



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Amanda Fabíola de Oliveira Spadotto

**Escala para mensurar dor de crianças pré-verbal em unidade de
terapia intensiva pediátrica: pesquisa-ação**

**Botucatu
2021**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Amanda Fabíola de Oliveira Spadotto

**Escala para mensurar dor de crianças pré-verbal em unidade de
terapia intensiva pediátrica: pesquisa-ação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Regina Célia Popim

**Botucatu
2021**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Spadotto, Amanda Fabiola de Oliveira.

Escala para mensurar dor de crianças pré-verbal em
unidade de terapia intensiva pediátrica : pesquisa-ação /
Amanda Fabiola de Oliveira Spadotto. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Regina Célia Popim

Capes: 40403009

1. Unidade de terapia intensiva pediátrica. 2. Cuidados
de enfermagem. 3. Capacitação em serviço. 4. Medição da
dor. 5. Dor em crianças.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Medição de dor;
Pediatria; Treinamento em serviço; Unidade de terapia
intensiva.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus pela vida e por sempre estar no caminho para me guiar;

Aos meus pais, Almir e Maria, por sempre estimularem os estudos e pela colaboração na minha formação;

Aos meus filhos, Matheus, Vitor e Rafael, por compreender minha ausência e por todo o amor que sempre me deram;

Ao meu namorado, Felipe, por entender minha ausência e pelo incentivo nos dias difíceis;

À minha orientadora, Regina, pela paciência e por sempre me estimular nessa jornada;

Ao Hospital das Clínicas de Botucatu, por autorizar esse trabalho, principalmente minha supervisora, Mariele, por compreender meus horários para estudar;

E não menos importante, à toda equipe da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, pela colaboração durante esse período e pela participação de todas

APRESENTAÇÃO

Atuante na área de enfermagem há 20 anos, antecedente à graduação, exerci a função de técnica de enfermagem com maior tempo de experiência em uma unidade de terapia intensiva mista, com ênfase na área de pediatria/neonatologia. Desde a graduação atuo em unidade de terapia intensiva pediátrica.

Ao longo dos anos observei que avaliamos a dor por meios intuitivos ao invés de utilizar qualquer tipo de instrumento que possa avaliá-la em crianças graves, entubadas, que não tem idade para verbalizar a dor ou relatar a intensidade e até mesmo crianças com doenças neurológicas que possuem déficit cognitivo.

Percebi que a unidade de terapia intensiva pediátrica necessita de um instrumento que melhore a avaliação e manejo da dor.

Sendo assim, após buscar por um instrumento que abrangesse o contexto desejado, que não somente fornecesse a situação de dor, mas sim a intensidade em conjunto com a observação visual, optei por utilizar duas escalas que pudessem atender a estes critérios.

As escalas foram utilizadas por todas as enfermeiras da unidade e uma técnica de enfermagem, todas convidadas, para avaliar qual das duas escalas adequou-se melhor com a rotina da unidade.

Esse estudo se faz necessário visando melhorar a assistência da dor em crianças internadas na unidade de terapia intensiva, utilizando a metodologia da pesquisa-ação, viabilizando assim um treinamento com a equipe de forma que tenha melhor adesão do instrumento no local.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Versão Brasileira da Behavioral Pain Scale.....	14
Figura 2	Ferramenta de avaliação de dor comportamental FLACC (FLACC Behavioral Pain Assessment Tool.....	15
Figura 3	Escala FLACC (Face, legs, activity, cry, consolability.) Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala FLACC em crianças.....	16
Figura 4	Escala FLACCr - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised (FLACC-R) Versão final em português falado no Brasil...	17
Figura 5	Escala visual numérica.....	27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Etapas da intervenção.....	23
Quadro 2	Caracterização dos participantes por idade, sexo e função, Botucatu/SP, 2020.....	25
Quadro 3	Tempo de atuação dos participantes na área e tempo de serviço na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Botucatu, 2020.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS

UTI- Unidade de Terapia intensiva

UTIs- Unidades de terapia intensiva

BPS- Behaviour Pain Scale

FLACC- Face, legs, activited, cry, consolability

FLACCr- Face, legs, activited, cry, consolability revised

IASP- International Association for the Study of Pain

VMI- Ventilação mecânica invasiva

VM- Ventilação mecânica

PBE- Prática Baseada em Evidências

COREN- Conselho Regional de Enfermagem

HC- Hospital de Clinicas

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

HCFMB - Hospital de Clinicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

DIR-VI - Diretoria Regional de Saúde VI - Bauru.

Spadotto AFO. **Escala para mensurar dor de crianças pré-verbal em unidade de terapia intensiva pediátrica: pesquisa-ação**, 2021, 47 fls. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação- Mestrado Profissional- Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

RESUMO

Objetivo: Viabilizar a utilização de uma escala para mensurar dor em crianças pré-verbal em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica baseada na técnica de pesquisa-ação onde foi realizado um treinamento sobre a aplicação das escalas Behaviour pain scale e Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised, para todos os enfermeiros e 1 técnico de enfermagem deste serviço. O treinamento teve duração de 60 dias, onde foi realizada uma avaliação do conhecimento sobre a aplicação da escala antes e depois do período de treinamento. A partir dos conhecimentos adquiridos ao final do treinamento uma das escalas foi elegida e disponibilizada para uso na rotina da unidade. **Resultados:** Os enfermeiros e o técnico de enfermagem não estavam seguros em realizar a avaliação da dor em crianças. Faziam a avaliação baseados em parâmetros como sinais vitais, agitação, presença de choro e gemidos. Com o treinamento das escalas e sua aplicabilidade houve ganho de conhecimento e padronização na conduta dos enfermeiros e técnico. Entre as duas escalas apresentadas na capacitação, optaram pela escala FLACCr por possuir mais categorias e descritores, podendo ser utilizada em entubados e extubados, em idade não verbal e em maiores com efeito sedativo. **Produto:** Diante do resultado do estudo elaborou-se um Infográfico: Aplicabilidade da escala FLACCr em crianças pré-verbal internadas em cuidados intensivos. **Conclusão:** A equipe de enfermagem que presta cuidados em práticas baseadas em evidências realizam um cuidado mais seguro e eficaz, sendo assim a escala FLACCr será disponibilizada para a rotina da unidade.

Descritores: Medição de dor, Pediatria, Assistência de Enfermagem, Treinamento em serviço, unidade de terapia intensiva.

Spadotto AFO **Scale to measure pain in pre-verbal children in a pediatric intensive care unit: action research** 2021,47 fls Thesis presented to the Postgraduate Program - Professional Master's Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu,2021.

ABSTRACT

Objective: To enable the use of a scale to measure pain in pre-verbal children in the Pediatric Intensive Care Unit. **Method:** This is a methodological research based on the action research technique where training on the application of the Behavior Pain Scale and Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised scales was carried out, for all nurses and 1 nursing technician. of this service. The training lasted 60 days, where an assessment of knowledge about the application of the scale was carried out before and after the training period. From the knowledge acquired at the end of the training, one of the scales was chosen and made available for use in the unit's routine. **Results:** The nurses and the nursing technician were not sure about performing pain assessment in children. They performed the assessment based on parameters such as vital signs, agitation, presence of crying and moaning. With the training of the scales and their applicability, there was a gain in knowledge and standardization in the conduct of nurses and technicians. Between the two scales presented in the training, they chose the FLACCr scale because it has more categories and descriptors, which can be used in intubated and extubated people, in non-verbal age and in larger ones with sedative effect. **Product:** In view of the results of the study, an Infographic was prepared: Applicability of the FLACCr scale in pre-verbal children hospitalized in intensive care. **Conclusion:** The nursing team that provides care in evidence-based practices provides safer and more effective care, so the FLACCr scale will be available for the unit's routine.

Descriptors: Pain measurement, Pediatrics, Nursing care, In-service training, intensive care unit.

