

STELA CRUZ FACCIOLI

**MANEJO DA DOR PEDIÁTRICA NA PERSPECTIVA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM**

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

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

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Gilselena Kerbauy Lopes.

Londrina
2017

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

Faccioli, Stela Cruz.

MANEJO DA DOR PEDIÁTRICA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM /
Stela Cruz Faccioli. - Londrina, 2017.
66 f.

Orientador: Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla.

Coorientador: Gilselena Kerbauy Lopes.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Dor - Tese. 2. Enfermagem Pediátrica - Tese. 3. Medição da dor - Tese. 4. Escalas; Registros de Enfermagem. - Tese. I. Grubisich Mendes Tacla, Mauren Teresa . II. Kerbauy Lopes, Gilselena . III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

STELA CRUZ FACCIOLI

MANEJO DA DOR PEDIÁTRICA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

BANCA EXAMINADORA

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

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

Prof.^a Dr.^a Neusa Collet
Universidade Federal da Paraíba - UFPA

Londrina, 16 de novembro de 2017.

DEDICATÓRIA

A Deus, que me carregou no colo em toda essa trajetória e que foi minha força e meu amparo.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e me deram todo suporte e estrutura para chegar até aqui.

À minha irmã Izabela, que sempre me compreendeu com muita paciência e amor.

À minha orientadora Mauren, que foi um presente de Deus em minha vida, tornando todo o processo mais leve e prazeroso.

FACCIOLI, Stela Cruz. **Manejo da dor pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem.** 2017. 66 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

Introdução: A dor é uma experiência multidimensional e seu manejo depende tanto da sensibilidade dos profissionais quanto da competência na escolha das estratégias para mensuração e alívio da mesma. A enfermagem possui papel fundamental nesse processo, sendo que a avaliação da dor, de maneira sistematizada, proporciona à criança medidas terapêuticas adequadas. **Objetivo:** Analisar os registros sobre avaliação da dor e analgesia nos prontuários e compreender a percepção da equipe de enfermagem quanto ao manejo da dor da criança hospitalizada. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva exploratória realizada em um hospital universitário estadual e de nível terciário do sul do Brasil. A coleta de dados contemplou análise documental, na qual foram avaliados os prontuários das crianças hospitalizadas na unidade de internação pediátrica e entrevista semiestruturada individual com 24 membros da equipe de enfermagem. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise temática proposta por Minayo. A análise foi realizada à luz do marco conceitual *Social Communication Model of Pain*. **Resultados:** Foram analisados 80 prontuários e verificou-se que mesmo com a dor sendo instituída como quinto sinal vital, os registros da dor em prescrições de enfermagem prevalecem nulos ou zerados. Em relação ao alívio da dor, verificou-se que as prescrições médicas contemplam mais de uma opção analgésica e que a prevalece a escolha medicamentosa por parte da equipe de enfermagem. Frente aos relatos das participantes foi possível perceber que os profissionais estão sensibilizados com a dor, porém, os fatores intrínsecos e extrínsecos interferem diretamente no modo como esse profissional presta o cuidado e realiza o manejo da dor. **Considerações finais:** Prestar o cuidado frente ao processo doloroso de uma criança exige habilidades do profissional para identificar, avaliar, utilizar instrumentos adequados, compreender sentimentos envolvidos no processo e significar o cuidado na priorização da assistência à dor pediátrica.

Palavras-chave: Dor. Enfermagem pediátrica. Medição da dor. Escalas. Registros de Enfermagem.

FACCIOLI, Stela Cruz. **Management of pediatric pain from the perspective of the nursing team.** 2017. 67 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

Introduction: Pain is a multidimensional experience and its management depends on both the sensitivity of the professionals and the competence in choosing the strategies for measuring and relieving it. Nursing plays a fundamental role in this process, and the evaluation of pain, in a systematized way, provides the child with adequate therapeutic measures. **Objective:** To analyze the records on pain evaluation and analgesia in the medical records and to understand the perception of the nursing team regarding the pain management of hospitalized children. **Method:** This is a qualitative, descriptive, exploratory study carried out in a state university hospital and tertiary level in southern Brazil. The data collection included documentary analysis, in which the medical records of hospitalized children in the pediatric hospitalization unit and individual semi-structured interviews with 24 members of the nursing team were evaluated. For the analysis of the data, the thematic analysis proposed by Minayo was used. The analysis was carried out in the light of the conceptual framework Social Communication Model of Pain. **Results:** 80 charts were analyzed and it was verified that even with pain being instituted as the fifth vital sign, pain records in nursing prescriptions are zero or zero. In relation to pain relief, it was verified that the medical prescriptions include more than one analgesic option and that the drug choice prevails on the part of the nursing team. In front of the reports of the participants, it was possible to perceive that the professionals are sensitized with the pain, however, the intrinsic and extrinsic factors interfere directly in the way in which this professional provides the care and performs the pain management. **Final considerations:** Caring for a child's painful process requires the professional's ability to identify, evaluate, use appropriate tools, understand feelings involved in the process, and signify care in prioritizing pediatric pain care.

Keywords: Pain. Pediatric Nursing. Pain Measurement. Scales. Nursing Records.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCS	Centro de Ciências da Saúde
ECNE	Encefalopatia Crônica Não Evolutiva
HU- UEL	Hospital Universitário da UEL
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MCSD-	Modelo de Comunicação Social da Dor
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SUS	Sistema Único de Saúde
UIP	Unidade de Internação Pediátrica

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
1.1	CLASSIFICAÇÃO DA DOR	14
1.2	DOR EM PEDIATRIA	15
1.3	AVALIAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL	16
1.4	ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR PEDIÁTRICA INSTITUÍDAS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA.....	17
2.	MARCO CONCEITUAL.....	21
2.1	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	21
2.2	<i>SOCIAL COMMUNICATION MODEL OF PAIN</i>	21
3.	MÉTODO	25
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	25
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	26
3.4	FONTE DE DADOS.....	27
3.5	COLETA DE DADOS	28
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	30
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
	INTRODUÇÃO	33
	METÓDO.....	36
	CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À DOR PEDIÁTRICA.....	38
	O MANEJO DA DOR NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	41
	Tema 1 - Naturalização da dor na criança hospitalizada	41
	Tema 2 - Responsabilização da enfermagem diante do 5º sinal vital.....	42
	Tema 3 - Manejo da dor	44
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS.....	52

APÊNDICES	57
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	57
APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade e Sigilo.....	58
APÊNDICE C – Roteiro para análise dos prontuários em unidade de internação pediátrica, frente ao registro da dor como 5º sinal vital.....	59
APÊNDICE D – Entrevista semiestruturada	60
ANEXOS	61
ANEXO A – ESCALA DE FACES ADAPTADA POR CLARO (1993).....	62
ANEXO B – NEONATAL INFANT PAIN SCALE.....	63
ANEXO C – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	64

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser meu amparo, minha fortaleza, por me dar força, discernimento e sabedoria em todos os momentos da minha vida. A Ele, toda minha gratidão.

À minha família, que acreditou em mim, me deu suporte em todas as fases da pesquisa. Eles compreenderam as renúncias e, com todo amor e paciência, passaram por mais essa etapa ao meu lado.

Ao Jonas, por toda parceria e cumplicidade. Por acreditar em mim quando eu mesma deixei de acreditar. Por me amar até nos momentos finais da pesquisa.

Aos meus amigos queridos, que estiveram ao meu lado mesmo quando eu estive ausente. Aos amigos de Londrina, Prudente e Marília, gratidão a cada um de vocês.

À minha orientadora Professora Doutora Mauren T. G. M. Tacla, que tornou o processo leve e prazeroso. Gratidão por me ensinar a ser uma pessoa melhor. Obrigada por acreditar em minhas ideias e ter paciência em meio a minha agitação.

À minha Co orientadora Professora Doutora Gilselena Kerbauy, pela disponibilidade e atenção. Gratidão por ser esse exemplo maravilhoso.

Às professoras Doutoras Edilaine Giovanini Rossetto, Neusa Collet, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari e Nen Nalu Alves das Mercês, por aceitarem o convite para compor a banca da qualificação.

A toda equipe da pediatria do Hospital Universitário, que sempre me acolheu com muito amor e paciência e se propôs a colaborar com a pesquisa, de maneira gratuita e gentil. Levo cada uma de vocês em meu coração.

Aos meus colegas de mestrado, que caminharam ao meu lado em cada disciplina, em todas as fases da minha pesquisa e sempre me dedicaram muito amor e paciência. Em especial a Maynara e Débora, que me deram forças, me acolheram nas lágrimas e nos sorrisos. Essa vitória também é de vocês.

À Universidade Estadual de Londrina - UEL, às docentes do Programa de Mestrado em Enfermagem e às funcionárias da Seção de Pós-Graduação pela disposição e auxílio e, desta forma, tornaram o processo mais fácil.

Dê ao mundo o melhor de você. Mas isso pode não ser o bastante. Dê o melhor de você assim mesmo. Veja você que, no final das contas, é tudo entre você e Deus. Nunca foi entre você e os outros.

Madre Teresa de Calcutá

MOTIVAÇÃO PELO TEMA DA PESQUISA

O interesse pela área pediátrica me acompanhou durante toda a formação, permeando as buscas e incentivando o crescimento profissional. Ao optar pela residência em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente pude vivenciar a assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção e reconhecer o papel do enfermeiro no cuidado à criança.

Ao estar imersa na assistência à criança hospitalizada, surgiram algumas inquietações acerca do cuidado humanizado à criança, visto que alguns procedimentos estariam tornando a hospitalização infantil ainda mais traumática.

Uma dessas inquietações surgiu frente ao fenômeno doloroso da criança diante da punção venosa periférica. Muitas crianças, além da dor, demonstravam medo e ansiedade quanto ao procedimento. Diante desse fato, decidi buscar aprofundamento no assunto e compreender a percepção das crianças face à punção do acesso venoso periférico, sendo essa a temática de minha monografia de conclusão da residência.

Ao concluir a residência e iniciar minha carreira profissional como enfermeira especialista, percebi a preocupação da equipe de enfermagem em garantir o alívio da dor as crianças, porém, o gerenciamento da dor era conduzido de maneira ineficaz.

