

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FERNANDA LUCIA DA SILVA

**A SHANTALA COMO TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA PARA ALÍVIO DA
DOR EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

CUITÉ

2019

FERNANDA LUCIA DA SILVA

**A SHANTALA COMO TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA PARA ALÍVIO DA
DOR EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Anajás da Silva Cardoso Cantalice.

CUITÉ
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

S586s

Silva, Fernanda Lucia da.

A shantala como terapia não farmacológica para alívio da dor em crianças hospitalizadas. / Fernanda Lucia da Silva: CES, 2019.

31 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2019.

Orientação: Dra. Anajás da Silva Cardoso Cantalice.

1. Massagem. 2. Manejo da dor. 3. Terapias complementares. 4. Pediatria. 5. Enfermeiras pediátricas. I. Título.

FERNANDA LUCIA DA SILVA

**A SHANTALA COMO TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA PARA ALÍVIO DA
DOR EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG *Campus* Cuité, como exigência para obtenção de título de Bacharela em Enfermagem.

Aprovado em: 19 de junho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Anajás da Silva Cardoso Cantalice
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof^a. MsC. Rosângela Vidal de Negreiros
Membro examinador
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof^a. Dr^a Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Membro examinador
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Àquela que primeiro acreditou na realização deste sonho antes mesmo dele ser meu. À mulher mais forte que já conheci, e que em todos os momentos tem sido minha inspiração de viver. À luz que guia meus dias escuros, e ao brilho que realça meus dias de alegria, te dedico mais esta conquista, MINHA MÃE.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que tem me abençoado além do que eu esperava, e sido caprichoso em cada detalhe da minha vida. Deus de poder, te agradeço por celebrar por meio deste Trabalho de Conclusão de Curso aquilo que minha pequenez humana julgava impossível. *“Mas teu amor lutou por mim, Tu tens sido tão, tão bom pra mim...”*

Aos meus pais Lucia Gomes (*In memoriam*) e José João, por terem sido meus alfabetizadores. Duas pessoas que não conseguiram concluir o ensino fundamental, porque precisaram ser adultos quando ainda eram crianças, me ensinaram a ler e a escrever antes que eu pudesse chegar à escola. Hoje dedico cada palavra que escrevo e que leio a vocês dois, meus exemplos de força, determinação, coragem, honestidade e sabedoria. Obrigada por terem doado suas vidas pela minha. *“Sorria e abrace teus pais enquanto estão aqui, que a vida é trem-bala, parceiro, e a gente é só passageiro prestes a partir...”*

Ao meu irmão Fábio José, por ter sido meu ponto de apoio e de calma, quando eu só conseguia ver tempestades. Te agradeço por ter acreditado em mim, mesmo quando eu perdia essa capacidade. Sou grata por cuidares do nosso pai, por entenderes minha ausência e por me ensinares que o silêncio também é resposta. Independente de quanto tempo passe, sempre serei a irmã mais nova que encontra abrigo em você. *“Meu amor, disciplina é liberdade, compaixão é fortaleza, ter bondade é ter coragem...”*

Sou extremamente grata à família que ganhei na turma de enfermagem 2014.2: Bergue, Leila, Elizabeth, Ianca, Jessyca, Bruno, Gregório, Tamares, Marquinhos, Carlinhos, Tiago e Alberto. Vocês me encontraram em pedaços e foram peças fundamentais para minha reconstrução. Obrigada por me aceitarem assim como sou e por me ensinarem que é possível viver e amar as diferenças. Obrigada pela paciência, pelo companherismo, pelo apoio em dias difíceis e pela parceria nas nossas conquistas. Tenho muito orgulho de ter amigos de vida e de profissão como vocês. *“Sempre vivo na memória, faz parte da minha história, nada vai nos separar, a amizade é tudo...!”*

Agradeço aos amigos que estiveram junto a mim durante esta jornada, me incentivando e sonhando junto comigo: Jéssica Medeiros, Dayane, Teresa, Francisco, Arthur, Fábio Araújo, Paulo Ricardo, Laysa, Fabrício, Fabiele, Glaucineide, Josemir, Aurilene, Leandro, Márcia, Geisa, Talita, Imaculada e Doraci. Essa conquista tem a contribuição indispensável de vocês. Obrigada por tudo. *“Foi Deus quem te escolheu pra ser o melhor amigo que eu pudesse ter...”*

Aos docentes do curso de enfermagem da UFCG-CES, em especial: Alana, Nathanielly, Luciana, Anajás, Waleska, Glenda, Heloíse, Janaína, Mariana, Alynne e Gigliola, agradeço pela

excelência e amor com que exercem sua profissão e principalmente pelo cuidado maternal que vocês têm com seus alunos. Muitas vezes, entre o aluno que chega no P1 e o enfermeiro que sai no P10, só existe vocês. *“Coração de estudante, há que se cuidar da vida, há que se cuidar do mundo...”*