Sumário

INTRODUÇÃO	12
JUSTIFICATIVA.....	19
OBJETIVOS.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
MÉTODO.....	21
TIPO DE PESQUISA.....	21
CENÁRIO DA PESQUISA.....	22
FONTES DE DADOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	22
PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	24
ANÁLISE AVALIATIVA DA AÇÃO.....	24
RESULTADOS	25
DISCUSSÃO.....	31
LIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	32
CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	35
APÊNDICE.....	39
Apendice I - TCLE	39
Apendice II - Questionario Pre Intervenção	41
Apendice III - Questionario Pós Intervenção	42
Apendice IV - Infográfico	43
ANEXO.....	47
Anexo I - BPS	47
Anexo II - FLACCr	48
Anexo III - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	49

INTRODUÇÃO

A dor é conceituada pela International Association for the Study of Pain (IASP) como experiência emocional e sensitiva, causada por lesão real ou potencial aos tecidos, conforme as experiências anteriores da pessoa e é uma sensação individual, com isso a Organização Mundial da Saúde preconiza que pacientes que vivenciam a dor incluindo crianças e devem ser tratados independentes da causa.¹

Nas últimas duas décadas, a American Pain Society estabeleceu a iniciativa "A dor como o quinto sinal vital". Essa proposta consiste na conscientização do profissional sobre a introdução da avaliação da dor, além da mensuração de outros sinais vitais, como pressão arterial, pulso, temperatura e respiração. Essa tarefa de avaliação da dor é indicada para todos os profissionais de saúde que cuidam diretamente de pacientes críticos. A importância dessa rotina nos resultados dos pacientes críticos é comprovada por estudos que relatam seu impacto nas unidades de terapia intensiva. Evidencia-se que o estabelecimento de protocolos de avaliação da dor é responsável pelo melhor manejo da dor, uso mais eficiente de analgésicos e / ou sedativos, diminuição da duração do VMI (ventilação mecânica invasiva) aumento da chance de desmame do VMI, menor risco de pneumonia associada ao ventilador, cateter central infecções relacionadas, infecções do trato urinário e desenvolvimento de bacteremia, menor tempo de permanência na UTI e diminuição de eventos de agitação.²

A avaliação de dor na população pediátrica demanda conhecimento técnico-científico e habilidade prática. É um processo complexo tanto para os profissionais que prestam a assistência quanto para os pesquisadores.³

A percepção da dor é uma qualidade dependente à vida, tratando-se de uma sensação primária e essencial, como qualquer outra sensação natural presente em todos os seres constituídos de sistema nervoso central e com desenvolvimento precoce.⁴

O mito de que as crianças não sentem dor ou sentem menos dor que os adultos ou esquecem rapidamente a dor são falsas afirmações, pelo contrário, a criança é hiperálgica em comparação ao adulto, sendo incapazes de relatar os sintomas e estão mais vulneráveis e dependentes da avaliação da intensidade da dor realizada por quem realiza os cuidados. Na equipe de saúde, o enfermeiro tem um papel importante na avaliação e controle da dor, assumindo a responsabilidade

de avaliar a dor de uma maneira fiel e objetiva.²

A avaliação da dor em crianças é essencial para identificar os danos que causaram essa sensação desagradável e para prestar os cuidados necessários. Essa avaliação nem sempre é fácil, devido às limitações da verbalização de crianças pequenas e às possíveis diferenças individuais na maneira como reagem à dor. Diante dessas dificuldades as escalas observacionais têm sido utilizadas para avaliar a dor, principalmente em áreas como medicina e enfermagem.⁵

Para o melhor manejo da dor é necessário realizar uma avaliação apropriada. A dor na criança é subestimada em razão da falta de ferramentas adequadas para sua avaliação que levem em conta as diferentes fases do desenvolvimento e condições clínicas. O ambiente da UTI pediátrica por si só já estimula a ansiedade. Os procedimentos invasivos são dolorosos e são rotineiros como aspiração traqueal, coleta de sangue arterial, drenagem de tórax, curativos até manipulação nos pós operatórios.⁶

Os métodos para a avaliação do fenômeno dor podem ser divididos em três categorias: medida de respostas fisiológicas da dor, observações comportamentais relacionados à dor e descrições verbais ou escritas da dor e/ou variáveis associadas. Existem medidas da intensidade da dor (unidimensionais) e medidas das múltiplas dimensões da dor (multidimensionais).⁷

A Behavioral Pain Scale (BPS) foi a primeira escala a ser planejada e utilizada em pacientes incapazes de se avaliarem. Os indicadores de dor fisiológicos e comportamentais por si só não específicos da dor, a avaliação requer competência para uma abordagem ampla e objetiva para identificar os fatores que causam a dor.⁸

A BPS foi primeiramente validada em inglês e vários estudos mostraram que a BPS é confiável e reativo. A validação da versão brasileira da BPS obteve índices satisfatórios de consistência, confiabilidade e validade. As correlações não significativas entre intensidade da dor e parâmetros fisiológicos, níveis de sedação e gravidade da doença sugerem que essa ferramenta de avaliação da dor é um poderoso instrumento para identificar a dor em pacientes de UTIs brasileiras.²

De acordo com a figura 1, podemos observar que a BPS apresenta descritores e características que pontuam de 1 a 4 cada característica atribuída. Um ponto a se notar é a dificuldade em adequar a crianças ou pacientes em ventilação espontânea.

Figura 1: Versão Brasileira da Behavioral Pain Scale

Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimentação parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

Fonte: RIBEIRO CJ et al, 2016⁽⁹⁾.

A Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised (FLACCr) é uma adaptação da escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) desenvolvida na Universidade de Michigan, Estados Unidos da América (EUA). A escala mantém indicadores da escala FLACC (expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade) aos quais foram adicionados descritores que incorporam comportamentos específicos de dor de crianças com multideficiência e déficit cognitivo¹⁰. A escala FLACC foi desenvolvida para observar sinais de dor em crianças de idade pré-escolares, mas também costumam ser utilizadas em pessoas que não verbalizam.¹⁰

O desenvolvimento da escala procura reduzir as barreiras existentes na mensuração da dor em crianças. Essa escala é considerada de fácil aplicação e possui boa validação e confiabilidade quando utilizada para mostrar uma modificação nos registros de dor antes e após administração de medicamentos analgésicos em crianças.⁶

A validade do constructo da ferramenta FLACC como medição de dor foi apoiada pelas reduções significativas nos escores após administração de analgésicos.¹¹

Malviya et al., em 2006, revisou a escala FLACC utilizando uma lista de comportamentos como referência, observando e identificando as mais comuns observadas nas crianças e identificou que as categorias não se alteraram, sendo assim adicionou novos descritores para viabilizar o uso.¹²

Figura 2: Ferramenta de avaliação de dor comportamental FLACC (FLACC Behavioral Pain Assessment Tool)

Category	Description	Score
Face	0=No particular expression or smile	0
	1=Occasional grimace/frown, withdrawn or disinterested	1
	2=Frequent/constant quivering chin, clenched jaw	2
Legs	0=Normal position or relaxed	0
	1=Uneasy, restless, tense	1
	2=Kicking or legs drawn up	2
Activity	0=Lying quietly, normal position, moves easily	0
	1=Squirming, shifting back and forth, tense	1
	2=Arched, rigid or jerking	2
Cry	0=No cry	0
	1=Moans or whimpers, occasional complaint	1
	2=Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints	2
Consolability	0=Content and relaxed	0
	1=Reassured by occasional touching, hugging or being talked to, distractable	1
	2=Difficult to console or comfort	2

Fonte: Malviya et al,2006¹².

Em 2009 a escala FLACC foi adaptada em Portugal e em 2013 foi novamente revisada, no Brasil, intitulada como FLACC revised (FLACCr) ou revised FLACC, sofrendo uma ampliação para cinco orientações de aplicação. A escala FLACCr apresenta cinco categorias de avaliação, com escores somados que variam entre zero e dez, sendo classificado de 0 a 3 como dor leve, 4 a 6 dor moderada e de 7 a 10 dor intensa.²

A escala FLACC agrega os indicadores expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade, em que cada um é medido de zero a dois pontos, perfazendo uma pontuação total da que varia entre zero e dez pontos¹³.