Assim, ao entrar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina tive a oportunidade de continuar estudando o fenômeno doloroso possível na criança. Além disso, foi possível compreender a percepção da equipe de Enfermagem diante do gerenciamento da dor pediátrica.

Foram dois anos de dedicação e trabalho. Foi gratificante poder acreditar que participei de um início de mudança de realidade em busca de um alívio da dor das crianças hospitalizadas.

1. Introdução



1. INTRODUÇÃO

1.1 CLASSIFICAÇÃO DA DOR

A dor, presente desde o nascimento, é um dos sentimentos mais antigos descritos na história, sendo estudada por várias ciências. Sendo assim, todos de alguma forma já a experienciaram algum dia (CANDIDO; TACLA, 2015). A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (IASP, 1994).

Sendo considerada um fenômeno multidimensional, a dor possui componentes sensoriais, fisiológicos, cognitivos, afetivos, comportamentais e espirituais. Tais componentes alteram a forma como a dor é experimentada, modificando a transmissão dos estímulos ao cérebro (WHO, 2012). Podendo ser classificada desde dor leve e inconsequente ao tipo intolerável e persistente (SILVA, 2014).

A subjetividade da dor está ligada diretamente à maneira com que o indivíduo vivencia o fenômeno durante sua vida, podendo, a experiência dolorosa, ter um impacto negativo na saúde e no bem-estar daqueles que a vivenciam (FARELEIRA; CARNEIRO, 2011).

Por envolver aspectos físicos, sensoriais e emocionais, a incapacidade para estabelecer uma causa subjacente não deve ser uma razão para concluir que a dor não é real (SERRANO et al., 2016).

Os dois principais tipos de dor quanto à origem são: nociceptiva e neuropática. A nociceptiva é aquela que ocorre quando a lesão tecidual ativa os nociceptores, os quais são sensíveis a estímulos nocivos, como ao calor e ao frio. Já a dor neuropática é causada por dano estrutural e disfunção das células nervosas no sistema nervoso periférico ou sistema nervoso central (WHO, 2012).

Em relação à duração, pode ser classificada em dor aguda ou dor crônica. A aguda é sentida imediatamente após a ação do agente causador, pode ser de intensidade severa, porém de curta duração (WHO, 2012). Já a dor crônica é recorrente, contínua e com duração maior de três meses ou após o tempo de cicatrização normal do tecido (DOWELL, 2016).

Além de induzir alterações físicas, a dor pode alterar o equilíbrio psicológico do indivíduo, pois possui um aspecto emocional que pode potencializar a experiência vivida (VITOR; PONTE, 2008). Outro exemplo são as dimensões sociais envolvidas na experiência dolorosa, das quais os ambientes determinam a exposição do indivíduo à dor de acordo com o envolvimento social (WILLIAM; CRAIG, 2016).

1.2 DOR EM PEDIATRIA

Da mesma maneira que os adultos, as crianças podem sofrer vários tipos de dor, sendo estes relacionados à doença, trauma, fator psicológico ou mesmo de etiologia desconhecida (SERRANO et al., 2016). Vale destacar que crianças e adolescentes hospitalizados têm direito a não sentir dor quando existem meios para evitá-la (BRASIL, 1995).

As particularidades das crianças em fase não verbal e/ou com deficiência cognitiva dificultam o reconhecimento da dor, sendo um dos motivos pelos quais, nessa população, ela é subdiagnosticada e o tratamento, muitas vezes, ocorre de maneira inadequada (TOSTE; PALHAU; AMORIM, 2015).

É fundamental que a dor em crianças seja adequadamente identificada, avaliada e, sobretudo, tratada, o que ainda é uma tarefa complexa para a equipe de saúde (GONÇALVES et al., 2013).

Receber o tratamento adequado para alívio da dor é direito humano básico, que independe da idade do indivíduo. A crença de que crianças não respondem e nem possuem lembranças das experiências dolorosas anteriores é falsa. Os autorrelatos das crianças frente às queixas de dor devem ser levados em consideração (YASTER, 2010).

A hospitalização na infância pode consistir em uma experiência traumática devido ao afastamento de sua vida cotidiana, de seu ambiente familiar e ser a origem de um confronto com a dor, com a limitação física e a com passividade (MITRE; GOMES, 2012).

Bebês e crianças hospitalizadas estão suscetíveis a procedimentos dolorosos para fins de diagnóstico e tratamento. Estes, conseqüentemente, causam angústia, medo e ansiedade nesses pacientes (TOSTE; PALHAU; AMORIM, 2015).

Os profissionais de saúde, muitas vezes, são relutantes em aceitar as queixas de dor da criança, especialmente quando não correspondem à sua própria expectativa de quão intensa essa dor "deve ser". Embora alguma dor seja tolerável para determinados pacientes, sem intervenção, outros desejam mais intervenção para dor de baixa intensidade (MCGRATH et al., 2014).

O manejo da dor pediátrica também está relacionado com a abordagem da criança pelo enfermeiro, pois estudos mostram que muitos enfermeiros não conversam com o (a) paciente a respeito de sua dor (TWYROSS, 2010). O processo de comunicação com a criança, no sentido de preparação para os procedimentos dolorosos, faz com que se sinta à vontade, diminuindo o medo na realização dos mesmos (FACCIOLI et al., 2017).

1.3 AVALIAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) descreve a dor como sendo o 5º sinal vital, devendo ser avaliada e registrada pela equipe de enfermagem junto aos demais sinais vitais, para que condutas possam ser tomadas e resultados avaliados (JCAHO, 2004; SILVA, 2014).

A avaliação da dor é necessária antes de procedimentos dolorosos para determinar a condição da criança e, após o procedimento, para verificar a eficácia das estratégias adotadas para seu manejo (LEE et al., 2014).

O reconhecimento da dor pediátrica envolve a obtenção de informações sobre localização, duração e características do fenômeno doloroso, assim como seu impacto nos variados aspectos da vida da criança, como sono, estado emocional, relacionamentos, desenvolvimento e função física (PALERMO, 2009).

Sua mensuração deve ser realizada em intervalos regulares durante a implementação do plano de manejo da dor. Isso permite a detecção das mudanças na gravidade/intensidade da dor ao longo do tempo, avaliação da adequação e eficácia do tratamento escolhido e que os ajustes sejam feitos conforme necessário (WHO, 2012).

Pelo fato de a população pediátrica apresentar limitação no autorrelato, a avaliação algica das crianças exige critérios e instrumentos adequados a cada faixa etária e a valorização das alterações dos demais sinais vitais, como frequência cardíaca e respiratória (FALCÃO, 2012).

A avaliação da dor deve fazer parte da rotina da equipe de enfermagem. É importante assegurar que o registro da mensuração da dor contenha o local do evento doloroso, a intensidade, o tipo, a duração, os fatores de piora e de melhora, além da administração de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

1.4 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR PEDIÁTRICA INSTITUÍDAS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Atualmente, existem diversas ferramentas para avaliar e documentar a dor em crianças, mesmo daquelas com alguma deficiência física ou cognitiva. Essas escalas são adequadas à idade, cultura e condição atual do paciente (WHO, 2012).

É necessário reconhecer as ferramentas adequadas à idade e às condições da criança, incluindo aquelas incapazes de falar e/ou cognitivamente prejudicadas. Algum grau de avaliação da dor é sempre possível (WHO, 2012).

Embora avaliar e mensurar a dor não sejam tarefas fáceis, seu manejo adequado deve ser incorporado à rotina da equipe de enfermagem, que deve registrar as informações no prontuário da criança, para que as devidas providências para seu alívio possam ser implementadas (SILVA; TACLA; ROSSETTO, 2010).

Após a escolha do instrumento, é importante que a criança, os responsáveis e os profissionais da saúde se familiarizem com o mesmo, a fim de que essa ferramenta possa ser utilizada rotineiramente assim como a interpretação de seus resultados (SEKHON et al., 2017).

Na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do hospital universitário cenário deste estudo, foram instituídas escalas de avaliação da dor pediátrica no ano de 2007, junto à avaliação da dor como 5º sinal vital, sendo escolhidas a escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) (ANEXO A) e Escala de Faces adaptada por Claro (1993) (ANEXO B).

Por conta da característica da UIP em questão de prestar atendimento a crianças de 0 a 12 anos e, levando em consideração que a NIPS tem como população alvo RN e lactentes, dos quais o relato verbal da dor fica impossibilitado, optou-se pela utilização dessas escalas comportamentais.

A NIPS compreende cinco indicadores comportamentais (expressões faciais, choro, estado de excitação, movimentação de braços e pernas) e um indicador fisiológico (padrões respiratórios) (ERKUT; YILDIZ, 2017). É classificada como um instrumento multidimensional utilizado para avaliar a dor aguda (MELO et al., 2014).

A NIPS produz uma pontuação total que varia de 0 a 7, em que os resultados superiores a 3 são indicativos de dor, sendo facilmente compreendida e aplicada. É uma ferramenta útil para profissionais de saúde que trabalham com neonatos expostos a estímulos dolorosos (GE et al., 2015).

Para a avaliação da dor das crianças acima de três anos, foi instituída a Escala de Faces - adaptada por Claro (1993), que é uma escala de intensidade que demonstra, por meio de figuras desenhadas por Maurício de Souza, representados por Cebolinha e Mônica, as diferentes expressões faciais.

É composta por faces que variam da expressão sem dor até a dor insuportável, pontuando de zero a quatro (CLARO, 1993). O fato de ser adaptada à cultura brasileira, com personagens que são populares à criança, facilita sua utilização, tendo em vista que pode contribuir para que ela se expresse, mesmo no momento de dor.

Ao serem instituídas as escalas, os profissionais atuantes na UIP tiveram uma capacitação para a utilização adequada das mesmas. Além disso, foi incorporada, na prescrição de enfermagem, junto aos demais sinais vitais, uma coluna para o registro da dor.

Levando em consideração que o manejo da dor envolve desde o momento de sua identificação ao registro de enfermagem, envolvendo os aspectos multidimensionais de quem a sente e do profissional que assiste e da utilização dos instrumentos adequados para a sua avaliação, o presente estudo permeia o questionamento de como o manejo da dor da criança hospitalizada está sendo percebido pela equipe de enfermagem.

1. Introdução

E justifica-se levando em conta que o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada com dor precisa ser significativo a esse profissional para que o manejo possa ser incorporado à rotina de trabalho.