Agradeço a cada binômio mãe-filho que contribuiu com esta pesquisa, me permitindo tocar-lhes e ser tocada, com suas histórias de vida, com sua garra e com sua vontade de viver. Estendo minha gratidão à equipe de enfermagem da unidade pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro, pelo acolhimento e pelo apoio durante o período de coleta de dados. Sem vocês, nada disso seria possível. *“Eu fico com a pureza da resposta das crianças, é a vida, é bonita e é bonita...”*

À minha orientadora Anajás Cardoso, por ter me convidado a participar de seu projeto de pesquisa, e por ter acreditado em meu potencial para isso. Deus sabe a hora certa de tudo, e essa oportunidade foi mais uma prova do cuidado d’Ele. À banca examinadora, Professora Rosângela e Professora Mariana, pelo carinho com o qual aceitaram participar deste momento tão singular e pelas suas valiosas contribuições. Vocês são as pessoas certas, no momento certo! *“Se alguém já te deu a mão e não pediu mais nada em troca, pense bem, pois é um dia especial...”*

Nada é tão nosso, quanto nossos sonhos.

(Friedrich Nietzsche).

RESUMO

Objetivo: Verificar o efeito da shantala no manejo da dor em crianças hospitalizadas. **Métodos:** Trata-se de um estudo experimental não-controlado com abordagem quantitativa, realizado na Ala Pediátrica de um Hospital Universitário, com crianças de zero a seis meses de idade. A análise dos dados foi feita com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Science* versão 21.0. Foram analisadas frequências absolutas e relativas, características epidemiológicas, clínicas e as variações de parâmetros vitais antes e após a implementação da técnica. Utilizou-se o teste de *McNemar* para variáveis pareadas nominais e *Wilcoxon* para as numéricas, considerando um intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A amostra foi composta por 50 recém-nascidos e lactentes, com uma média de idade de $1,54 \pm 1,84$ meses. A média de tempo de internação hospitalar das crianças foi de $6,84 \pm 8,76$ dias. Observou-se que houve relação significativa entre a shantala e o aumento da saturação de oxigênio e temperatura, e diminuição da frequência respiratória. As frequências nominais das categorias de dor expressas antes e após a implementação da shantala, mostraram redução da categoria “dor leve” e considerável aumento da categoria “sem dor”. **Conclusões:** As evidências apontaram que a shantala é um meio não farmacológico eficaz para alívio da dor e adequação de parâmetros vitais, refletindo em promoção da saúde e bem-estar durante a hospitalização.

Palavras-chave: Massagem; Manejo da Dor; Terapias Complementares; Pediatria; Enfermeiras Pediátricas.

ABSTRACT

Objective: Check the effect of the shantala in management of pain in children hospitalized. **Methods:** This is a non-controlled experimental study with quantitative approach, held at the pediatric ward of a University Hospital, with children from zero to six months of age. Data analysis was done with the aid of the software Statistical Package for the Social Science version 21.0. Absolute and relative frequencies were analysed, epidemiological, clinical features and changes of vital parameters before and after implementation of the technique. The McNemar test for paired nominal variables and Wilcoxon test for the numerical considering a confidence interval of 95%. **Results:** The sample was composed of 50 newborns and infants, with an average age of 1.54 ± 1.84 months. The average time of hospitalization of children was 6.84 ± 8.76 days. It was observed that there was no significant relationship between the shantala and increased oxygen saturation and temperature, and decreased respiratory rate. The nominal frequency of the categories of pain expressed before and after implementation of the shantala, showed reduction in category "mild pain" and considerable increase in the category "no pain". **Conclusions:** The evidence showed that the shantala is a pharmacological not effective for pain relief and adequacy of vital parameters, reflecting on health promotion and well-being during hospitalization.

Keywords: Massage; Pain management; Complementary Therapies; Pediatrics; Pediatric Nurses.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO.....	16
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE.....	25
ANEXO.....	29

INTRODUÇÃO

A hospitalização infantil é um acontecimento estressante para a criança, pois ocorre ruptura com o seu meio social, suas atividades, seus hábitos e costumes. Ao cuidar da criança hospitalizada, os profissionais da enfermagem deparam-se com um ser humano e sua família em situação de vulnerabilidade emocional, física e social.¹ Associado a este contexto de novas sensações e percepções, a criança vivencia procedimentos invasivos e manipulações, que são potencialmente causadores de dor, além da possibilidade de experimentá-la em consequência direta da enfermidade que estiver assolando-a.