A falta da capacidade inerente ao desenvolvimento da criança pré-verbal e a sua condição de saúde, em algumas circunstâncias, impede-a de fazer o auto-relato da sua dor. A avaliação sistemática da intensidade da dor é decisiva para o manejo da dor, desde que isenta de erro. O processo de escolha de uma escala numa instituição não é um processo fácil. Uma avaliação precisa da dor requer que a escala selecionada quantifique a dor e não outra coisa.¹³

Figura 3: Escala FLACC (Face, legs, activity, cry, consolability.)
Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão
Portuguesa da escala FLACC em crianças

Indicador	Descrição
Face	0 nenhuma expressão particular ou sorriso
	1 careta ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse
	2 tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	0 posição normal ou relaxadas
	1 inquietas, agitadas, tensas
	2 aos pontapés ou esticadas
Atividade	0 deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente
	1 contorcendo-se, virando-se pra frente e para trás, tenso
	2 curvado, rígido ou com movimentos bruscos
Choro	0 ausência de choro (acordado ou dormindo)
	1 gemidos ou choramingos, queixas ocasionais
	2 choro persistente, gritos ou soluços, queixas frequentes
Consolabilidade	0 satisfeito, relaxado
	1 tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraído
	2 difícil de consolar ou confortar

Fonte: Batalha LMC et al, 2009¹³.

Alguns autores descrevem a FLACCr como ferramenta de fácil aplicação à beira do leito e discutem a exatidão e sensibilidade de outros instrumentos para aplicação em criança com comprometimento neurológico. O propósito é assistir da melhor maneira possível a população vulnerável. Na ausência da família/cuidador, o profissional assume o compromisso de observar a criança com mais frequência, reconhecendo comportamentos e posturas normais e sinais de alerta.³

A autora da escala original solicitou que o título fosse mantido como se apresenta em inglês (FLACCr), podendo a letra “r” ser inserida no início ou no final do título. Assim, manteve-se a sigla FLACCr para a versão em português falado no Brasil.³

A versão brasileira descreve as características de seus descritores com clareza que acompanhantes e cuidadores podem aplicar a escala, melhorando até o cuidado domiciliar, como podemos observar a seguir.

Figura 4 - Escala FLACCr - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised (FLACC-R) Versão final em português falado no Brasil

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F – Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobranceiras salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado.	Sobranceiras esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face apresentando estresse: expressão assustada ou de pânico.
L – Pernas	Posição normal ou relaxada.	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais.	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas.
A –Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente.	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo: movimentando a cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes.	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial.
C – Choro	Sem choro (acordado ou dormindo).	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais.	Choro regular, gritos, ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes.
C – Consolabilidade	Contente, relaxado.	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração.	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto.
Orientações para a aplicação da escala			
1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez. 2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário. 3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão. 4- A FLACC revisada pode ser utilizada em crianças não verbais. As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala. © 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil-São Paulo, junho de 2013			

Fonte: BUSSOTTI EA, GUINSBURG R, PEDREIRA MLG, 2013 14

Diante do exposto e da importância de se avaliar o grau e a intensidade da dor em pacientes pediátricos, na fase pré-verbal de forma padronizada, pergunta-se: um infográfico sobre aplicação de escala de dor auxilia na assistência diária?

Para responder a essa pergunta, desenhou-se esse trabalho na metodologia de pesquisa – ação em um setor especializado de Terapia Intensiva Pediátrica (APÊNDICE 4)

Justificativa

Este estudo refere-se às fortes evidências de que o profissional quando habilitado para a utilização de uma escala para avaliar dor estará melhor capacitado para o manejo eficaz da dor, prestando uma assistência individualizada e qualificada.

Uma unidade de terapia intensiva necessita de protocolos e instrumentos para um melhor tratamento aos pacientes internados, sendo assim, a escala para avaliar dor beneficia não somente o paciente, mas também o profissional que está prestando a assistência.

OBJETIVO

- Viabilizar a utilização de uma escala para mensurar dor em crianças pré-verbal em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação das escalas BPS e FLACCr em crianças pré escolares, sedadas e com déficit cognitivo;
- Verificar quais dificuldades e/ou facilidades na aplicação das escalas BPS e FLACCr
- Definir qual escala será selecionada para educação continuada em serviço
- Elaborar e disponibilizar a escala para o uso diário.

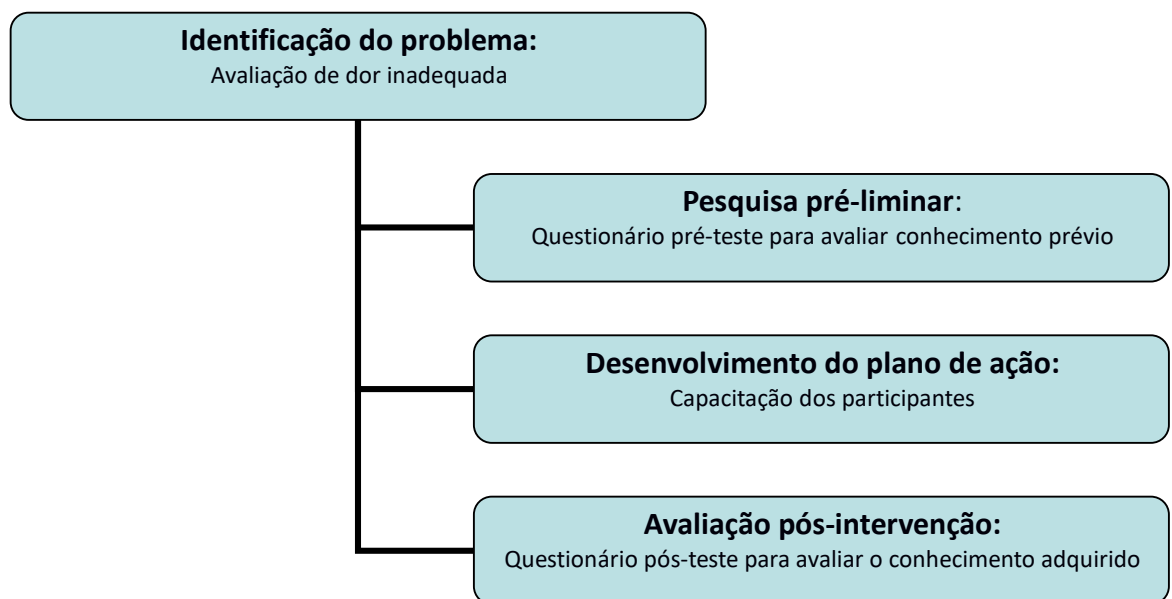
MÉTODO

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa metodológica com estratégia de aplicação da pesquisa- ação, a qual originou-se em 1946 por Kurt Lewin. A pesquisa-ação é um método de pesquisa social que estabelece uma relação com a estrutura coletiva, além de ser participativa e ativa ao nível da capacitação de informações e com o objetivo de retirar o pesquisador do isolamento e juntá-lo à prática.^{15,16,17}

A pesquisa-ação veio para unir a pesquisa à ação/prática, fazendo com que haja uma melhor compreensão da teoria durante a prática.¹⁷

Identificado na unidade a problemática da avaliação de dor com apoio de pesquisa-ação para direcionar a metodologia do estudo, a sequência da metodologia seguiu da seguinte maneira:



A pesquisa-ação pressupõe um ciclo de investigação com quatro fases: Começa com a identificação do problema; o planejamento de uma solução; sua implementação; seu monitoramento e a avaliação de sua eficácia.¹⁸

O conselho regional de enfermagem (COREN), na íntegra, possui a melhor definição para a elaboração desse protocolo, *A assistência de enfermagem sem suporte teórico e padronização adequado favorece o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, problemas legais e*

*éticos aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade.*¹⁹

A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem o potencial para preencher a lacuna entre o que é cientificamente reconhecido como a melhor prática e os cuidados que são prestados aos pacientes. A PBE é uma estratégia de tomada de decisão clínica que integra a melhor evidência científica disponível à expertise clínica do profissional de saúde, aos valores e preferências do paciente e condições locais. Se implementada com sucesso, a PBE pode resultar na melhora da qualidade e segurança da assistência e no uso efetivo de recursos em saúde.²⁰

Cenário da Pesquisa

O presente estudo foi realizado em Hospital Público Universitário, localizado no interior do Estado de São Paulo e vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O hospital possui 500 leitos, destes 57 leitos destinados a Unidades de Terapia Intensiva.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica possui 7 leitos operacionais, atende crianças para tratamento clínico e cirúrgico, de várias especialidades, com 1 enfermeira supervisora, 5 enfermeiras assistenciais, 12 técnicas de enfermagem assistenciais e 1 técnica de enfermagem responsável pelo encaminhamento.