Frente a isso, o presente estudo tem como objetivos analisar os registros sobre avaliação da dor e analgesia nos prontuários de crianças hospitalizadas e compreender a percepção da equipe de enfermagem quanto à importância da identificação da dor da criança hospitalizada por meio de escalas, seu registro como 5º sinal vital e realização de medidas analgésicas.

2. Marco Conceitual



2. MARCO CONCEITUAL

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O ser humano, no decorrer da evolução, aprimorou as suas características protetoras, aumentando a probabilidade de sobrevivência e reprodução, adquirindo o cognitivo (linguagem, raciocínio abstrato, resolução de problemas) e capacidades afetivas necessárias para suportar situações e práticas sociais complexas (CRAIG, 2008).

A capacidade de proteger os demais, refletida no potencial de empatia, altruísmo e prestação de cuidados também evoluiu e, tratando-se do fenômeno da dor, são particularmente bem desenvolvidas em humanos (CRAIG, 2008).

Para a maioria da população a dor é familiar, esperada, autolimitada e, por muitas vezes, acaba aceitando-a como indesejável, porém inevitável. No entanto, dedicam energia e recursos para minimizar a exposição a dor.

Prestar o cuidado à criança com dor vai além de se utilizar uma escala unidimensional. É preciso levar em consideração os parâmetros sociais, biológicos, psicológicos e a interação entre a pessoa com dor e os demais envolvidos na situação (WILLIAM; CRAIG, 2016).

Sendo assim, após a revisão da literatura, selecionou-se um modelo que engloba a dor nos aspectos pessoais, sociais e culturais, o Social Communication Model of Pain. No presente estudo, ele foi utilizado a fim de compreender o fenômeno doloroso na percepção da equipe de enfermagem.

2.2 SOCIAL COMMUNICATION MODEL OF PAIN

É um modelo conceitual que engloba as perspectivas biológicas, psicológicas e sociais no nível da interação entre a pessoa com dor e as demais presentes. Reconhece a complexidade das múltiplas fontes de entrada, incluindo não só o comportamento da pessoa com dor, mas uma série de fatores que englobam os observadores.

Os observadores trazem certas disposições biológicas para reagir ao sofrimento da outra pessoa, bem como uma história de vida que influencia julgamentos e tomadas de decisões frente ao manejo da dor. A inclusão de uma pessoa que observa aquela que sofre com dor, merece atenção, pois a mesma pode ser indiferente ao sofrimento ou pode não acreditar na dor (CRAIG, 2008).

No entanto, a avaliação da dor pode ser um desafio visto que a empatia é uma característica que precisa estar presente no observador a fim de compreender as experiências subjetivas dos pacientes. Porém, não é necessário que o profissional de saúde experimente as características sensoriais, afetivas e cognitivas da pessoa que sofre a dor (WILLIAM; CRAIG, 2016).

A compreensão do modelo se dá através da apresentação de uma sequência temporal linear de dano tecidual ou estresse. A partir daí, a experiência e a expressão da dor são investigadas, recebendo inferências observacionais a respeito da interpretação da dor por quem a sente e pela pessoa que tem o poder de influenciá-la.

Os fatores que interferem podem ser intrapessoais ou interpessoais, sendo eles as experiências de vida que o indivíduo traz consigo e o contexto social e ambiental, respectivamente (CRAIG, 2008).

O *Social Communication Model of Pain* divide-se em fases, em uma sequência temporal de eventos (conforme Figura 1), descritos como experiência pessoal da dor; expressão da dor e as interferências e ações dos observadores (CRAIG, 2008):

- 1) A experiência pessoal da dor - os substratos biológicos para percepção da dor tem sido foco de pesquisas e intervenções. A história de vida tem um impacto e pode determinar o significado e a compreensão afetiva da dor. A avaliação da dor não pode estar restrita aos instrumentos unidimensionais, visto que é necessário levar em consideração os fatores afetivos e emocionais.
- 2) A expressão da dor - embora a dor seja uma experiência subjetiva e individual, o fenômeno doloroso permite inferências por parte dos observadores. As características das crianças com dor são espontâneas e refletem a deliberação consciente. As expressões de dor devem ser levadas em consideração, assim como o autorrelato.

3) As interferências e ações dos observadores - a avaliação e interpretação da dor pelo profissional envolve o conhecimento acerca da avaliação da dor, as atitudes, crenças, o conhecimento que o indivíduo tem sobre a criança avaliada, resultando em um manejo adequado da dor.

Em síntese, o processo se inicia com um estímulo da dor pela criança, podendo ser experimentado como sensoriais, pensamentos e sentimentos sobre a dor. Portanto, essa dor pode ser aguda, processual e persistente, levando em consideração as experiências prévias referentes à dor. As crianças então expressam sua dor por meio de sinais e o profissional de saúde precisa interpretar esses sinais e decidir pela intervenção adequada (SILVA, 2014).

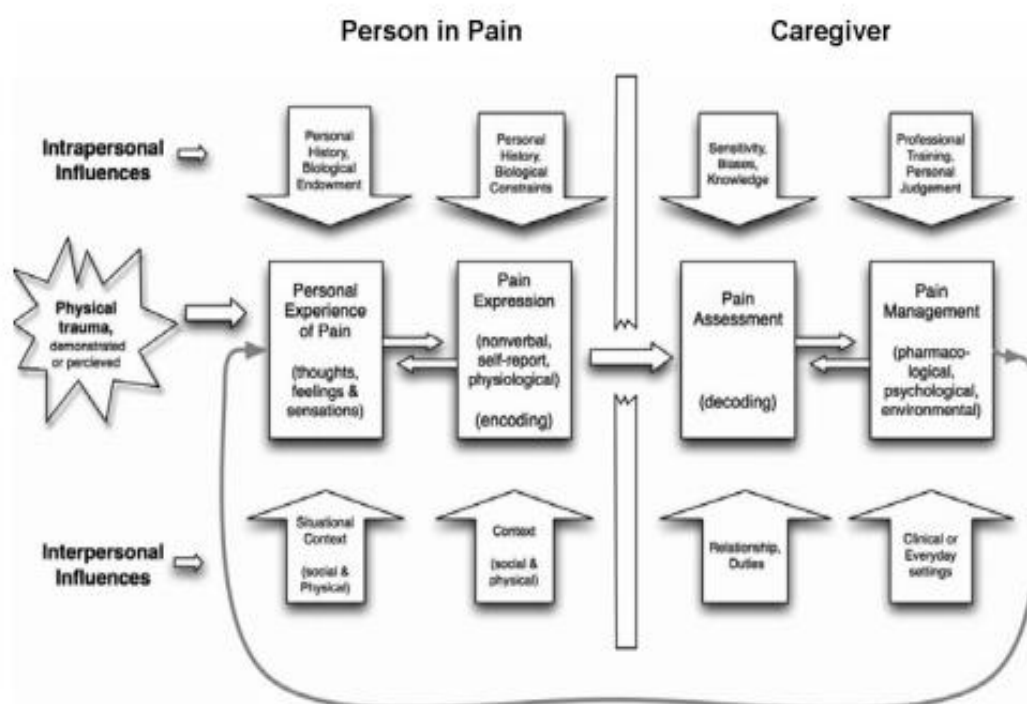


Figura 1- Modelo de Comunicação Social da Dor proposto por Craig (2008).

O modelo enfatiza a importância da linguagem na expressão e no acesso à dor pediátrica, no qual a criança utiliza a linguagem para expressar a dor, caracterizando o processo de codificação, e o profissional de saúde que necessita compreender essa linguagem para acessá-la, caracterizando a decodificação.

3. Método



3. MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa exploratória e descritiva a fim de compreender o que perpassa pela percepção desses profissionais frente ao manejo da dor da criança hospitalizada.

A pesquisa exploratória destina-se a esclarecer do que se trata, a reconhecer a natureza do fenômeno, a situá-lo no tempo e no espaço, a inventariar suas manifestações variadas e seus elementos constitutivos presentes à sua manifestação. É uma operação de reconhecimento, uma sondagem destinada à aproximação em face do desconhecido (RODRIGUES, 2007)

Já o caráter descritivo foi utilizado devido à apresentação de informações, dados, elementos constitutivos ao objeto, dizendo do que se compõe, em que lugar está localizado no tempo e no espaço, mensurando, classificando segundo semelhanças e diferenças e situando-o conforme às circunstâncias desconhecidas (RODRIGUES, 2007).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário da UEL (HU- UEL). O HU-UEL é o maior órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina. Está ligado academicamente ao CCS (Centro de Ciências da Saúde). É o único hospital público de grande porte no norte do Paraná. É um Hospital estratégico, tradicional e centro de referência para o SUS (Sistema Único de Saúde). Atende pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná, de mais de 100 cidades de outros estados e de várias regiões do País (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2017).

A UIP é composta por 20 leitos para atendimento de crianças entre zero a 12 anos em diversas especialidades. A UIP proporciona atendimento multiprofissional, compondo a equipe: enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas.

Em relação a equipe de enfermagem, é composta por 13 técnicas em enfermagem, oito auxiliares de enfermagem, duas atendentes de enfermagem e quatro enfermeiras, divididas entre os turnos manhã, tarde, noites dos dias ímpares e noites dos dias pares. A organização de pessoal da UIP conta com profissionais efetivos via concurso público e profissionais contratados via processo seletivo temporário.

A organização do trabalho da equipe de enfermagem está baseada na assistência integral ao paciente, exceto por parte das atendentes de enfermagem que não realizam assistência direta ao paciente. Porém, o dimensionamento de pessoal apresenta-se inadequado, tendo em vista que a UIP tem prestado assistência a crianças com quadros agudos e crônicos.

A organização de pessoal da UIP conta com profissionais efetivos via concurso público e profissionais contratados via processo seletivo temporário.

A assistência integral à criança hospitalizada na UIP inclui a aplicação das escalas instituídas na unidade, como as escalas de avaliação da dor pediátrica NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) e Escala de Faces adaptada por Claro, implantadas desde 2007, junto à avaliação da dor como quinto sinal vital.