A dor é “Uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais.”² A inabilidade de comunicar verbalmente a dor não nega a possibilidade de o indivíduo a ter experienciado e sua necessidade de receber o tratamento adequado para o seu alívio”, abrangendo assim populações que não têm possibilidades de descrever a dor que sentem, a exemplo das crianças.³

No que diz respeito do uso de tecnologias que auxiliem no manejo da dor, estas representam uma prática relevante, que usadas de maneira correta, criam condições que contribuem para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos acometidos por quadros álgicos.⁴ Dentre as tecnologias que podem ser aplicadas ao cuidado com o a criança hospitalizada, principalmente os recém-nascidos e lactentes, têm-se algumas, como o contato pele a pele, o banho de ofurô, a musicoterapia, o brinquedo terapêutico, e as massagens terapêuticas, que promovem relaxamento e auxiliam na diminuição do processo doloroso.⁵

Dentre as massagens terapêuticas, a Shantala, uma técnica indiana milenar de massagem em crianças, representa um recurso relevante para promoção de saúde e bem-estar, além de ser uma forma de implementar as terapias complementares em saúde na assistência prestada durante a hospitalização. Estudos apontam que sua implementação é capaz de influenciar os

processos fisiológicos, ativando os sistemas respiratório, digestório, imunológico, musculoesquelético e circulatório, refletindo em adequação da frequência respiratória, da saturação de oxigênio; aumento frequência cardíaca; diminuição do quadro álgico; relaxamento global da musculatura; melhora do sono; melhora da amamentação; aumento de peso; aumento significativo no desenvolvimento motor grosso; redução de irritabilidade e maior vínculo do bebê com os pais e familiares.⁶

A shantala compõe o rol de novas práticas institucionalizadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), desde a publicação da Portaria Ministerial GM nº 849, de 27 de março de 2017.⁷ Ela foi descoberta pelo médico obstetra francês Frédérick Leboyer, que em uma de suas viagens ao sul da Índia em 1970, pôde observar uma mãe massageando seu filho, documentou a técnica e trouxe-a para o ocidente.⁸

Esta pesquisa explana a importância de evidenciar tecnologias não farmacológicas de manejo da dor pediátrica, dentre as quais a shantala, como um instrumento de promoção à saúde. Este estudo tem o objetivo geral de verificar o efeito da shantala no manejo da dor em crianças hospitalizadas. Como objetivos específicos foram estabelecidos: verificar a influência da shantala sobre parâmetros vitais; caracterizar os recém-nascidos e lactentes quanto aos aspectos perinatais, sociodemográficos e clínicos; e identificar comportamentos expressos antes e após a aplicação da massagem terapêutica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo experimental não-controlado com abordagem quantitativa, realizado na Ala Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande-Paraíba. A população do estudo foi composta pelas crianças internas no referido setor durante o período de setembro de 2018 a maio de 2019, com idade entre zero e seis meses.

Foram critérios de inclusão: Crianças hospitalizadas por no mínimo 24 horas, caracterizando internação; Aquelas submetidas a procedimento invasivo ou que apresentem episódios de dor e com idade entre zero e seis meses. Compreenderam os critérios de exclusão: Crianças sob efeito de anestésicos, durante o período pós-operatório imediato ou sedadas; Crianças que apresentaram desorientação alopsíquica. Após a aplicação destes critérios a amostra foi composta por 50 crianças.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário estruturado específico (Apêndice A). A avaliação da dor foi feita por meio da aplicação da escala de dor *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised* (FLACC-R) antes e depois do procedimento.

A shantala foi aplicada pela pesquisadora com a presença da genitora, no leito da criança, com uma música ambiente, de sons do mar e toques de piano ao fundo. A aplicação da Shantala aconteceu no leito hospitalar e seguiu o passo a passo dos movimentos descritos na obra de Frédérick Leboyer.⁸ Foi utilizado óleo de coco extravirgem massagem.

Em áreas de inserção de cateter venoso periférico, cateter venoso central, incisão cirúrgica recente, estomia e lesão cutânea, não foram executados movimentos. A shantala foi aplicada durante 10 minutos, e os dados foram coletados por meio de observação da criança antes e após aplicação da massagem terapêutica, em um intervalo de tempo entre 10 a 15 minutos.

A análise dos dados foi feita com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 21.0, possibilitando a tabulação e organização para análise. Foram analisadas as frequências absoluta e relativas, bem como as características epidemiológicas e clínicas das crianças incluídas no estudo e posteriormente verificadas as variações de parâmetros vitais antes e após a implementação da shantala, utilizando-se o teste de *McNemar* para variáveis pareadas nominais e *Wilcoxon* para as variáveis pareadas numéricas, considerando um intervalo de confiança de 95%.

O presente estudo é fruto de um Projeto de Iniciação Científica intitulado: Projeto doces cuidados: tecnologias de enfermagem e o manejo da dor em crianças hospitalizadas. O mesmo obedece à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 91726318.0.0000.5182 e aprovada conforme parecer de número 2.839.692.