O hospital tem a missão de atender os pacientes dos municípios que compreendem a Diretoria Regional de Saúde VI - Bauru.²¹

Fonte de Dados e Critérios de Inclusão

Foram convidadas todas as enfermeiras assistenciais da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital das Clínicas de Botucatu, totalizando seis enfermeiras e uma técnica de enfermagem para poder identificar se posteriormente também conseguirão aplicar a escala. Foram apresentados os dois instrumentos de avaliação, a escala BPS e a FLACCr, separadamente, com o intuito de aprimorar cada instrumento em uso.

Seguindo os passos metodológico da pesquisa-ação foi executado um Esquema de treinamento em serviço para todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a aplicabilidade das escalas de avaliação de dor, Behaviour pain

scale e Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised. O treinamento teve duração de 60 dias, onde foi realizada uma avaliação do conhecimento sobre a aplicação da escala antes e depois do período de treinamento. A partir dos conhecimentos adquiridos ao final do treinamento, a escala FLACCr foi elegida e disponibilizada para uso na rotina da unidade.

Para melhor organização, um esquema de intervenção foi elaborado para estruturar o processo.

Quadro 1: Etapas da intervenção

(1ª semana)	(8 semanas)	(9ª Semana)
Aplicação do questionário sobre conhecimentos atuais sobre dor (Apêndice 2)	Treinamento em Serviço Sobre a aplicação da escala BPS (Anexo 2) FLACCr. (Anexo 3)	Avaliação dos conhecimentos adquiridos sobre a aplicação das escalas BPS e FLACCr dos profissionais. (Apêndice 3)

Foram realizadas perguntas para caracterizar os participantes como, sexo, idade, tempo de atuação e tempo no local do estudo e questões sobre nível de conhecimento avaliação e manejo da dor em crianças.

Durante a aplicação as dúvidas foram menores do que o esperado, a mais constante foi sobre qual período aplicar e qual momento observar. Observando as aplicações, observei que antes de realizar os cuidados de cada início de turno seria um momento adequado, visando que a criança não está sofrendo influência externa e nenhum tipo de procedimento que possa causar dor no momento da aplicação.

Após, foram orientadas sobre o uso da escala Behavioral Pain Scale (BPS), colocada em uso para aplicação com orientações quando houvesse dúvidas em um período de 30 dias, realizado entre 01 de setembro de 2020 a 01 de outubro de 2020.

Entre os dias 02 de outubro a 14 de outubro de 2020 a unidade de terapia intensiva pediátrica obteve um alto índice de absenteísmo, sendo necessário alterar a data do início da escala FLACCr, que foi reorganizada e teve início no dia 15 de outubro a 15 de novembro de 2020.

O tempo de aplicação das escalas foi modificado, devido o número de internações terem diminuído significativamente durante esse período, devido a

pandemia COVID-19, prejudicando assim a aplicabilidade com necessidade de extensão do tempo de intervenção. Em um primeiro momento a aplicação de cada escala seria de 15 dias, pois no período anual ocorre muita internação em unidade terapia intensiva pediátrica devido a sazonalidade de doenças respiratórias e virais, podendo as escalas serem aplicadas por mais frequência, porém com o isolamento social que ocorreu, o número de internação diminuiu drasticamente, chegando a não ter internações por vários dias.

Ao término da aplicação das duas escalas foi aplicado novo questionário (APÊNDICE 4), sobre a avaliação dos participantes sobre os instrumentos e sobre o conhecimento adquirido, o qual foi realizado ao início do mês de novembro de 2020 devido ao número de absenteísmo e o aumento do número de internações, ocorreu a demora no preenchimento do questionário pós intervenção.

Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE: 29688620.6.0000.5411, respeitando as exigências regulamentadoras. (Anexo 1).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apendice1).

Análise avaliativa da ação

Durante o treinamento sobre as escalas de avaliação de dor em crianças pré-verbal era realizada breves discussões sobre o comportamento da escala e sobre os momentos de aplicação de uma maneira individual devido a necessidade de evitar aglomeração. Na ocorrência de dúvidas ou problemas inesperados a solução era em conjunto com os participantes.

RESULTADOS

Realizei perguntas para caracterizar os participantes da UTI, onde o Quadro 2 demonstra as informações obtidas.

Quadro 2: Caracterização dos participantes por idade, sexo e função, Botucatu/SP, 2020.

	Sexo	Idade	Função
E1	F	40	Enfermeira
E2	F	33	Enfermeira
E3	F	32	Enfermeira
E4	F	32	Enfermeira
E5	F	32	Enfermeira
E6	F	29	Técnica de Enfermagem
E7*	F	45*	Enfermeira*

As participantes são do sexo feminino, em sua totalidade, com idade média de 34 anos e 6 enfermeiras que atuam na área de assistência e 1 técnica de enfermagem.

Durante a realização do pré-teste, E7 foi transferida para a unidade de terapia intensiva pediátrica, decorrente de remanejamento do hospital devido a pandemia do COVID19, da qual estamos vivenciando, os serviços de saúde tiveram que se adequar, promovendo práticas baseadas em evidência para a formação e integração de novos profissionais.²²

Profissionais de grupo de risco (Doenças respiratórias, grávidas, diabéticas, cardiopatas e hipertensas) foram retiradas das unidades de terapia intensiva e pronto socorro sendo relocadas a enfermarias de internação e as enfermeiras destes locais foram selecionadas as unidades para substituição.

Quadro 3: Tempo de atuação dos participantes na área e tempo de serviço na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Botucatu, 2020.

	Tempo de atuação na enfermagem	Tempo que trabalha no setor
E1	10 ANOS	8 ANOS
E2	9 ANOS	3 MESES E MEIO
E3	7 ANOS	7 ANOS
E4	7 ANOS	1 ANO E 6 MESES
E5	10 ANOS	6 ANOS
E6	9 ANOS	6 ANOS
E7*	19 ANOS*	30 DIAS*

As participantes deste estudo estão atuantes na área de enfermagem em torno de 10 anos, porém no setor da pesquisa em média 4,6 anos.

O estudo em andamento no meio da primeira fase teve a perda de um participante, E7, devido dificuldade em adaptação na área intensiva, sendo relocada durante o processo.

Na primeira semana do estudo foi aplicado questionário sobre o conhecimento sobre avaliação de dor em criança pré-verbal:

Em relação como ocorria avalia a dor: Como você identifica a dor em crianças que não conseguem se comunicar ou que estão sedadas?

E1 relata [...] através de alguns parâmetros como FC (frequência cardíaca), FR (frequência respiratória) e agitação motora.

E2[...] pelas fáceis de dor e de incômodo, agitação psicomotora...fica atenta dependendo da patologia.

Assim como E3, E4,E6, E5 acrescentam [...] pelo choro e hipertensão.

E7 relata que pela [...] expressão facial e coloração da pele.

As participantes atualmente utilizam fragmentos das escalas para a avaliação da dor e de forma descoordenada. Foi possível observar que a característica sobre comportamento foi encontrado em sete delas, seja a agitação ou expressão facial de dor juntamente com alteração de parâmetros de monitorização.

A avaliação da dor requer a observação de medidas comportamentais e fisiológicas devendo ser avaliada em todos os aspectos, como intensidade, experiência e local. A seleção de um método apropriado para avaliar a dor deve ser baseada no tipo de dor e condição clínica na qual a criança se encontra, com necessidade de verificar a idade, identificando o nível cognitivo e desenvolvimento emocional.

Em relação se conhece algum tipo de instrumento de avaliação de dor:

Conhece ou já ouviu falar de algum tipo de instrumento de avaliação de dor ou intensidade? Se sim fale um pouco sobre.

As participantes E1 e E6 relatam [...] declaram desconhecer escalas de dor.

E2, E4 e E7 citam [...] a escala numérica de dor, onde é atribuído um número a dor, de acordo com o relato.

A escala visual numérica (EVS) é uma escala unidimensional, muito utilizada, simples e de fácil aplicação. É uma escala de linha reta com enumeração de 0 a 10, sendo o início dessa linha 0, representando “sem dor” e 10 com apresentação da dor máxima.

Figura 5: Escala visual numérica



Fonte: RAMALHO CE et al 2017 ⁽²³⁾

A escala numérica é utilizada utilizado para pessoas conscientes e com cognitivo preservado. Onde o paciente é orientado sobre as variações na classificação, onde o mesmo pontua a dor do momento.

Em relação como se avalia a intensidade da dor e seu manejo:

Hoje na sua rotina, como você avalia a intensidade da dor e como você maneja a mesma?