A UIP adota o sistema de internação conjunta, possibilitando e garantindo que a criança tenha um acompanhante conforme previsto em legislação. Além disso, é disponibilizada às crianças hospitalizadas algumas atividades recreativas, como o Projeto Brinquedo Terapêutico e o espaço da brinquedoteca.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, pautado na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Obteve parecer favorável nº 1.816.082, CAAE 61380316.5.0000.523 (ANEXO C).

Para garantir a conduta de uma pesquisa ética, foram considerados os critérios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), o qual continha contato de telefone, endereço e a disponibilidade de que todos os participantes pudessem procurar a pesquisadora e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa caso tivessem alguma dúvida.

A pesquisadora assinou o Termo de Confidencialidade e Sigilo para a realização da pesquisa (APÊNDICE B).

3.4 FONTE DE DADOS

O estudo teve como população alvo todos os componentes da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem). A escolha desses profissionais se justifica pelo fato de serem os responsáveis pela verificação dos sinais vitais durante a hospitalização da criança.

O total de participantes foram 24, sendo quatro enfermeiras, 11 técnicas em enfermagem, oito auxiliares de enfermagem e uma atendente de enfermagem. Foram excluídas da amostra cinco funcionárias que estavam de férias e/ou licença.

O contato com as participantes se deu face a face individualmente, momento em que foram explicados os objetivos da pesquisa, assim como apresentado o conjunto de dados coletados anteriormente, sobre os registros das prescrições de enfermagem e prescrições médicas.

Todas aceitaram participar da pesquisa, assim como autorizaram a gravação das entrevistas.

O Quadro 1 apresenta a caracterização das participantes:

3. Material e Método

Idade	Tempo de atuação na área pediátrica	Classe Profissional
53 a	12 anos	Enfermeira
36 a	6 meses	Enfermeira
27 a	4 anos	Enfermeira
47 a	20 anos	Enfermeira
34 a	9 anos	Técnica de Enfermagem
42 a	1 ano	Técnica de Enfermagem
43 a	10 anos	Técnica de Enfermagem
49 a	25 anos	Técnica de Enfermagem
45 a	5 anos	Técnica de Enfermagem
50 a	4 anos	Técnica de Enfermagem
50 a	9 anos	Técnica de Enfermagem
27 a	3 meses	Técnica de Enfermagem
33 a	14 anos	Técnica de Enfermagem
50 a	33 anos	Auxiliar de Enfermagem
43 a	17 anos	Auxiliar de Enfermagem
53 a	14 anos	Auxiliar de Enfermagem
49 a	16 anos	Auxiliar de Enfermagem
52 a	20 anos	Auxiliar de Enfermagem
46 a	13 anos	Auxiliar de Enfermagem
43 a	25 anos	Auxiliar de Enfermagem
49 a	24 anos	Auxiliar de Enfermagem
60 a	35 anos	Atendente de Enfermagem

Quadro 1 - Caracterização das funcionárias da UIP participantes do estudo.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora em duas etapas. A primeira etapa, caracterizada como levantamento de diagnóstico e por meio da análise documental dos prontuários. A segunda representada pela realização das entrevistas semiestruturadas.

A análise documental é uma técnica de pesquisa que tem como fonte documentos diversos que são analisados para que deles sejam extraídas informações e indicações relativas ao objeto de estudo (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

Essa etapa foi realizada de maneira retrospectiva. Os prontuários analisados eram referentes às hospitalizações de agosto a outubro do ano de 2016, período selecionado de forma que possibilitasse a apresentação da análise desses dados no momento da entrevista individual com as participantes.

Os critérios de inclusão utilizados para a análise foram: prontuários de crianças que estiveram hospitalizadas na UIP por no mínimo 48 horas durante o período da coleta. Os prontuários das crianças que foram a óbito foram excluídos da amostra.

Cada prontuário foi analisado até a alta ou o 7º dia de internação, o que ocorresse primeiro. Além disso, após a realização do teste piloto com cinco prontuários, foi acrescentado ao instrumento de coleta o turno referente a cada registro em prontuário.

Para a coleta, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE C) que continha dados de identificação da criança como: iniciais do nome, data de nascimento, idade, sexo, diagnóstico, tempo de internação e número do prontuário. O instrumento também possibilitou analisar o registro da dor como 5º sinal vital; o registro da dor nas prescrições médicas e de enfermagem; a analgesia prescrita pela equipe médica e a analgesia realizada pela equipe de enfermagem.

O segundo momento da coleta teve como foco compreender a percepção da equipe de enfermagem a respeito da avaliação e registro da dor pediátrica na UIP. Para essa etapa foi elaborada uma entrevista individual semiestruturada (APÊNDICE D).

A entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo, tendo por objetivo a construção de informações relevantes a um objeto de pesquisa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e podem ser classificadas, sendo a entrevista semiestruturada aquela que obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por seguir esse roteiro, a entrevista facilita a abordagem e assegura que suas hipóteses, ou seus pressupostos, serão contemplados na conversa (MINAYO, 2014).

Para a realização das entrevistas, a pesquisadora realizou contato prévio comunicando sobre a realização da pesquisa e convidando as funcionárias da UIP a participarem do estudo. As entrevistas foram realizadas em horário de trabalho das participantes, sendo a UIP cenário das mesmas. Durante o momento da entrevista

estavam presentes a pesquisadora e a participante de modo individual em sala privativa para o momento.

O instrumento elaborado compunha-se de dados de identificação (nome, idade, categoria profissional, tempo de atuação na área pediátrica) e seis questões que contemplaram a naturalização da dor por parte dos profissionais; o reconhecimento da dor como sinal vital; o conhecimento frente as escalas de avaliação e a escolha do tratamento para alívio da dor. Foi realizado um teste piloto do instrumento sem necessidade de modificações do mesmo.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital, após autorização das participantes, sendo assegurada a exclusão do material após transcrição das mesmas. Para garantir a privacidade e o sigilo das informações, as entrevistadas tiveram seus nomes substituídos pela abreviação da classe profissional seguido de número, seguindo uma ordem crescente conforme a realização das entrevistas.

As participantes, em sua totalidade, já conheciam a pesquisadora, o que facilitou o contato e disponibilidade na abordagem e realização das entrevistas.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados da primeira etapa da pesquisa foi utilizado o *Software Microsoft Office Excel 365*. A análise da primeira etapa foi utilizada como diagnóstico da unidade, além de fornecer informações descritivas e sendo material para embasar a segunda etapa da coleta.

Foi criada uma planilha pela pesquisadora onde os dados foram organizados e realizadas inferências sobre os mesmos.

Os dados coletados dos prontuários foram subdivididos em:

- Gênero.
- Faixa etária.
- Analgesia prescrita pela equipe médica.
- Registro da dor em prescrição médica.
- Registro da dor como 5º sinal vital.
- Registro da dor em anotação de enfermagem.

Para a análise da segunda etapa, optou-se pela *Análise Temática* que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença tenha algum significado para o objeto analítico visado (MINAYO, 2014). No estudo, a análise foi dividida em três etapas: *Pré-análise*; *Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*.

A *Pré-Análise* ocorreu com a organização das entrevistas e com a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. Foi realizada a *leitura flutuante*, na qual houve contato direto e intenso com o material de campo. Após essa leitura, o material foi analisado respondendo algumas normas de validade qualitativa: a exaustividade; representatividade; homogeneidade e pertinência (MINAYO, 2014).

Na fase de *Pré-Análise* foram determinados: a unidade de registro; a unidade de contexto; os recortes do material; a forma de categorização; a modalidade de codificação (MINAYO, 2014).

A segunda etapa da análise, a *Exploração do Material*, consistiu em um momento de busca das categorias para alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Por fim, como etapa final da análise, chegou-se ao *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*. Nesse momento, foi elaborada uma síntese interpretativa que dialoga com os temas e os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2014).

4. Resultados e Discussão



Os resultados deste estudo são apresentados em forma de manuscrito científico, apresentados a seguir:

Manuscrito: O manejo da dor pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência estressante, considerada um problema de saúde global. Mesmo com os avanços nas evidências científicas sobre a dor pediátrica, as crianças ainda são consideradas como o grupo mais vulnerável e exposto às experiências dolorosas durante a hospitalização (STEVENS et al., 2011).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano" (IASP, 1994). A dor é sempre subjetiva, pois cada indivíduo aprende a aplicação do termo através de experiências relacionadas às lesões prévias (WILLIAMS; CRAIG, 2016).

A dor implica em repercussões orgânicas, como prejuízos psíquicos, sociais, econômicos, além de físicos (RIBEIRO; BARRETO; HORA; SOUSA, 2011). Pode-se definir como dor aquilo que a pessoa relata e que existe quando ela diz existir (LOESER; TREEDE, 2008). Inclui três componentes: o quantitativo, o qualitativo e o afetivo. Além disso, outros fatores como ansiedade, cultura, saúde e desenvolvimento estão relacionados à dor (WHO, 2012).

Considerando a dor como um fenômeno multidimensional e levando em consideração a valorização da queixa e sua subjetividade no cuidado humanizado, incluiu-se a dor como 5º sinal vital a fim de amenizar o sofrimento e assegurar uma melhor assistência ao paciente (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

A criança com dor pode estar exposta a uma desestabilização dos demais sinais vitais (SSVV) e a verificação da dor como 5º sinal vital possibilita a identificação de sinais de desconforto e instabilidade. Porém, na maioria dos casos, observa-se que a avaliação e o controle da dor ainda não estão incorporados na rotina da equipe de enfermagem, visto que apenas a verificação clássica dos SSVV ocorre de maneira institucionalizada (ARAUJO; ROMERO, 2015).

Na unidade de internação pediátrica (UIP) em questão, a dor já é padronizada como 5º sinal vital desde 2007 e um estudo realizado na instituição após a padronização, com 188 participantes entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, mostrou que 79,3% avaliavam a dor junto aos demais SSVV; 12,8% verificavam às vezes e 6,9% apenas quando o paciente referia dor. Porém, 82,4% referiram não utilizar a escala ao avaliar a dor, e sim, descritores verbais como leve, moderada e intensa (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

Assim como os demais SSVV, a dor necessita ser avaliada de maneira sistemática, utilizando instrumentos que permitam identificação de alterações e seu manejo adequado. Os instrumentos de avaliação da dor podem ser divididos em quatro tipos: nominais, que servem para nomear, identificar e/ou categorizar; os ordinais, que ordenam de acordo com as características de comparação (dor leve e dor moderada); os intervalares, que permitem comparar diferenças entre as medições; e razão, em que há um zero absoluto e, portanto, permite concluir quanto à magnitude absoluta da medida em questão (CORREIA; LINHARES, 2008).