RESULTADOS

No período em análise foram realizadas 50 intervenções não farmacológicas para alívio da dor, por meio da Shantala. A amostra foi composta por recém-nascidos e lactentes, com uma média de idade entre $1,54 \pm 1,84$ meses. Durante a fase de abordagem dos responsáveis legais e explicitação dos objetivos da pesquisa, cinco deles, nestes casos as genitoras, recusaram-se a autorizar a participação dos seus filhos no estudo, alegando que não queriam que eles passassem por mais manuseios além dos que já compunham a rotina de hospitalização e/ou que não tinham interesse na aplicação da massagem terapêutica.

Todos os participantes do estudo estavam acompanhados de suas respectivas genitoras no momento da coleta, verificando-se a presença paterna apenas nos casos em que a Shantala aconteceu concomitantemente ao horário da visita hospitalar. A média de idade das genitoras foi de $24,10 \pm 6,21$ anos. Tratando-se das características socioeconômicas da conjuntura familiar a qual o menor estava inserido, 28,0% das famílias têm renda total menor que 1 salário mínimo e 72,0% têm renda entre 1 e 3 salários mínimos. Demais dados sociodemográficos e perinatais encontram-se dispostos na Tabela 1.

TABELA 1: Frequência absoluta e relativa das variáveis sócio demográficas e perinatais dos recém-nascidos e lactentes.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	31	62,0
Feminino	19	38,0
Faixa Etária		
RN	20	40,0
Lactente	30	51,7
Endereço		
Campina Grande	10	20,0
Interior da Paraíba	40	80,0
Gravidez Planejada		
Sim	21	42,0
Não	29	58,0
Tipo de Parto		
Cesariana	26	52,0
Vaginal	24	48,0
Tempo de Nascimento		
A termo	35	70,0
Pré termo	15	30,0

A média de tempo de internação hospitalar das crianças foi de $6,84 \pm 8,76$ dias. Percebeu-se que durante a aplicação da massagem terapêutica, quanto maior o tempo de hospitalização, mais resistência existia em aceitar o manuseio promovido durante a Shantala. Destaca-se que este comportamento resistente acontecia especificamente no momento de massagear as extremidades dos membros superiores e inferiores, locais de primeira escolha para punções venosas. Ao sentirem o manuseio nestes locais as crianças fletiam o membro, choravam ou expressavam face característica de dor. Por isso, ao perceber estas reações, imediatamente mudava-se o sítio de massagem, para evitar que a implementação da Shantala se tornasse algo estressante e doloroso para a criança.

Os dispositivos invasivos em uso mais encontrados foram cateter venoso periférico em 50,0% e cateter venoso central em 25,0% da população estudada. Os diagnósticos médicos mais frequentes foram Sepsis Neonatal (16,0%) e Pneumonia (8,0%). A análise dos dados mostrou que 26,0% das crianças apresentavam cólica e 38,0% constipação. O único método de alívio da dor encontrado em prescrições foi a utilização de analgésicos, se necessário, verificado em 60,0% dos prontuários.

Durante a coleta de dados foi questionado às genitoras das crianças participantes da pesquisa sobre o hábito de embalar e massagear seus filhos, e também sobre o conhecimento prévio do que se trata a shantala. Os resultados mostram que apenas 16,0% delas já tinham ouvido falar a respeito da técnica, apesar de 48,0% delas massagearem seus filhos de maneira empírica e 78,0% delas terem o hábito de embalar a criança em seus braços.

Após a aplicação da shantala foi observada uma redução significativa na frequência do comportamento “tensão muscular”, de 32,0% para 10,0%, considerando a amostra total e o valor de $p = 0,007$, conforme o teste de *Mcnemar*. Ao avaliar os valores médios dos parâmetros vitais após a implementação da técnica, observou-se que houve mudança significativa nas médias de saturação de oxigênio, temperatura e frequência respiratória, evidenciadas pelo teste de *Wilcoxon* (Tabela 2).

TABELA 2: Parâmetros Vitais apresentados antes e após a shantala.

Variáveis	Antes	Após	P*
	Média (DP)	Média (DP)	
Score de Dor	1,38	1,28	0,230
Frequência Cardíaca	136,32	138,20	0,107
Saturação de Oxigênio	97,26	98,32	0,007*
Temperatura	36,49	36,65	<0,001*
Frequência Respiratória	39,16	37,70	0,003*
Score do Índice de Silverman-Andersen	0,86	0,84	0,655

*Teste de *Wilcoxon*.

Foram analisadas as frequências nominais das categorias de dor expressas antes e após a implementação da Shantala, as quais mostraram relevante redução da categoria “dor leve” e considerável aumento da categoria “sem dor” na avaliação feita após a execução da massagem terapêutica (Gráfico 1).