E6 [...] não avalia intensidade, somente a presença da dor. Não cita como realiza o manejo da dor.

E3 e E4 também não relataram como manejam a dor. E3 relatou que avalia a dor [...]

através da frequência cardíaca, agitação e patologia. E4 já fala [...] por meio de choro, relato verbal, expressões faciais, agitação, frequência cardíaca e respiratória aumentadas.

E1 descreve somente sobre o manejo [...] através da prescrição médica, realiza-se analgésicos. E quando após estes não há melhora, é solicitado a equipe médica outras opções pra dor.

E7 avalia intensidade [...] “expressão facial” e o manejo “após avaliação médica.”

E2 avalia [...] principalmente pelo meu olhar clínico subjetivo, não utiliza nenhuma escala que é instituída pela instituição” complementa mencionando [...] o manejo com a administração de medicações prescritas. Sugerindo um banho quente para auxiliar no relaxamento.

E5 [...] se o paciente estiver acordado solicita para que ele avalie a dor dele em escala de número, sendo 10 intenso e 0 sem dor. Se o paciente estiver sedado ou não comunicativo sigo as identificações citadas na primeira pergunta e se prescrito analgesia (se necessário) eu administro.

Após a realização do pré-teste, foi iniciada o treinamento de aplicação da escala BPS. A escala BPS foi aplicada um período de 30 dias devido o número de crianças internadas ter diminuído significativamente. Uma das queixas dos

participantes durante a aplicação foi sobre as crianças em ventilação espontânea, pois estas não são contempladas nesse tipo de instrumento.

Para a aplicação nesse tipo de perfil foi sugerido a seguinte orientação em substituição aos itens:

- ✓ Tolerante: se relacionasse a uma criança respirando confortavelmente;
- ✓ Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo: comparado a uma criança com gemência;
- ✓ Brigando com ventilador: uma criança discretamente ofegante e gemente;
- ✓ Sem controle da respiração: criança com respiração rápida, ofegante e gemidos altos.

As orientações foram realizadas afim de todas as crianças que estavam internadas nesse período pudessem ser atendidas pela escala BPS.

Os scores dessa escala descrito no apêndice 2, também foram questionados pelas participantes. Até o score 3 descreve como sem dor, devido o número mínimo de pontuação alcançado. O score >5 descreve como dor significativa, onde ficou um pouco confuso para as participantes os limites do score, pois o 4 não aparece e o score final contemplado nessa categoria também não. Por fim a dor inadmissível, >12, onde a dor intensa está caracterizada pela pontuação máxima dessa escala.

Para manejar a dor nessa escala, o score referente a sem dor as crianças não eram medicadas (score 3), em dor significativa (score 5) eram medicadas com analgésicos leves e em dor insuportável (score 12) as crianças era medicadas com analgésicos opióides.

As escalas foram aplicadas em períodos distintos para poderem ser avaliadas separadamente.

Ao término da aplicação da escala BPS, iniciou-se a aplicação da escala FLACCr, realizada no período de 30 dias igualmente. Ao inicio da aplicação da escala FLACCr, as aplicações foram realizadas com poucas dúvidas na aplicação. A escala FLACCr em relação a BPS, possuiu mais categorias e descritores, podendo ser utilizada em entubados e extubados, em idade não verbal e em maiores com efeito sedativo.

Uma questão relevante foi levantada durante a aplicação, qual o melhor momento para a aplicação das escalas?

Analisando toda a rotina da unidade, o primeiro momento do plantão que antecede a manipulação seria um momento ideal, às oito da manhã e às vinte horas, pois a criança não sofreu manipulação ou intervenção externa que alterasse seu estado e durante o período da tarde após às 13:30, antes de iniciar os cuidados do período vespertino. Para uma melhor avaliação a criança precisa estar em repouso, sem estímulos externos, a observação para a aplicação deve ser de pelo menos dois a quatro minutos.

Quando a criança estiver com os mesmos sinais de dor, a escala deverá ser aplicada, afim de avaliar a intensidade desse evento e realizar o manejo adequado. No caso da escala FLACCr, a criança pode ser consolada visando um conforto momentâneo, se mesmo assim o choro se manter, o manejo deve ser realizado afim de evitar danos fisiológicos.

Após o término da aplicação das escalas BPS e FLACCr, foi aplicado um questionário pós teste com as seguintes questões:

1. Após a intervenção para a aplicação das escalas utilizadas, você se sente mais segura para avaliar a dor em crianças?

A1, A2, A3, A4 e A5 responderam sim. A6 complementa [...]através das escalas podemos fazer uma avaliação sistemática com embasamento científico de cada item.

Quando os profissionais utilizam instrumentos validados para integrar a rotina, sentem-se mais seguros em suas ações. A avaliação subjetiva de um sintoma como a dor faz com que a direção que tomamos após possa ser realizada de uma forma inadequada. Quando hipervalorizamos uma característica somente, como o choro que é o mais comum, muitas vezes medicamos uma criança que está com fome, sono, necessidade de troca de fralda ou carinho, pois é um dos itens que uma das escalas nos orienta a realizar para verificar se as categorias anteriores à essa somem ou se mantêm, podendo assim verificar a real presença da dor, ou não valorizamos uma inquietação ou uma face franzida, não realizando o manejo adequado da dor.

2. Identificou alguma limitação na aplicação de alguma escala? Se sim, fale a respeito.

A1, A2, A3 e A5 responderam que sim, porém somente relataram que [...] Behaviour Pain Scale é incompleta.

A4 responde [...] Achei a Behaviour Pain Scale mais “incompleta” e é utilizável apenas com pacientes em vm (ventilação mecânica) A escala FLACCr é mais abrangente, é possível avaliar o paciente independente da vm. (ventilação mecânica)

A5 já relata [...] Não. Às vezes é necessário adaptar alguns itens quanto ao suporte ventilatório da criança (Behavioural criança fica em vm (ventilação mecânica) ou quanto a resposta verbal (choro apenas na FLACCr)

A maioria dos participantes relatam que a BPS possui limitação devido a não especificidade sobre ventilação espontânea, precisando ser adequada de acordo com as características próximas a cada item. Mesmo com a adequação das características da ventilação mecânica para ventilação espontânea, pode ocorrer avaliação inadequada da categoria, pois cada profissional ainda assim pode avaliar a sua maneira, mesmo após a orientação.

3. Na sua rotina, o uso das escalas facilitaram a sua avaliação da dor?

A1, A2, A3, A5 relatam que sim e A4 complementa [...]deveria ser utilizada diariamente pela equipe médica e enfermagem, algo “obrigatório”, pois assim, direciona o olhar também para a dor, algumas vezes negligenciada.

A6 já responde que [...] Sim, devido a facilidade de várias pessoas da equipe multidisciplinar poder realizar a qualquer hora ou a qualquer momento, e por fim, todos falarem a “mesma língua”.

Os participantes avaliaram as escalas de forma positiva, com o intuito de contribuir para o uso diário da unidade, complementando que toda a equipe pode realizar a aplicação das escalas, pois não houve nenhum tópico específico sobre a legislação do Conselho Regional de Enfermagem que relatasse algo específico sobre essa escala. A equipe médica, enfermeiros e técnicos de enfermagem se orientados podem realizar a aplicação das escalas.

DISCUSSÃO

Dentre as medidas para avaliar a dor, o auto relato é considerado um indicador confiável tanto para relatar o momento da dor quanto à intensidade. A análise do comportamento e os registros dos sinais vitais são os métodos mais utilizados para a prática da avaliação da dor.^{2,24}

A implementação e o uso de escalas estruturadas de dor são consideradas a base para o manejo eficaz da dor. As crianças que não possuem a capacidade verbal ou cognitiva de relatar a dor correm um risco maior de sofrer dor não tratada e um grande número de escalas observacionais para avaliar a dor nessas crianças foram publicadas nos últimos 30 anos.²⁵

O COREN em 2017 já afirmava ... *O uso de Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.*²⁰

Baseada na necessidade de introduzir uma escala para mesurar dor e na orientação dos profissionais, a pesquisa-ação foi o direcionamento para a realização dessa pesquisa.

Após a análise dos dados foi possível perceber que não havia uma aplicação de escala alguma para avaliar dor em crianças pré-verbal internadas nessa UTI Pediátrica. As crianças ou eram avaliadas por agitação ou face de dor/choro.