As crianças possuem particularidades na manifestação da dor, portanto, os profissionais precisam compreender os estágios de seu desenvolvimento e as variações de faixas etárias para poder utilizar instrumentos de avaliação e estratégias de manejo da dor de acordo com essas particularidades (DOCA, 2014; GONÇALVES et al., 2013).

Além de compreender o estágio de desenvolvimento da criança, é preciso que se compreenda as especificidades de fatores causais múltiplos, além da patologia tecidual (HADJISTAVROPOULOS et al., 2011). Pensando nisso, ao longo do tempo e das evoluções da pesquisa, houve a necessidade de uma atualização da definição de dor, sendo ela compreendida como: uma experiência angustiante associada ao dano real ou potencial ao tecido com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais (WILLIAMS; CRAIG, 2016).

Sendo assim, só é possível compreender o fenômeno doloroso da criança hospitalizada a partir do momento em que se entende que a dor é subjetiva, ou seja, cada criança experimenta e expressa de maneira individual. Portanto, cabe à pessoa que está avaliando essa dor, compreender o significado que a criança atribui a própria dor para poder realizar um manejo adequado para cada situação.

Partindo desses princípios, tendo em vista que o manejo da dor está direcionado tanto com quem a sente quanto com quem assiste, existem modelos que buscam compreender a dor na sua multidimensionalidade. Um desses modelos, adotado como marco conceitual desta pesquisa, é o *Social Communication Model of Pain (SCMP)*.

O SCMP foi desenvolvido com o objetivo de compreender o episódio de dor integrando os níveis biológico, psicológico e social. A compreensão do modelo se dá por meio de uma sequência temporal linear de um dano tecidual ou estresse. Diante disso, a experiência da dor pode sofrer inferências a respeito da interpretação da dor, por quem a sente e pela pessoa que pode influenciá-la (CRAIG, 2008).

As decisões sobre o manejo da dor estão relacionadas com a avaliação que o profissional faz diante de uma situação e o papel da equipe de enfermagem no manejo da dor, o que inclui: avaliação, plano de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, registro da dor e implementação e avaliação da resposta do paciente às intervenções (MIFTAH et al., 2017).

Ao registrar os dados, a equipe de enfermagem documenta e permite que a equipe multiprofissional tenha acesso aos mesmos, dando continuidade na assistência ao paciente (TACLA; HAYASHIDA; LIMA, 2008).

Desse modo, os registros contêm informações diárias, sendo o principal veículo de comunicação entre os membros da equipe, além de garantir a continuidade do cuidado ao paciente e servir de suporte administrativo à instituição (CLAUDINO; GOUVEIA; SANTOS, 2013).

Levando em consideração que o manejo da dor envolve desde o momento de sua identificação ao registro de enfermagem, envolvendo os aspectos multidimensionais de quem a sente e do profissional que assiste e da utilização dos instrumentos adequados para a sua avaliação, o presente estudo permeia o questionamento de como o manejo da dor da criança hospitalizada está sendo percebido pela equipe de enfermagem.

Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar os registros da equipe de enfermagem e da equipe médica quanto à avaliação da dor pediátrica, como também o de compreender a percepção da equipe de enfermagem quanto ao manejo

da dor de crianças hospitalizadas à luz do marco conceitual *Social Communication Model of Pain*.

METÓDO

Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa realizada na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital universitário estadual, público e de nível terciário no sul do Brasil.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira teve por objetivo realizar um diagnóstico acerca dos registros da equipe de enfermagem e médica quanto ao manejo da dor da criança hospitalizada. A análise documental dos registros foi retrospectiva referente ao período de agosto a outubro do ano de 2016.

Um instrumento elaborado para caracterizar a criança hospitalizada e analisar o registro da dor como quinto sinal vital; o registro da dor em prescrição médica; o registro da dor em anotação de enfermagem, a analgesia prescrita e a analgesia realizada pela equipe de enfermagem.

Foi realizado um teste piloto com cinco prontuários e, em seguida, iniciou-se a coleta, sendo que cada prontuário foi analisado por sete dias ou até a alta dentro do tempo de hospitalização de cada paciente. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram os prontuários de crianças que estiveram hospitalizadas na UIP por no mínimo 48 horas e excluídos da amostra os prontuários de crianças que foram a óbito e aqueles em que os registros não foram localizados.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora. Para a análise dos dados foi utilizado o *Software Microsoft Office Excel*, no qual foi criada uma planilha pela pesquisadora, onde os dados foram organizados e realizadas as inferências sobre os mesmos.

Para a segunda etapa da pesquisa, foi elaborado um instrumento que se compunha de dados de identificação (nome, idade, categoria profissional, tempo de atuação na área pediátrica) e seis questões que contemplaram a naturalização da dor por parte dos profissionais; o reconhecimento da dor como sinal vital; o conhecimento frente as escalas de avaliação e a escolha do tratamento para alívio da dor. Foi realizado um teste piloto do instrumento sem necessidade de modificações do mesmo.

As participantes foram abordadas individualmente, momento em que foram explicados os objetivos da pesquisa, assim como apresentado o conjunto de dados coletados anteriormente sobre os registros nas prescrições de enfermagem e nas prescrições médicas. Todas as participantes aceitaram participar e assinaram o TCLE, autorizando inclusive a gravação das entrevistas.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, por questão de sigilo e privacidade, os nomes foram substituídos pela abreviação da classe profissional seguido de número, seguindo uma ordem crescente conforme a realização das entrevistas.

Para a análise dos dados, optou-se pela utilização da *Análise temática* na qual, após a leitura exaustiva do material, emergiram unidades de significação e núcleos de sentido que significaram algo frente ao objeto analisado. Foram seguidas as três etapas da análise dos dados: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

Neste estudo, as entrevistas foram organizadas e estruturadas para identificar as ideias e aspectos relevantes, ou seja, o significado das percepções da equipe de enfermagem, resultando em três temas: naturalização da dor na criança hospitalizada; responsabilização da enfermagem diante do 5º sinal vital; manejo da dor.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, pautado na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Obteve parecer favorável nº 1.816.082, CAAE 61380316.5.0000.52.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À DOR PEDIÁTRICA

Os 80 prontuários investigados mostraram que 56% (n=45) das crianças hospitalizadas no período selecionado eram do sexo masculino e 44% (n=35) eram do sexo feminino. Em relação à idade, variou entre 29 dias a cinco anos de idade, em ambos os sexos. A média de tempo de internação foi de cinco dias e os diagnósticos mais prevalentes foram: recém-nascidos pré- termo (RNPT) (n=16) e lesões e consequências de causas externas (n=11).

Para que a avaliação da dor fosse fidedigna e incorporada à rotina da equipe de enfermagem, optou-se pela instituição de duas escalas de avaliação da dor pediátrica a fim de abranger a clientela atendida na UIP. Diante disso, foram instituídas a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) e Escala de Faces adaptada por Claro.

A partir da padronização das escalas e do novo impresso de prescrição de enfermagem, a equipe foi capacitada para a utilização dos mesmos.

Das 360 prescrições de enfermagem avaliadas, verificou-se que 90% (n=324) apresentavam a dor como zerada ou em branco. Deste número, 57% (n=205) apresentavam registro de episódio de dor em anotação de enfermagem, sendo administrada medicação conforme prescrição médica.

Baseado nos dados levantados, verificou-se que mesmo com a implantação da avaliação da dor como quinto sinal vital há 10 anos na UIP, o espaço dedicado a esse registro na prescrição de enfermagem não tem sido utilizado de maneira adequada, visto que a dor está presente em muitas anotações de enfermagem, porém, não registrada junto aos demais sinais vitais.

Um estudo realizado na UIP no ano de 2011, verificou que da análise de 385 prontuários de crianças hospitalizadas, 51,4% não tiveram a intensidade de sua dor quantificada (CANDIDO; TACLA, 2015). Corroborando com esse achado, um estudo realizado por Stevens (2012) em um hospital canadense, verificou que em 24 horas, não houve documentação da avaliação da dor.

A falta de registro da dor não permite que a equipe de enfermagem não está sensibilizada com a dor pediátrica da criança hospitalizada, porém, interfere diretamente na continuidade do cuidado e pode significar que não houve manejo ou que a equipe não vê razão para a documentação da dor (SILVA, 2014).

Em uma revisão de literatura realizada nas bases CINAHL, Medline e a British Nursing nos últimos 15 anos por Twycross (2010) foi verificado que a prática adequada da gestão da dor não está diretamente relacionada com o nível educacional, com a idade dos profissionais ou com os anos de experiência. A mudança da prática clínica está ligada à cultura organizacional, como a utilização de ferramentas de avaliação, a padronização na utilização de drogas analgésicas, pôsteres explicativos e capacitações (TWYXCROSS, 2010).

Baseando nesse levantamento e no Modelo de Comunicação Social da Dor (MCSD), o conhecimento que o profissional traz consigo e as crenças que ele possui sobre o conceito de sinal vital, interferem diretamente na interpretação e valorização que o mesmo irá fazer diante da avaliação e documentação da dor. Pois, muitas vezes, o profissional compreende a importância do alívio da dor, porém não a relaciona como um sinal vital (CRAIG, 2008).

Além disso, Twycross (2010) afirma que a alta rotatividade de funcionários em uma unidade de internação dificulta a adesão da equipe aos protocolos e escalas instituídas. Tendo essa informação como base, o fluxo de funcionários na UIP está elevado devido a uma das formas de contratação dos mesmos em que o profissional não apresenta vínculo trabalhista, dificultando a incorporação das práticas da unidade.

Em relação as 360 prescrições investigadas, por vezes, continham mais de uma opção analgésica e verificou-se que 80% (n=288) continham dipirona, 75% (n=270) paracetamol, 25% (n=90) apresentavam opioides (morfina e tramadol), 2% (n=7) cetamina e 2,7% (n=10).

Vale ressaltar que RN e crianças portadoras de encefalopatia crônica não evolutiva, não apresentavam analgesia prescrita, ou seja, a maioria das prescrições médicas tinha como analgésico principal a dipirona.