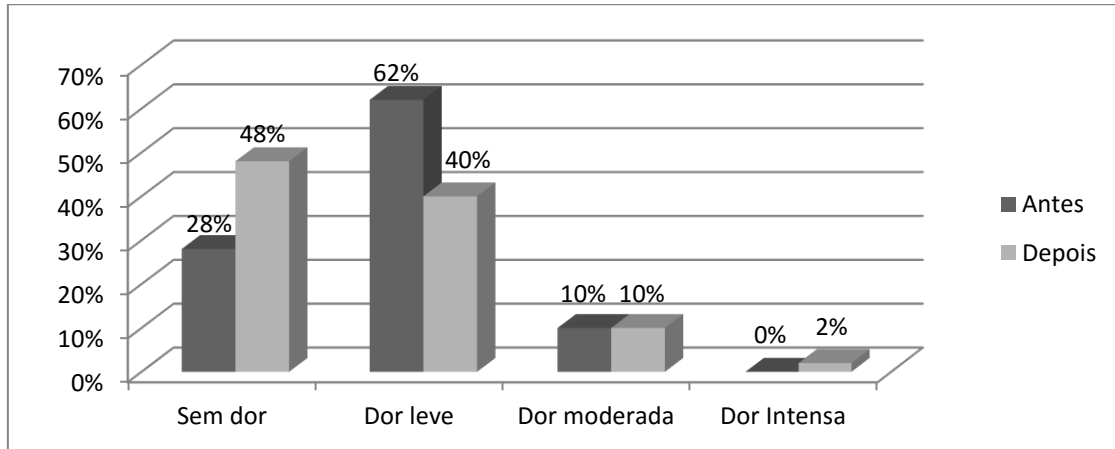


Gráfico 1: Comparativo da categoria da dor verificada antes e depois da aplicação da Shantala.

DISCUSSÃO

Com a leitura e interpretação dos dados obtidos durante esta pesquisa, viu-se que a predominância de participantes do sexo masculino também é encontrada em outros estudos que tratam sobre a aplicação de massagem terapêutica no público pediátrico.⁹⁻¹² Outro aspecto congruente com pesquisas da mesma temática supracitada, está relacionado à pessoa que acompanha a criança hospitalizada, pois assim como nesta pesquisa, a qual este papel foi majoritariamente desempenhado pelas genitoras, o mesmo aconteceu em um estudo realizado em hospital pediátrico de Fortaleza e em outro realizado em um hospital universitário em João Pessoa.^{13,14}

Ao verificar que todas as crianças hospitalizadas estavam acompanhadas por suas genitoras, surgiu a reflexão sobre o cuidado a um filho, hospitalizado ou não, ser prioritariamente responsabilidade materna. Como é evidenciado na literatura, recai sobre a mulher o peso maior de cuidar da casa e das crianças.¹⁵ Um estudo aponta que assumir o cuidado

do filho hospitalizado gera sentimentos de baixa autoestima, insegurança, fracasso e inabilidade para superar o processo de enfermidade instalado. Os diferentes papéis exercidos pelas mulheres na atual conjuntura social, como mães, esposas, donas de casa e profissionais, influenciam nas dificuldades vivenciadas ao se depararem com a hospitalização de um filho, como a separação dos demais membros da família, outros filhos para cuidar, e aumento de preocupações financeiras.¹⁶

O tempo médio de permanência hospitalar identificado nesta amostra ($6,84 \pm 8,76$) é dissonante do que é preconizado pela Agência nacional de Saúde Suplementar, que tem como meta o tempo de dois a três dias de permanência, considerando que o Hospital Universitário em questão é caracterizado como um hospital de pequeno porte.^{17,18} Nos resultados de uma pesquisa efetuada em um hospital pediátrico público de João Pessoa, o tempo de permanência foi de $9 \pm 7,52$ e os autores evidenciaram que esta média de permanência hospitalar é diretamente influenciada pelo estado clínico da criança, mostrando considerável semelhança com o presente estudo.¹⁹

As reações de dor e desconforto expressas pelas crianças durante a Shantala no momento do manuseio dos membros expostos à venopunção periférica são congruentes com achados da literatura. Um estudo sobre dor e estresse em recém-nascidos submetidos a punção venosa mostrou que este procedimento executado repetidamente, intensificou a dor em membros superiores mais do que em membros inferiores, aumentando também o nível cortisol.²⁰

Analisando este evento a partir da compreensão das acompanhantes das crianças que passam por este procedimento, uma pesquisa mostra que para as mães, não punção tantas vezes implica em boa qualidade da assistência de enfermagem.¹³ Já em um estudo feito com profissionais de enfermagem sobre a percepção da dor em recém nascidos, os resultados evidenciaram que o procedimento mais doloroso executado pelos mesmos é a punção venosa periférica, corroborando com os demais achados.²¹