A realização de uma pesquisa-ação por chegar a ser próxima a uma educação continuada, proporciona uma interação entre pesquisador e participante, podendo ser elaborados planos em conjunto, baseado em evidência científica, fazendo com que o cuidado ao paciente seja cada vez melhor.

A pesquisa-ação atualmente é compreendida como forma de pesquisa social, idealizada entre associação de uma ação ou solução de um problema coletivo, na qual pesquisador e participante estão envolvidos cooperativamente, ao invés da busca de informações para mudanças, esta metodologia trata de encontrar explicações sobre a condição objeto da pesquisa e de vincular pesquisadores e participantes, envolvendo o pesquisador no grupo dos participantes.²⁶

O grande desafio das instituições de ensino, atualmente, é transformar o contexto da aprendizagem em uma aventura criativa que ultrapasse os limites da

repetição e conduza o educando à (re)construção do seu conhecimento, do qual participa ativamente, tornando-se um sujeito curioso, criativo, crítico, reflexivo e capaz de intervir e (re)criar a realidade na qual está inserido. Para isso, são necessários métodos inovadores que permitam uma prática transformadora e capaz de transpor os contornos do treinamento estritamente técnico, para que de maneira efetiva ocorra a formação do indivíduo como ser histórico, inserido na dialética da ação-reflexão-ação.²⁷

A hospitalização da criança em UTI pediátrica é altamente estressante, A internação em unidade de terapia intensiva pediátrica gera medo e angústias aos pais, o trabalho dos profissionais que ali atuam precisam transmitir segurança e conhecimento dos cuidados que estão prestando e avaliação da dor em crianças continua sendo um grande desafio para os profissionais da saúde.²⁹⁻³⁰

Com a introdução do instrumento, indiferente do tempo do profissional na unidade, após orientado, todos da mesma maneira conseguem utilizar as escalas de uma forma que não ocorra alterações de informações comportamentais, pois cada profissional tem um olhar diferente para cada ação separadamente, quando sistematizada na escala e descrita com detalhes, podem pontuar de maneira igual por diferentes profissionais, sendo assim, o resultado sempre será o mesmo, não prejudicando a classificação do nível de dor tão quanto o que fazer com a informação, no caso, o manejo da dor.

Para facilitar a aplicação da escala um infográfico foi elaborado para contribuir durante o uso. O infográfico conecta elementos variados em uma unidade, estabelecendo a idéia de um conjunto simultâneo significativo, evidenciando mais do que a matéria ou processo, o efeito ou resultado, traz contribuições para entender a emergência das novas linguagens ou dos novos arranjos de criação de sentido e comunicação, nas diferentes setores de atividade humana.³¹

A infografia é caracterizada por ser uma peça gráfica que utiliza elementos voltados para explicar um episódio ou fato.³²

Limitação do estudo

Durante o período de aplicação das escalas, o número de internações na UTI pediátrica caiu drasticamente, em alguns momentos a não possuir crianças internadas. Esse fato ocorreu relacionado à pandemia devido ao COVID-19.²²

Com isso, ocorreu um remanejamento interno, envolvendo todas as unidades de internação, pois os profissionais que eram caracterizados como grupo de risco foram transferidos a unidades de internação. O absenteísmo nas unidades aumentaram, comprometendo o tempo e o treinamento dos profissionais, sendo uma das participantes na primeira etapa, transferida novamente, após 30 dias na unidade, devido adaptação. Por essas intercorrências o tempo da pesquisa precisou ser aumentado para uma avaliação melhor dos instrumentos, podendo assim dar segmento a pesquisa-ação.

CONCLUSÃO

A busca pelo conhecimento, a utilização de protocolos e instrumentos fortalece a equipe e o paciente sempre será beneficiado durante o período em que se encontra internado.

Em uma unidade de terapia intensiva pediátrica é fundamental possuir um instrumento onde possa ser avaliada a dor. A dor em criança muitas vezes é subjulgada, pois crianças não falam e na maioria das vezes é por fome ou por necessidade de realizar a troca de uma fralda para o pensamento de muitos. A associação de características que as crianças apresentam, podem ser avaliadas e pontuadas, fazendo com que uma característica somente não seja o item mais valioso a ser observado isoladamente.

Para a rotina dessa unidade de terapia intensiva pediátrica selecionada foi observada a necessidade de um instrumento de se avaliar a dor, um sintoma tão importante que hoje é considerado como o quinto sinal vital.

O instrumento de avaliação FLACCr, por conter itens que se adequam as características mais amplas em relação a BPS, a qual se identifica melhor a pacientes sob ventilação mecânica, restringindo a avaliação ao individuo que encontra-se em ventilação espontânea, foi selecionado para integrar na rotina da avaliação de dor nesta UTI Pediátrica.

A escala FLACCr possui categorias amplas e com detalhes a cada item facilitando a aplicação.

A avaliação e o manejo da dor adequado proporciona ações que nos encaminham a melhora da criança internada com evolução dos sintomas e por fim a alta da unidade de terapia intensiva.

A capacitação de profissionais da saúde deve ser uma ação constante nos serviços de saúde com o intuito de aperfeiçoar suas técnicas e intensificar os cuidados prestados buscando qualidade e segurança em seu cotidiano.

Um instrumento de avaliação de dor em unidade de terapia intensiva pediátrica com a prática da pesquisa-ação foi positiva na equipe de enfermagem, com o complemento da informação podendo hoje ser realizado um manejo ideal para cada situação em que a criança se encontrar. A escala pode ser integrada a rotina da unidade e a equipe em sua totalidade será integrada ao treinamento, proporcionando a capacitação de todas integrantes da unidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 SAMPAIO AC ET AL **AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS** REV RENE. 2019;20 :E39961 DOI:10.15253/2175-6783.20192039961

2 SANTOS IFA, DE SANTANA JM **TÉCNICAS DE MEDIÇÃO DA DOR: FOCO EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA** JORN OF PAIN RESEARCH 2018,21,NOV DOI: [10.2147 / JPR.S151169](https://doi.org/10.2147/JPR.S151169)

3 BUSSOTTI EA, GUINSBURG R, PEDREIRA MLG **ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR FACE,LEGS,ACTIVITY,CRY,CONSOLABILITY REVISED (FLACCr)** REV LAT-AMER DE ENFERMAGEM 2015 VOL23 N04 DOI:10.1590/0104-1169.0001.2600

4 BATALHA LMC, SOUSA AFC. **AUTOAVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR: CORRELAÇÃO ENTRE CRIANÇAS, PAIS E ENFERMEIROS** REV DE ENFERM REFERÊNCIA,ABR-JUN 2018 N17 SÉRIE IV DOI: 10.12707/RIV18002

5 MENDONÇA JGA ET AL. **DOR DURANTE SEDAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA ASSOCIA-SE A CARCTERISTICAS PRÉ-OPERATÓRIAS DA CRIANÇA? ESTUDO EXPLORATÓRIO** REV ODONTO UNESP. 2016 SEPT-OCT; 45(5): 297-301 DOI:10.1590/1807-2577.09416

6 DANTAS LVRP ET AL. **AVALIAÇÃO DA DOR DURANTE COLETA DE SANGUE EM CRIANÇAS SEDADAS E SUBMETIDAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA** REV BRAS TER INTENSIVA. 2016;28(1):49-54 DOI: 10.5935/0103-507X.20160013

7 MELO GM ET AL **ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR EM RECÉM NASCIDOS: REVISÃO INTEGRATIVA** REV PAUL PED. 2014;32(4):395–402 DOI: 10.1016/j.rpped.2014.04.007

8 BATALHA LMC et al **ADAPTAÇÃO CULTURAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA BEHAVIORAL PAIN SCALE – INTUBATED PATIENT (BPS-IP/PT)** REV ENF REF III SÉRIE, NUM 9 PAG 7-16 ,2013

9 RIBEIRO CJ ET AL **AVALIAÇÃO DA DOR DE VÍTIAS DE TRAUMATISMO CRANIANO PELA VERSÃO BRASILEIRA DA BEHAVIORAL PAIN SCALE** REV BRAS TER INTENSIVA 2018;30 42-49

10 FOX MA ET AL. **SELF-REPORT OF PAIN IN YOUNG PEOPLE AND ADULTS WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY: INTERRATER RELIABILIT OF THE REVISED FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY AND CONCOLABILITY (R-FLACC) SCALE RATINGS** DEVELOPMENT MEDICINE& CHILD NEUROLOGY VOL 61 ISSUE 1,2018 DOI:10.1111/DMCN.13980