Em contrapartida a esse achado, nas diretrizes sobre o tratamento farmacológico da dor em crianças (WHO; 2012), houve uma atualização da escada analgésica, recomendando-se o uso do tratamento analgésico em dois passos de acordo com o grau de gravidade da dor da criança.

Essa estratégia consiste em uma escolha de categoria de medicamentos analgésicos de acordo com o nível de intensidade da dor na criança: para crianças avaliadas com dor leve, o paracetamol e o ibuprofeno devem ser considerados como primeiras opções; já as avaliadas com dor moderada a grave, a administração de um opioide deve ser considerada (WHO 2012).

Tanto o paracetamol quanto o ibuprofeno estão amplamente disponíveis em formas farmacêuticas apropriadas para crianças, como líquidos orais e são relativamente baratos e ambos são padronizados na UIP. A morfina é o medicamento de escolha para o segundo passo, embora outros opioides devem ser considerados e disponibilizados para garantir uma alternativa a morfina no caso de efeitos colaterais intoleráveis (WHO, 2012).

Porém, levando em conta que a administração da analgesia é considerada a última etapa da sequência linear proposta pelo Modelo de Comunicação Social da Dor, para que a escada analgésica possa ser seguida conforme recomendada é preciso que a intensidade da dor seja avaliada de maneira padronizada por toda a equipe, utilizando instrumentos de avaliação adequados e possibilitando a caracterização da dor dentro dos níveis propostos na escada analgésica.

Em relação às prescrições médicas sem analgesia prescrita, reforça a importância da escolha adequada do instrumento de avaliação da dor pediátrica, levando em conta as particularidades de cada população pediátrica, pois as mesmas podem interferir diretamente no processo de codificação na sequência linear da dor (BREAU; BURKITT, 2009).

O MANEJO DA DOR NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Das 24 colaboradoras entrevistadas, 15 atuavam há mais de 10 anos na área pediátrica e a média de idade entre elas foi de 46 anos, demonstrando experiência na enfermagem pediátrica. Porém, a faixa etária e o tempo de atuação não foram fatores que interferiram na avaliação da dor, tendo em vista que mesmo as funcionárias que já acompanham a instituição da dor como quinto sinal vital na UIP, contribuíram para a não documentação da avaliação da dor, evidenciando que a cultura organizacional prevalece frente ao tempo de atuação desse profissional.

Tema 1- Naturalização da dor na criança hospitalizada

A naturalização da dor traduz a percepção que cada profissional traz consigo, seus valores e objetivos, podendo estar associada com a formação profissional e/ou experiências anteriores que marcaram sua trajetória.

Quando questionadas sobre a presença da dor durante a hospitalização, algumas profissionais acreditam que o fato de a criança estar hospitalizada faz com que seja natural a presença da dor, seguindo o raciocínio de que se a criança está internada, conseqüentemente sentirá dor. Porém, acreditar que a dor é natural não torna o profissional cruel, mas corrobora o que o Modelo de Comunicação Social da Dor afirma de que as crenças do profissional interferem diretamente no processo de decodificação da dor.

Se ela está internada é porque ela tem algum problema de saúde...provavelmente ela vai ter alguma dor (AUX04).

O mínimo possível... mas tem certas dores que foge do controle da gente (TEC08).

Sim, dependendo do que ela tiver, se isso for motivo para dor, sim (AUX02).

Por outro lado, alguns participantes do estudo relataram acreditar que a criança hospitalizada não deve sentir dor porque os profissionais tomarem medidas e a instituição fornecer o necessário para ela não sentir dor.

Não, de maneira alguma. Se ela está no hospital não é para sentir dor (TEC09).

Eu acho que é assim, uma preocupação que a gente tem é de que a criança internada não pode sentir dor. Tem uma criança internada no hospital com toda infraestrutura, não pode deixar (ENF04).

Embora a dor seja subjetiva, a atividade comportamental permite inferências observadoras. As demonstrações de dor das crianças acarretam reações espontâneas nos observadores, assim como o potencial de empatia e julgamento clínico (WILLIAMS; CRAIG, 2016).

Naturalizar ou não a dor vai além do ser empático, permeia atos, comportamentos, crenças e atitudes do profissional de enfermagem que precisa estar sensível ao sofrimento da criança e compreender que ela pode reagir fisicamente e emocionalmente ao processo doloroso (SILVA et al, 2014).

Além dos fatores externos, as características individuais, as experiências prévias, a ansiedade, desempenham um papel fundamental no processo doloroso da criança (CARLINO; BENEDETTI, 2016). Esses fatores se misturam aos intrínsecos do observador que, muitas vezes, não reconhece a dor da criança por acreditar que, naquele momento, ela não deveria sentir a dor na intensidade que está relatando.

Tema 2- Responsabilização da enfermagem diante do 5º sinal vital

A avaliação da dor como 5º sinal vital foi padronizada na instituição com o intuito de incorporar a rotina da equipe de enfermagem, visto que a presença da dor pode desencadear alterações fisiológicas no paciente.

A verificação dos sinais vitais, minimamente quatro vezes ao dia, permite ao profissional uma evolução do paciente. A verificação da dor possibilita avaliar a criança tanto no momento em que se encontra com dor, assim como quando a dor é inexistente, identificando parâmetros e resolubilidade das estratégias utilizadas.

Ao questionar sobre o reconhecimento da dor como 5º sinal vital, e embora grande parte das participantes sejam colaboradoras que atuam na área pediátrica há mais de dez anos, os relatos demonstraram a não priorização da avaliação da dor como quinto sinal vital, referindo a sobrecarga de trabalho e as demais tarefas como prioridade.

Sim, eu tenho feito. Vou ser bem sincera. Ultimamente tenho deixado a desejar porque está muito corrido. Você não tem tempo para nada, você pega um ali, você medica o outro. Aí no automático, como você viu os sinais vitais antes, aí você colocou zero. Porque assim, eu estava na enfermaria, então para mim, o mais importante é medicar, correr atrás da medicação [...] um chora com dor e aí você troca o curativo. Agora que você perguntou, eu deixei passar batido (AUX01).

A priorização de outras tarefas frente ao manejo da dor pediátrica relatado nas falas das entrevistadas caracteriza uma sobrecarga no processo de trabalho que pode estar associado as condições de trabalho e ao dimensionamento de pessoal inadequado, o que dificulta que a equipe esteja coesa e que realizem uma assistência adequada.

O cuidado de enfermagem focado no cumprir tarefas, deixa de lado a significação no cuidado de enfermagem na perspectiva de apresentar zelo, atenção, solicitude (VALE; PAGLIUTA, 2011). Pensar no cuidado de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica remete a olhar para a criança na sua integridade e compreender que a avaliação da dor precisa ser uma prioridade.

Em outro relato, o profissional refere que tem conhecimento sobre a avaliação da dor como 5º sinal vital, porém, realiza a avaliação e o registro apenas quando a criança apresenta algum sinal de dor.

Dentro do hospital sim, é porque é assim, sempre que nos é solicitado, a gente toma uma providência, então acho que sim. E aí eu anoto nas duas prescrições, eu às vezes não anoto atrás não [espaço dedicado a anotação dos sinais vitais], mas na frente eu sempre anoto. Só anoto quando ela teve dor mesmo. A gente até sabe que precisa anotar na hora dos outros sinais, mas é muita demanda aqui (AUX02).

A avaliação da dor é necessária antes de procedimentos dolorosos para determinar a condição do paciente. Após o procedimento é importante para avaliar a eficácia das estratégias de seu manejo (LEE et al., 2014). Porém, é necessário que o profissional de enfermagem compreenda a importância de avaliar a dor da criança também nos períodos em que ela não esteja apresentando dor.

Pensar na prioridade no cuidado é compreender que o papel da equipe de enfermagem vai além da administração do analgésico, é a compreensão da multidimensionalidade da dor de quem a sente e daquele que a assiste. É ressignificar o cuidado de enfermagem à criança com dor no sentido de zelar pelo seu bem-estar tornando a hospitalização menos traumática (CARLINO; BENEDETTI, 2016).

Tema 3- Manejo da dor

O manejo da dor pediátrica inclui desde o reconhecimento da dor até o momento em que o profissional define quais estratégias deve utilizar para o alívio da mesma. Para que essa sequência de eventos possa ser realizada de maneira adequada, o profissional de enfermagem necessita compreender a importância do seu papel nesse processo e o quanto ele está preparado para realizar esse manejo (SEKHON et al., 2017).

Esse preparo está relacionado aos conteúdos transmitidos, capacitações institucionais e conhecimentos prévios. Porém, também está vinculada à percepção e valorização que o profissional atribui à dor.

Os seguintes relatos frente as questões referentes a identificação e alívio da dor, demonstram uma sequência de diferentes percepções desde o momento da observação do fenômeno doloroso até a escolha da estratégia a ser utilizada. Pode-se observar que não há uma conscientização da dor como sinal vital, perpassando pela ideia do registro apenas em momentos de dor e finalizando com a escolha da estratégia farmacológica.

“Não, a gente observa, digamos que não com essa consciência de que é o 5º sinal vital, mas a gente observa, dá valor a isso, é claro” (TEC08).

“Eu anoto na hora dos sinais vitais ... porque geralmente a criança está tranquila e quando ela sente dor, aí eu coloco se é um, dois, três, o grau de dor” (AUX05).

“Sim. Para mim sim. Como eu não faço medicação, eu chamo a colega e pergunto se ela [a criança] tem algum remedinho para dor” (ATE01).

Um manejo adequado da dor inicia-se com a avaliação e compreensão dos problemas levando em consideração a singularidade do paciente. Um estudo realizado em Mekelle, com 261 enfermeiros de três hospitais públicos, mostrou que 88,8% acreditam que é importante avaliar e documentar a dor, enquanto 11,2% acreditam não ser importante. Porém, 72% relataram não realizar a avaliação utilizando protocolos e escalas padronizadas, e atribuíram esse fato à falta de treinamento e experiências prévias com crianças hospitalizadas (MIFTAH et al.,2017).

Dessa mesma maneira, a equipe de enfermagem da UIP acredita na importância da avaliação e documentação da dor, porém sua prática é fundamentada em seus próprios costumes, crenças e atitudes em detrimento do conhecimento científico disponível.