Diante da problemática de estímulos dolorosos rotineiros, surge a necessidade da atuação da enfermagem no manejo da dor. Os estudos evidenciam que o manejo da dor pediátrica requer prioridade no planejamento terapêutico.²² Ele envolve a avaliação da dor, a utilização de um instrumento de avaliação adequada, o registro e a implementação de intervenções farmacológicas ou não.²³ Contrastante às condutas propostas, pesquisas de campo mostram que a avaliação da dor pelos profissionais de enfermagem tem sido feita por meio de observações individuais e critérios particulares, sem padronização, e que a adesão ao uso de escalas de avaliação da dor ainda é pequena.^{24,25}

Constatando-se a diminuição do score e das categorias de dor observadas nesta pesquisa, a partir da implementação de uma terapia não farmacológica, analisou-se um estudo que aplicou massagem terapêutica em 135 crianças em cuidados paliativos e avaliou a dor por meio da escala FLACC, apontando que de 45 pacientes que registraram scores >0 , 37, (82,2%) tiveram um score menor após a massagem, sete (15,6%) permaneceram com os mesmos parâmetros e um (2,2%) aumentou o score, mostrando evidências que corroboram com os resultados obtidos na presente pesquisa.¹² Já em um estudo randomizado com 80 lactentes submetidos a punção venosa, foram encontrados escores de dor significativamente menores entre o grupo submetido à massagem e o grupo controle.²⁶

Quanto ao uso das técnicas empregadas neste estudo para o alívio da dor pediátrica, as evidências mostram que em um estudo qualitativo com 42 enfermeiros, 9,5% relataram utilizar a musicoterapia e 7,1% a massagem.²⁴ Outra abordagem semelhante à supracitada, com 33 enfermeiros, revelou que 36,4% deles lançam mão da massagem em sua prática.²⁷ Uma pesquisa efetuada em um Hospital Pediátrico de Coimbra (Portugal), mostra que na rotina de cuidados neonatais daquela instituição é frequente a utilização de estratégias ditas não-farmacológicas, que dentre a listagem contida no estudo, destaca-se aqui a aplicação de massagem.²²

A significância estatística das médias de parâmetros vitais obtida ao se comparar o antes e depois da aplicação da shantala foi evidenciada também em outros achados científicos. Um estudo descritivo analítico intervencionista com 20 neonatos de uma unidade de terapia intensiva neonatal mostrou diminuição da frequência respiratória, de 49 ± 16 para 44 ± 14 , aumento da saturação de oxigênio de 97 ± 2 para 98 ± 1 e mesmo sem significância estatística, o aumento da frequência cardíaca de 153,8 para 155,8⁹, semelhante ao que foi identificado nos resultados desta investigação.

Uma pesquisa que analisava os padrões comportamentais e cardiorrespiratórios de neonatos de uma unidade de terapia intensiva antes e após a shantala, revelou a diminuição da frequência respiratória de $46,6\pm 14,8$ para $45,3\pm 15,6$ e aumento da saturação de oxigênio de $97\pm 2,06$ para $97,7\pm 1,51$.¹⁰ Outra pesquisa, também em unidade de terapia intensiva neonatal, que analisou a temperatura de neonatos prematuros antes e após a Shantala, apresentou aumento deste parâmetro²⁸. Percebeu-se que as alterações de parâmetros vitais, dentro dos limites fisiológicos, visualizadas nestas pesquisas supracitadas, são semelhantes aos que mostraram significância neste estudo.

A diminuição significativa da tensão muscular verificada nesta pesquisa após a aplicação da shantala, constitui-se como um indicador de manejo da dor, visto que, de acordo com a literatura, a avaliação comportamental da dor fundamenta-se na modificação de resposta motora, mímica facial e choro.²⁹ Pesquisadores afirmam que a aplicação da Shantala promove diminuição da tensão muscular, atuando sobre os ligamentos, liberando as tensões e o fluxo de energia corporal.³⁰