11 MERKEL SI ET AL **THE FLACC: A BEHAVIORAL SCALE FOR SCORING POSTOPERATIVE PAIN IN YOUNG CHILDREN** PEDIATRIC NURSING VOL23, ISSUE 1997
<https://link.gale.com/apps/doc/A19556571/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=4be85183>

12 MALVIYA ET AL **THE REVISED FLACC OBSERVATIONAL PAIN TOOL: IMPROVED RELIABILITY AND VALITY FOR PAIN ASSESSMENT IN CHILDREN WITH COGNITIVE IMPAIRMENT** PEDIATRIC ANESTHESIA, 2006, 16: 258–265: doi: 10.1111/j.1460-9592.2005.01773.x

13 BATALHA LMC ET AL **ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA REPRODUTIBILIDADE DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE DOR FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC) EM CRIANÇAS** REV REF N 10 P 7-14 2009

14 BATALHA LMC et al **ADAPTAÇÃO CULTURAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA BEHAVIORAL PAIN SCALE – INTUBATED PATIENT (BPS-IP/PT)** VER ENF REF III SÉRIE , NUM 9 PAG 7-16 ,2013

15 SILVA JC ET AL. **PESQUISA-AÇÃO: CONCEPÇÕES E APLICABILIDADE NOS ESTUDOS EM ENFERMAGEM** REV BRAS ENFERM 2011:MAI-JUN;64(3):592-5

16 THIOLLENT M **METODOLOGIA DE PESQUISA-AÇÃO** 16 ED SÃO PAULO:CORTEZ,2008

17 ENGEL GI **PESQUISA-AÇÃO** EDUCAR CURITIBA N 16 P 181-191 2000 EDITORA UFPR

18 GRITTEN L, MEIER MJ, ZAGONEL IPS **PESQUISA-AÇÃO: UMA ALTERNATIVA METODOLÓGICA PARA PESQUISA EM ENFERMAGEM** TEXTO CONT ENF FLORIANÓPOLIS, 2008 OUT-DEZ, 17 (4): 765-70

19 PIMENTA CAM ET AL **GUIA PARA CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS ASSITENCIAIS DE ENFERMAGEM** COREN SP,2015

20 PIMENTA CAM ET AL **GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSITENCIAIS DE ENFERMAGEM:INTEGRADNO PROTOCOLOS, PRÁTICA BASEDA EM EVIDÊNCIAS E CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM** COREN SP,2017

21 <https://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>

22 VENTURA-SILVA ET AL. **PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19:IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO EM ENFERMAGEM** JOURNAL HEALTH NPEPS 2020, JAN-JUN;5 (1):e4626

23 RAMALHO CE ET AL **SEDAÇÃO E ANALGESIA PARA PROCEDIMENTOS NO PRONTO-SOCORRO DE PEDIATRIA** JORNAL DE PEDIATRIA 2017 RIO DE JANEIRO VOL93 SUPL 1 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.009>

24 CORREIA LL, LINHARES MBM **AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS EM SITUAÇÕES DE DOR: REVISÃO DE LITERATURA** JORNAL DE PEDIATRIA, 2008, VOL 84 N 6

25 ANDERSEN ET AL. **THE MEASUREMENT PROPERTIES OF PEDIATRIC OBSERVATIONAL PAIN SCALES: A SYSTEMATIC REVIEW OF REVIEWS** JORN OF NURSING STUDIES 2017 MAY, 93-101 DOI:10.1016/J.IJNURSTU.2017.05.010

26 LACERDA MR, GIACOMOZZI CM, PRZENYCZKARA, CAMARGO TB. **PESQUISA-AÇÃO, PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL E PESQUISA CUIDADO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM: SEMELHANÇAS E PECULIARIDADES.** REV ELETR ENF.2008;10(3):843-8. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>

27 RIBEIRO KRB, PRADO ML, SILVA DMGV ET AL. **A INFLUÊNCIA DO LÚDICO NO ENSINO DE ENFERMAGEM: UMA PESQUISA-AÇÃO** REV PESQ CUID. FUND, ONLINE JAN/DEZ, 2020 12: 751-757 DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.4529

29 MORAES ES, MENDES-CASTILLO AMC. **A EXPERIÊNCIAS DOS AVÓS DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA** REV DA ESC DE ENF DA USP 2018;52:e03395. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017040003395>

30 GX 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 2015, 25 834–839 doi:10.1111/pan.12664

31 SOUZA JAC **INFOGRÁFICO: MODEOS DE VER E LER A CIÊNCIA NA MÍDIA** BAKHTININA REV EST DISCURSO VOL 11 N2 SÃO PAULO MAI-AGO 2016 190-206 <https://doi.org/10.1590/2176-457323502>

32 MIRANDA F, ANDRADE RC **PENSAR INFOGRÁFICO:UMA PROPOSTA DE ENSINO INTRODUTÓRIO DE INFOGRAFIA SOB PERSPECTIVA DA LINGUAGEM GRÁFICA** SOCIEDADE BRASILEIRA DE DESIGN DA INFROMAÇÃO SET 2017, VOL.14(3), 374(23)

**APÊNDICE-I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012**

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Protocolo Assistencial sobre a aplicação da escala FLACCr em UTI pediátrica em hospital universitário”, que será desenvolvido por mim Amanda Fabíola de Oliveira Spadotto, enfermeira, mestranda no Programa de Pós Graduação, com orientação da Professora Associada Regina Célia Popim da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

O(a) Senhor (a) responderá um questionário que levará uns 15 minutos de duração.

Seu benefício em participar será contribuir para coleta de dados e avaliações comportamentais de pacientes.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados e revistas científicas.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome Amanda Fabíola de Oliveira Spadotto Endereço: Rua dos Costas 54 Telefone: 14-997442896 Email: amanda_spadotto@yahoo.com.br	Nome: Regina Célia Popim Endereço: Rua Professor Montenegro s/n (Faculdade de Medicina) Telefone: 14-38801309 Email: regina.popim@unesp.br
--	---

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO PRÉ INTERVENÇÃO

1. Como você identifica a dor em crianças que não conseguem se comunicar ou que estão sedadas?

2. Conhece ou já ouviu falar de algum tipo de instrumento de avaliação de dor ou intensidade? Se sim fale um pouco sobre.

3. Hoje na sua rotina, como você avalia a intensidade da dor e como você maneja a mesma?

APÊNDICE –III

QUESTIONÁRIO PÓS INTERVENÇÃO

1 APÓS A INTERVENÇÃO PARA A APLICAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS,
VOCÊ SE SENTE MAIS SEGURA PARA AVALIAR A DOR EM CRIANÇAS?

2 IDENTIFICOU ALGUMA LIMITAÇÃO NA APLICAÇÃO DE ALGUMA ESCALA?
SE SIM, QUAL E FALE A RESPEITO.

3 NA SUA ROTINA, O USO DAS ESCALAS FACILITARAM A SUA AVALIAÇÃO
DA DOR?

APÊNDICE-IV

INFOGRÁFICO-Aplicabilidade da escala FLACCr (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised) em crianças pré-verbal internadas em cuidados intensivos

INTRODUÇÃO: A avaliação de dor na população pediátrica demanda de conhecimento técnico-científico e habilidade prática. A dor na criança é subestimada em razão da falta de ferramentas adequadas para sua avaliação que levem em conta as diferentes fases do desenvolvimento e condições clínicas. O ambiente da UTI pediátrica por si só já estimula a ansiedade. Os métodos para a avaliação do fenômeno dor podem ser divididos em três categorias: medida de respostas fisiológicas da dor, observações comportamentais relacionados à dor e descrições verbais ou escritas da dor e/ou variáveis associadas. A Escla **FLACCr** - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised (FLACC-R) Versão final em português falado no Brasil é organizada em 5 categorias e pontuação de zero, um e dois.