O profissional modifica e incorpora mecanismos próprios de avaliação da dor, porém, ele também precisa levar em consideração os instrumentos já padronizados para a avaliação da dor pediátrica, para que não resulte em manejo inadequado.

“Tenho utilizado assim, a criança fica chorosa, incomodada. É mais para criança pequena. Quando ela é maiorzinha, ela mesmo fala para gente” (TEC02).

“Como são os bebezinhos mesmo, a gente vê pelo comportamento deles. Quando eles se mexem muito, se torcem, eles ficam muito inquietos. Mais pela irritação deles mesmo. Quando está com dor, está com febre, aí já vai tudo junto” (TEC04).

“Tipo assim, com uma criança maior você pergunta, você está com pouca dor, com média dor ou com bastante dor? Aí você avalia mais ou menos... Pouca dor é menos de cinco, aí média dá uns cinco; aí bastante você coloca 10” (ENF02).

Embora os exames clínicos ajudem na avaliação diagnóstica e na evolução dos pacientes, recomenda-se o uso de instrumentos validados especificamente para a avaliação da dor. Na área pediátrica existem instrumentos validados e disponíveis, que englobam parâmetros comportamentais e fisiológicos com medidas observacionais e avaliações para múltiplos informantes (LINHARES et al.,2014).

Conforme o MCSD proposto por Craig (2008), a dor é um fenômeno multidimensional e, por isso, além dos instrumentos de avaliação padronizados, é preciso levar em consideração o sentido que o profissional atribui à dor.

Eu acho que falta treinamento, falta um pouquinho mais de como entender as escalas, porque assim, elas [equipe de enfermagem] têm muito da experiência de trabalho mesmo, sabe que tem alguma alteração. Mas falta treinamento pra conseguir diagnosticar a dor (ENF04).

Um estudo realizado na UIP em 2015 observou que, durante os anos subsequentes, com a implantação da dor como sinal vital, foram feitas inúmeras capacitações para a utilização dos instrumentos. Porém, os profissionais permanecem justificando a não utilização pelo fato de não terem conhecimento (BLASI et al., 2015).

Dessa mesma maneira, Stanley e Pollard (2013) afirmam que os anos de experiência não demonstram relação com o nível de conhecimento de manejo da dor. Portanto, instituir uma escala de avaliação e capacitar o profissional não significa que o mesmo irá compreender sua importância e colocá-la em prática. Faz-se necessário sensibilizar a equipe para criar uma cultura organizacional da dor como sinal vital.

Com uma avaliação fidedigna da dor é possível optar pelo tratamento adequado, levando em consideração as particularidades de cada criança. Diante dos relatos pode-se observar que a equipe de enfermagem utiliza critérios próprios para a escolha do tratamento e que em sua totalidade, citam as medidas farmacológicas.

Se uma criança que não é pós-operatório, eu começo com dipirona. Se é uma criança que está no pós-operatório imediato, eu já acho que tem que ser uma dose assim de morfina ou tramal que está prescrito a critério médico. Aí você chama a enfermeira e questiona se pode fazer ou não. E se o médico diz que não, aí você vai para o paracetamol. É esse o critério (TEC011).

Eu faço sempre o mais simples. Se é uma criança mais simples, se não está escrito o que é pra começar. Aí se tiver, eu faço conforme está prescrito. Por exemplo, hoje tinha prescrito dipirona e morfina para o menino, aí começo pela dipirona primeiro (AUX03).

Começo pelo mais fraco. Se tem uma morfina e uma dipirona, vou fazer a dipirona primeiro. Depois, se não melhorar, a gente faz o mais forte (AUX08).

Começo com paracetamol, aí a dipirona e, no último caso, a morfina. A morfina é mais forte, bem mais forte (TEC10).

Muitas vezes, diante da queixa de dor, o profissional de enfermagem recorre apenas à prescrição médica deixando de ter uma visão holística da situação e de utilizar outras estratégias para promover o alívio e conforto da criança (BLASI et al., 2015).

Considerando que a dor é um fenômeno multidimensional, assim também deve ser seu tratamento, associando terapias farmacológicas e não farmacológicas sempre que possível (CANDIDO; TACLA, 2015).

Assim como nos relatos deste estudo, a OMS (2012) recomenda a utilização do paracetamol, porém, como já dito anteriormente, devido à reestruturação da escada analgésica, a associação para dores leves seria de paracetamol com ibuprofeno.

A OMS também recomenda que sejam utilizadas as estratégias não farmacológicas, o que vem de encontro com o MCSD que afirma que, muitas vezes, o evento disparador da dor pediátrica está intimamente associado com medo, ansiedade e estresse.

Dentre as medidas não farmacológicas mais comumente utilizadas podemos citar métodos de distração, relaxamento e conforto; bolsa de água quente; sucção não nutritiva; carinho; acalanto; atividades lúdicas e conversa explicativa sobre a dor (CANDIDO; TACLA, 2015).

Porém, a cultura organizacional associada a falta de empoderamento por parte dos profissionais remete a escolhas de medidas farmacológicas para o alívio da dor pediátrica.

5. Considerações Finais



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo da dor pediátrica engloba aspectos intrínsecos da criança e do profissional de enfermagem que assiste. A hospitalização é um momento angustiante para a criança e o fenômeno doloroso vem acompanhado do medo, estresse e ansiedade.

O profissional de enfermagem tem papel fundamental no manejo da dor da criança hospitalizada e as suas crenças e valores, associados ao empoderamento profissional, podem ou não resultar em um manejo adequado.

Os resultados deste estudo evidenciam que os profissionais de enfermagem estão sensibilizados com a questão do alívio da dor, porém, a assistência à dor pediátrica precisa ser explorada em uma outra vertente. É necessário que os profissionais sejam ouvidos no sentido de compreender o que a dor representa para eles, qual o significado da instituição da dor como sinal vital em seu processo de cuidar e até que ponto o manejo da dor tem sido uma prioridade dentre as múltiplas tarefas atribuídas.

Ofertar capacitações frente aos instrumentos de avaliação da dor, por mais importante que seja, não é suficiente para alcançar uma continuidade do cuidado no sentido de identificar, avaliar e aliviar a dor da criança hospitalizada. É irrelevante que se façam capacitações meramente formativas, é necessário que a prática profissional seja retomada frente ao olhar e significado que o profissional atribui a ela, é necessário que se compreenda os conceitos que esse profissional traz consigo.

No presente estudo foi possível compreender o quanto a cultura organizacional influencia diretamente na assistência prestada, visto que, instituir uma escala ou protocolo não significa que os mesmos se tornarão significativos ao profissional de enfermagem. Além de ser instituído, é necessário que haja um acompanhamento, uma supervisão por parte dos enfermeiros responsáveis por essa equipe.

A realização de treinamentos esporádicos não contempla a concepção de educação permanente, e a instituição necessita desse modelo de educação para seus colaboradores compreenderem a rotina proposta e poderem expor suas opiniões frente as situações existentes.

Por fim, foi possível observar a fragilidade na articulação entre equipe médica e equipe de enfermagem no manejo da dor pediátrica, visto que a equipe médica também não se co-responsabilizou frente aos registros insuficientes de avaliação da dor na UIP.

Assim como o Modelo de Comunicação Social da Dor trouxe ao estudo, considera-se que para a realização de um manejo da dor adequado é necessário e imprescindível a articulação entre fatores intrínsecos e extrínsecos daquele que sente a dor e daquele que a assiste.

Referências



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. C; ROMERO, B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. **Rev.Dor.** v.16, n.4, p.291-6, 2015.

BLASI, D. G et al. Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v.36, n.1, p.301-310, 2015. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18491>>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

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

BREAU, L. M; BURKITT, C. Assessing pain in children with intellectual disabilities. **Pain Res Manag.**, v.14, n.2, p.116-120, 2009. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706648/>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CANDIDO, L. K.; TACLA, M. T. G. M. Avaliação e caracterização da dor na criança: utilização de indicadores de qualidade. **Rev. Enfer. UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.526-32, 2015. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v23n4/v23n4a15.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

CARLINO, E; BENEDETTI, F. Different contexts, different pains, different experiences. **Neuroscience**, v.53, n.1, p.19-26, 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26827944>>. Acesso em: 04 de fev. 2017.

CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar**. 1993. 60 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

CLAUDINO, H. G; GOUVEIA, E.M.L; SANTOS, S.R. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.397-402, 2013. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a20.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CORREIA L. L; LINHARES M.B.M. Assessment of the behavior of children in painful situations: literature review. **J. Pediatr.** v.84, n.6, p.477-86, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n6/en_v84n6a03.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CRAIG, K. D. The Social Communication Model of Pain. **Canadian Psychology**, v.50, n.1, p.22-32, 2008.

DOCA, F. N. P. **A dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos do Distrito Federal (DF)**. 2014. 163 f. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília-UNB, Brasília, 2014.

DOWELL, D; HAEGERICH, T. M.; CHOU, R.C. D. C. **Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016**. *Jama*, v. 315, n. 15, p.1624-1645, 2016. American Medical Association (AMA). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.1464>>. Acesso em: 10 mai.2017.

ERKUT, Z; YILDIZ, S. The Effect of Swaddling on Pain, Vital Signs, and Crying Duration during Heel Lance in Newborns. **Pain Management Nursing**, Istambul, v. 7, n.5, p.1-9, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779961>>. Acesso em: 22 ago.2017.

FACCIOLI, S. C et al. Punção venosa periférica: o olhar da criança hospitalizada. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 9, n.4, p.1130-1134, 2017. Disponível em:< http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/26_2017.pdf>. Acesso em: 20 mar.2017.

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

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

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

GONÇALVES, B et al. O cuidado da criança com dor internada em uma unidade de emergência e urgência pediátrica. **Rev. Dor**. v.14, n. 3, p. 179-83, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-00132013000300005&lng=e&tlng=e>. Acesso em: 10 jun. 2017.

HADJISTAVROPOULOS, T et al. A biopsychosocial formulation of pain communication. **Psychol. Bull**, v.137, n.6, p.910-939, 2011. Disponível em:< <http://psycnet.apa.org/record/2011-11179-001>>. Acesso em: 10 jun.2017.

IASP. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (2ª ed.). **Seattle: IASP Press**, 209-214, 1994.

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

LEE, G.Y et al. Pediatric Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain: A Systematic Review. **Pediatrics**, v.133, n.3, p.500-515, 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24488733>>. Acesso em: 20 ago.2017.

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

LOESER, J.D, TREEDE, R.D. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. **Pain**, v.137, p. 473-477, 2008. Disponível em:<http://journals.lww.com/pain/Citation/2008/07310/The_Kyoto_protocol_of_IASP_Basic_Pain_Terminology_5.aspx>. Acesso em: 15 abr.2017.

MCGRATH, P. J et al. Core outcome domains and measures for pediatric acute and chronic/recurrent pain clinical trials: PedIMMPACT recommendations. **J.Pain**, v.9, n.9, p.771-83, 2014.

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

MIFTAH, R et al. Knowledge and factors associated with pain management for hospitalized children among nurses working in public hospitals in Mekelle City, North Ethiopia: cross sectional study. **BMC Res Notes**, v.10, n.1, p.1-6, 2017. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343394/pdf/13104_2017_Article_2446.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S.F; R. GOMES. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MIRANDA, N.M.V; LEONELLO, V.M; OLIVEIRA, M.A.C. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. **Rev Bras Enferm**. v.68, n.4, 2015.

MITRE, R. M.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.147-154, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100015>. Acesso em: 08 jun. 2017.

- NASCIMENTO, L.A; KRELING, M.C.G.D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.24, n.1, p. 50-4, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100007>. Acesso em: 05 jul. 2017.
- PALERMO T,M. Assessment of chronic pain in children: current status and emerging topics. **Pain Research & Management & Management**. v.14, p.21–26, 2009.
- RIBEIRO, N.C.A; BARRETO, S.C.C; HORA, E.C; SOUSA, R.M.C. The nurse providing care to trauma victims in pain: the fifth vital sign. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.1, p.146-52, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100020&script=sci_arttext&tling=en>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- RODRIGUES, R.M. **Pesquisa Acadêmica**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- SEKHON, K.K; FASHLER, S.R; VERSLOOT, J; LEE, S; CRAIGS, K.D. Children's Behavioral Pain Cues: Implicit Automaticity and Control Dimensions in Observational Measures. **Pain Research and Management**, 2017. Disponível em:< <https://www.hindawi.com/journals/prm/2017/3017837>>. Acesso em: 20 abr.2017.
- SERRANO SC, et al. Peculiarities of neuropathic pain in children. **Rev Dor**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 110-2, 2016.
- SILVA J.A et al. The challenge of pain. **Psychol. Neurosci.**, v.7 n.1, p.1-2, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pn/v7n1/a01v7n1.pdf>>. Acesso em 15 out. 2017.
- SILVA, L. D. G. E. ; TACLA, M T M; ROSSETTO, E. G. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 519-526, 2010.
- STANLEY, M; POLLARD, D. Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy of Nurses in the Management of Pediatric Pain. **Pediatric Nursing**, v.39, n.4, 2013.
- STEVENS BJ, ABBOTT LK, YAMADA J, HARRISON D, STINSON J, TADDIO A, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. **CMAJ**, 2011.
- TACLA MTGM, HAYASHIDA M, LIMA RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. **Rev Bras Enferm**. v.61, p;289-95, 2008.
- TOSTE, S; PALHAU, L; AMORIM, R. Neuropathic Pain in Children. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação I**, v. 27, n.1, 2015.

TWYROSS A. Managing pain in children: where to from here? **Journal of Clinical Nursing**. v.19, p:2090-2099, 2010.

VALE, E.G; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enferm**, v.64, n.1, p.106-13, 2011.

VITOR, A.O; PONTE, E.L. Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.87-96, 2008.

WILLIAMS, A.C.C; CRAIG, K.D. Pain: Updating the definition of pain. **Pain Journal Online**, v.157, n.11, p.2420-2423, 2016.

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

YASTER M. Multimodal analgesia in children. **Eur J Anaesthesiol**. 2010; 27: 851-7.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

Sistematização do manejo da dor de crianças hospitalizadas

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa “**Sistematização do manejo da dor de crianças hospitalizadas**”, a ser realizada na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário de Londrina. Serão aplicados questionários aos participantes com perguntas relacionadas ao manejo da dor. Também serão realizados encontros para discussão e elaboração em grupo, de uma sistematização do manejo da dor pediátrica.

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

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

O presente estudo pode gerar algum desconforto pelo tempo exigido para as entrevistas individuais. Além disso, o(a) senhor(a) poderá sentir-se constrangido devido ao momento da coleta de dados em forma de grupo de convergência. Caso as situações citadas ocorram, nos responsabilizamos em interromper a entrevista e/ou o grupo de convergência e oferecer suporte ao (a) senhor(a).

Os benefícios esperados são: elaborar uma nova sistematização do manejo da dor baseadas em evidências científicas na prática assistencial na unidade pediátrica com o objetivo de quantificar, controlar e aliviar a dor na criança durante a hospitalização.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Enfermeira Stela Cruz Faccioli, no endereço Avenida Robert Koch, 60, Departamento de Enfermagem. Telefone: (43)9147-3895. E-mail: stelafaccioli@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue ao (à) senhor (a).

Londrina, ____ de _____ de 201_.

Stela Cruz Faccioli
Mestranda em Enfermagem
Universidade Estadual de Londrina
RG: 47.923.132-1

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

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu, Stela Cruz Faccioli, brasileira, solteira, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 39762370864, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Sistematização do manejo da dor de crianças hospitalizadas”, a que tiver acesso nas dependências da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Londrina.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

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

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

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

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

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

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

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

Londrina, 10/07/2016

Pesquisadora Responsável

Stela Cruz Faccioli
Mestranda em Enfermagem
Universidade Estadual de Londrina
RG: 47923132-1

APÊNDICE D

Entrevista semiestruturada

Percepção dos profissionais de enfermagem frente ao gerenciamento da dor em uma unidade pediátrica.

Data da entrevista: _____ **Entrevista nº:** _____

Caracterização da população de estudo:

1. Dados de identificação:

a. Nome:

b. Idade:

c. Categoria profissional:

d. Tempo de atuação na área pediátrica:

Manejo da dor pediátrica

2. Você considera aceitável que a criança sinta dor durante a hospitalização?

3. Você considera a dor como 5º sinal vital?

4. Você conhece alguma escala para avaliação da dor pediátrica?

5. Você utiliza alguma escala para avaliação da dor ao aferir os sinais vitais? (Se sim, qual?).

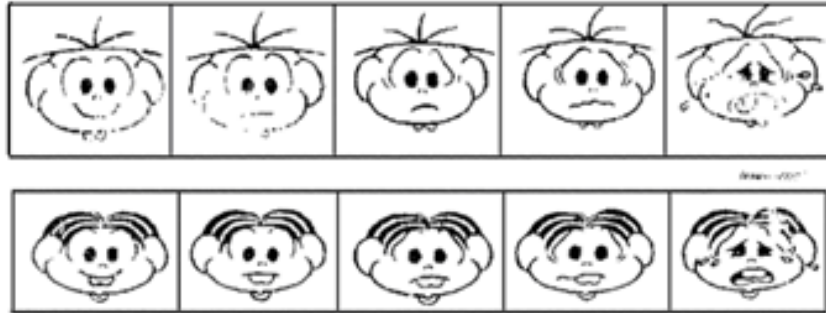
6. Você tem utilizado algum critério para administração da analgesia prescrita em prescrição médica?

7. Você acha relevante a anotação dos sinais vitais no plano de enfermagem?

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE FACES ADAPTADA POR CLARO (1993)

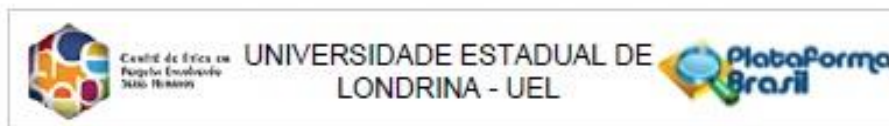


ANEXO B
NEONATAL INFANT PAIN SCALE

Escaia de Dor Neonatal / NIPS	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Expressão Facial	Relaxada	Contraída	*****
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	*****
Braços	Relaxados	Fletidos Estendido	*****
Pernas	Relaxadas	Fletidas Estendidas	*****
Estado de Consciência / Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado e/ou Desconfortável	*****
Pontuação máxima = 7 pontos Considerar presença de dor: > = 3 pontos			

ANEXO C

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: stela cruz faccioli

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61380316.5.0000.5231

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.816.082

Apresentação do Projeto:

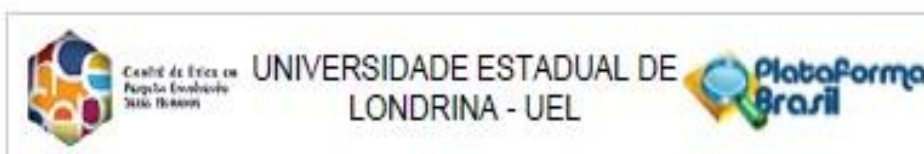
Trata-se de projeto de pesquisa do Programa de Mestrado em Enfermagem. Segundo a pesquisadora responsável, "a dor pode ser diferente para cada criança, não apenas em função da idade, sexo ou nível cognitivo, mas também da sua compreensão do estímulo doloroso. Levando em consideração os pacientes pediátricos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

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora responsável:

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

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455
 CEP: 86.057-070
 E-mail: cep258@uel.br



Continuação do Parecer: 1.016.002

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

avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-070
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: osp268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.016.002

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não existem recomendações a serem feitas neste momento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Endereço: LABESC - Sala 14

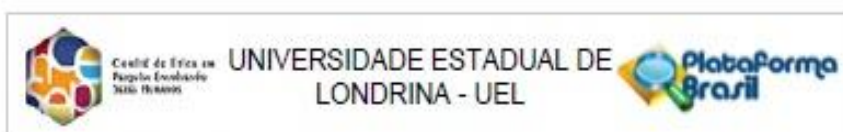
Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep266@uel.br



Continuação do Parecer: 1.816.002

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 10 de Novembro de 2016

Assinado por:
Rosana Lopes
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário CEP: 86 057-070
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (49)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br