CATEGORIA	Pontuação ZERO	Pontuação UM	Pontuação DOIS
F – Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobranceiras salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado.	Sobranceiras esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico.
L – Pernas	Posição normal ou relaxada.	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais.	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas.
A –Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente.	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração

		exemplo: movimentando a cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes.	presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial.
--	--	--	--

C – Choro	Sem choro (acordado ou dormindo).	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais.	Choro regular, gritos, ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes.
------------------	---	--	--

C Consolabilidade	Contente, relaxado.	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração.	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto.
--------------------------	------------------------	--	--

Orientações para a aplicação da escala

- ✓ Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.
- ✓ **Pacientes acordados:** Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.
- ✓ **Pacientes dormindo:** Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.
- ✓ A **FLACC revisada** pode ser utilizada em crianças não verbais.
- ✓ As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.

Melhor horário para aplicação da escala

- ✓ No primeiro momento do plantão que antecede a manipulação seria um momento ideal, as oito da manhã e as vinte horas, pois a criança não sofreu manipulação ou intervenção externa que alterasse seu estado.
- ✓ Durante o período da tarde após as 13:30, antes de iniciar os cuidados do período vespertino.
- ✓ Para uma melhor avaliação a criança precisa estar em repouso, sem estímulos externos, a observação para a aplicação deve ser de pelo menos dois a quatro minutos.

Manejo da dor:

- ✓ Pontuação de 0-3, verificar se realizar medidas de conforto melhora os sinais ou se será necessário realizar medicação orientada pelo profissional médico.
- ✓ Pontuação de 4-6, há a necessidade de realizar analgésico, sob orientação de um profissional médico.
- ✓ Pontuação de 7-10, há necessidade urgente de realizar analgésico sob orientação e deve ser reavaliado a cada 15 minutos para verificar a necessidade de nova medida de analgesia.

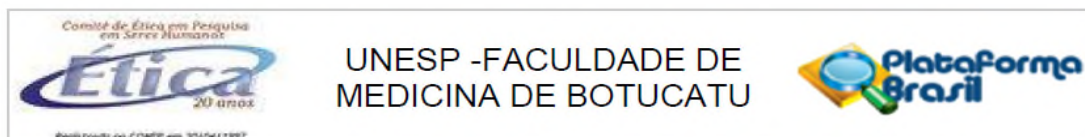
Referências:

- 1 BUSSOTTI EA, GUINSBURG R, PEDREIRA MLG **ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY REVISED (FLACCr) REV LAT-AMER DE ENFERMAGEM** 2015 VOL23 N04 DOI:10.1590/0104-1169.0001.2600
- 2 MELO GM ET AL **ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR EM RECÉM NASCIDOS: REVISÃO INTEGRATIVA** REV PAUL PED. 2014;32(4):395–402 DOI: 10.1016/j.rpped.2014.04.007
- 3 FOX MA ET AL. **SELF-REPORT OF PAIN IN YOUNG PEOPLE AND ADULTS WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY: INTERRATER RELIABILITY OF THE REVISED FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY AND CONSOLABILITY (R-FLACC) SCALE RATINGS** DEVELOPMENT MEDICINE& CHILD NEUROLOGY VOL61 ISSUE 1,2018 DOI:10.1111/DMCN.13980
- 4 GX 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** 2015, 25 834–839 doi:10.1111/pan.12664
- 5 SOUZA JAC **INFOGRÁFICO: MODEOS DE VER E LER A CIÊNCIA NA MÍDIA** BAKHTININA REV EST DISCURSO VOL 11 N2 SÃO PAULO MAI-AGO 2016 190-206 <https://doi.org/10.1590/2176-457323502>
- 6 MIRANDA F, ANDRADE RC **PENSAR INFOGRÁFICO: UMA PROPOSTA DE ENSINO INTRODUTÓRIO DE INFOGRAFIA SOB PERSPECTIVA DA LINGUAGEM GRÁFICA** SOCIEDADE BRASILEIRA DE DESIGN DA INFOMACÇÃO SET 2017, VOL.14(3), 374(23)

ANEXO -II

		ETIQUETA											
Escala Flaccr													
INDICADOR	DESCRIÇÃO	DIA/TURNO											
FACE	0 nenhuma expressão particular ou sorriso												
	1 careta ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse												
	2 tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas												
PERNA	0 posição normal ou relaxadas												
	1 inquietas, agitadas, tensas												
	2 aos pontapés ou esticadas												
ATIVIDADE	0 deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente												
	1 contorcendo-se, virando-se pra frente e para trás, tenso												
	2 curvado, rígido ou com movimentos bruscos												
CHORO	0 ausência de choro (acordado ou dormindo)												
	1 gemidos ou choramingos, queixas ocasionais												
	2 choro persistente, gritos ou soluços, queixas frequentes												
CONSOLABILIDADE	0 satisfeito, relaxado												
	1 tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraído												
	2 difícil de consolar ou confortar												
		TOTAL											
Legenda	0-3 DOR LEVE												
	4-6 DOR MODERADA												
	7-10 DOR INTENSA												

ANEXO III



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protocolo Assistencial sobre aplicação da escala FLACC-r em UTI Pediátrica em Hospital Universitário

Pesquisador: AMANDA FABIOLA DE OLIVEIRA SPADOTTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29688620.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.959.019

Apresentação do Projeto:

O projeto "Protocolo Assistencial sobre aplicação da escala FLACC-r em UTI Pediátrica em Hospital Universitário", trata-se de pesquisa-ação sobre o desenvolvimento de protocolo assistencial de enfermagem na aplicação da escala FLACC-r em UTI Pediátrica de Hospital Universitário, constituindo-se como projeto de mestrado. A pesquisa será desenvolvida em duas etapas, sendo a primeira caracterizada por revisão integrativa da literatura sobre a escala e a segunda etapa caracteriza-se pela avaliação do conhecimento da enfermagem (técnicos e enfermeiras) sobre o assunto. Tem importância e relevância na avaliação do campo da dor em pediatria.

Objetivo da Pesquisa:

Tem objetivo de elaborar um protocolo assistencial de enfermagem para a aplicação da escala FLACC-r em UTI Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos financeiro, psicológico e físico aos participantes da pesquisa. Trará benefícios a longo prazo, uma vez que os enfermeiros capacitados prestarão melhor assistência a criança pré-escolar e com déficit cognitivo com dor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse acadêmico, com exequibilidade e factibilidade.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

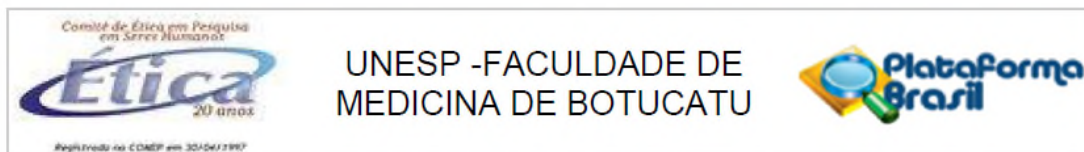
UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.959.019

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão corretamente postados (TCLE, etc.)

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 06/04/2020, do PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1480075.pdf	25/02/2020 21:07:47		Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	25/02/2020 21:05:18	AMANDA FABIOLA DE OLIVEIRA SPADOTTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	17/02/2020 21:21:40	AMANDA FABIOLA DE OLIVEIRA SPADOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/02/2020 21:20:14	AMANDA FABIOLA DE OLIVEIRA SPADOTTO	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaSipe.pdf	17/02/2020 21:15:11	AMANDA FABIOLA DE OLIVEIRA SPADOTTO	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

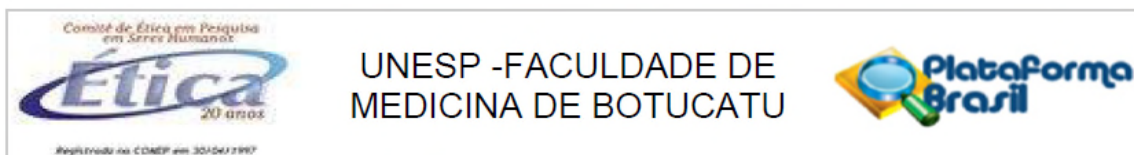
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.959.019

Outros	AnuenciaHcfmbDgaaSipe.Pdf	17/02/2020 21:13:12	AMANDA FABIOLA DE OLIVEIRA SPADOTTO	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	17/02/2020 21:10:35	AMANDA FABIOLA DE OLIVEIRA SPADOTTO	Aceito
Outros	AnaliseDeViabilidadeDoProjetoDePesqu isa.pdf	17/02/2020 21:08:35	AMANDA FABIOLA DE OLIVEIRA SPADOTTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 07 de Abril de 2020

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br