Dessa forma, os resultados deste estudo permitem afirmar que a prática da shantala é um meio não farmacológico eficaz para alívio da dor e adequação de parâmetros vitais, refletindo em promoção da saúde e bem-estar durante a hospitalização. A proposta de intervenção foi bem aceita pelos responsáveis das crianças, mostrando que as intervenções não farmacológicas despertam interesse e aceitabilidade aos usuários dos serviços de saúde, mesmo

ainda sendo pouco conhecidas, e que sua aplicabilidade é viável nos serviços de atenção hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Santos PM, Silva LFD, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Nursing care through the perception of hospitalized children. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69:603-9.
2. International Association for the Study of Pain - IASP. [homepage on the Internet]. Terminologia IASP. 2011. [cited 2019 fev 15] Available from: https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576_
3. Santos JP, Maranhão DG. Cuidado de Enfermagem e manejo da dor em crianças hospitalizadas: pesquisa bibliográfica. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2016; 16:44-50.
4. Cacciari P, Tacla MTGM. Avaliação da dor em um setor pediátrico pela equipe de enfermagem. *Pediatria Moderna.* 2012;48:9.
5. Kegler JJ, Paula CC, Neves ET, Jantsch LB. Pain management in the use of the peripherally inserted central catheter in newborns. *Esc. Anna Nery* [serial on the Internet]. 2016; 20:4. [cited 2019 Fev 19]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400216&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
6. Medina SAH. Efectividad del masaje shantala en niños de alto riesgo, atendidos en essalud III Chimbote, Julio – noviembre 2017. Chimbote: Universidad San Pedro; 2017 [cited 2019 Fev 14]. Available from: http://repositorio.usanpedro.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/4684/Tesis_56430.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia,

Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017.

8. Leboyer F. Shantala - massagem para bebês: uma arte tradicional. São Paulo: Ground; 1995.

9. Leal AGM. Análise dos Parâmetros Cardiorrespiratórios em Neonatos Submetidos à Shantala. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2013 [cited 2019 Mai 14]. Available from: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/6732>.

10. Leite JC. Influência da Massagem shantala no estado comportamental de neonatos de uma unidade de terapia intensiva. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2013 [cited 2019 Mai 14]. Available from: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/4205>.

11. Hathaway EE, Luberto CM, Bogenschutz LH, Geiss S, Wasson RS, Cotton S. Integrative care therapies and physiological and pain-related outcomes in hospitalized infants. *Global Advances In Health and Medicine*. 2015; 4:32-7.

12. Weekly T, Riley B, Wichman C, Tibbits M, Weaver M. Impact of a Massage Therapy Intervention for Pediatric Palliative Care Patients and Their Family Caregivers. *Journal of Palliative Care*. 2018; XX: 1-4.

13. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2010; 63(1):84-90 [cited 2019 Jun 03]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100014&lng=en.

14. Moreira, NRTL, Duarte MDB, Carvalho SMCR. A percepção da mãe após aprendizado e prática do método de massagem shantala no bebê. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 15(1):25-30.

15. Jablonski B. A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicologia: ciência e profissão*. 2010; 30(2):262-75.
16. Carmona EV, Coca KP, Vale IN, Abrão ACFV. Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2012; 46(2): 505-12 [cited 2019 Jun 03]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200032&lng=en.
17. Ministério da Saúde. Agência nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência Geral. 2013; 1(2). Janeiro de. [cited 2019 Jun 01]. Available from: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>.
18. Ebserh. Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande. Dimensionamento De Serviços Assistenciais. Brasília: 23 de abril de 2015. [cited 2019 Jun 02]. Available from: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/855496/Rel+Dim+Assist+HUAC+FINAL+23+04+15.pdf/3d8ee3f0-93b6-4fa4-9a5a-99610cf405e9>
19. Costa EO, Silva CS, Soares MESM, Silva RG, Amaral PB. Análise do tempo de internação de crianças com Pneumonia em Hospital Público de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2015; 18(2): 147-150.
20. Cruz CT. Dor e estresse de recém-nascidos submetidos a punção venosa em terapia intensiva [master's thesis]. Ijuí (RS): Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2016.
21. Amaral JB, Resende TA, Contim D, Barichello E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. *Esc. Anna Nery*. 2014;18(2): 241-46.

22. Reis, G. Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico. *Dor*. 2009; 17:18-23.
23. Moreno EAC, Carvalho AAS, Paz EPA. Dor na criança submetida à punção venosa periférica: efeito de um creme anestésico. *Esc. Anna Nery*. 2014; 18(3): 392-99.
24. Assunção CE, Ferreira NLR, Cordeiro SM, Pereira FMV, Moreira DS, Buchhorn SMM. The newborn with pain: the role of the nursing team. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013; 17(3): 439-45. [cited 2019 Jun 04] Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300439&lng=en.
25. Nóbrega ASM, Cantalice ASC, Cerqueira ACDR, Santos NCCB, Bezerra NA, Chaves TRS. Tecnologias de enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*. 2018; 9:2.
26. Chik YM, Ip WY, Choi KC. The Effect of Upper Limb Massage on Infants' Venipuncture Pain. *Pain Manag. Nurs*. 2017; 18: 50-7.
27. Figueiredo CIP. Estratégias Não Farmacológicas ao Cuidar da Criança com Dor [master's thesis]. Guarda: Escola Superior de Saúde; 2016.
28. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M. Temperature increases in preterm infants during massage therapy. *Infant Behavior and Development*. 2008; 31(1): 149–52.
29. Cordeiro RA, Costa R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2014; 23(1).
30. Nilzemar Ribeiro de Souza NR, Lau NC; Carmo TMD. Shantala Massagem para Bebês: experiência materna e familiar. *Ciência et Praxis*. 2011; 4(7).

APENDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE I: DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS	
Número identificador:	Data da coleta: / /
Sexo: () Feminino () Masculino	Data de Nascimento: / /
Endereço (cidade):	Habitação: () Zona Urbana () Zona Rural
Total de pessoas que vivem na residência:	
Com quem a criança mora: () Mãe () Pai () Irmãos () Avós () Tios () Outros: _____	
Parentesco do acompanhante:	Idade da mãe:
Nível de escolaridade da mãe: () Sem escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental () Médio incompleto () Médio () Superior incompleto () Superior	
Anos de estudo: () 0 () até 5 () <9 () 9 () <12 () 12 () <16 () 16 () >16	
Profissão da mãe:	Renda Familiar: () 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos () 7 ou mais salários mínimos
PARTE II: DADOS SOBRE A GESTAÇÃO E O NASCIMENTO	
Gravidez planejada: () Sim () Não	Realização do pré-natal: () Sim () Não
Semanas gestacionais ao nascer: _____ () A termo () Pré-termo () Pós-termo	
Tipo de parto: () Cesárea () Normal	Peso ao nascer:
Intercorrências na gestação: () Não () Sim Quais? _____	
Intercorrências no parto: () Não () Sim Quais? _____	
PARTE III: DADOS CLÍNICOS	
Data da coleta: / /	Dias de internação Hospitalar:
Diagnóstico médico:	
Tipo de dieta: () Aleitamento materno exclusivo () Aleitamento materno predominante () Aleitamento materno misto () Dieta Livre () Dieta líquida () Dieta pastosa () Outra: _____	
Tipo de ventilação: () Ar ambiente () Cateter nasal () Máscara () Ventilador Mecânico	
Padrão de sono (noturno): () 1-3 horas () 4 -6 horas () 7 -10 horas	
Apresenta Constipação: () Não () Sim Se sim, Quantos dias sem evacuar? _____	
Apresenta Cólica: () Não () Sim Se sim, Quantas vezes na semana? _____	

Está em Pré-operatório: () Não () Sim Se sim, Há quantos dias? _____				
Está em Pós-operatório: () Não () Sim Se sim, Há quantos dias? _____				
Em uso de dispositivo invasivo: () Não () CVC () CVP () SVD () SNG () SOG () TQT () TOT () Dreno de Penrose () Dreno de Sucção () Outros: _____				
Medicações em uso:				
PARTE IV: CONHECIMENTO PRÉVIO E COMPORTAMENTO ESBOÇADO				
Número identificador:		Data da coleta: / /		
Turno da coleta: () Manhã () Tarde		Horário da realização da TEAD:		
Tipo de TEAD* implementada:() Shantala () Banho de Ofurô() Brinquedo terapêutico				
Frequência de sessões de TEAD: () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª () 5ª () 6ª () 7ª () 8ª () 9ª				
Local de realização da TEAD: () Leito () Colchonete () Sala de procedimentos () Brinquedoteca () Outro: _____				
Práticas utilizadas concomitantemente: () Musicoterapia () Aromoterapia () Cromoterapia () Outros				
A mãe/acompanhante costuma embalar a criança? () Sim () Não				
A mãe/acompanhante já fez massagem na criança? () Sim () Não				
A mãe/acompanhante já ouviu falar de Shantala? () Sim () Não				
A mãe/acompanhante costuma dar o banho na criança? () Sim () Não				
A mãe/acompanhante já ouviu falar do banho de Ofurô? () Sim () Não				
Comportamento	Antes da TEAD		Após a TEAD	
	Sim	Não	Sim	Não
Solicita presença materna				
Evita olhar para o profissional				
Aperta os lábios				
Grita				
Comportamento protetor				
Tensão muscular				
Choro				
Postura retraída				
Cerra os olhos				
Soluço				
Franze a testa				
Suspira				
Colabora				
















*TEAD = Tecnologia de enfermagem para alívio da dor

Permanece calado				
Comportamento regressivo				
Postura indiferente				
Solicita interrupção do tratamento				
PARTE V: PARÂMETROS VITAIS				
Escala de dor utilizada: () FLACC				
Antes da TEAD:		Após a TEAD		
FC: _____ bpm		FC: _____ bpm		
FR: _____ irpm		FR: _____ irpm		
SpO2: _____ %		SpO2: _____ %		
PA: _____ mmHg		PA: _____ mmHg		
T: _____ °C		T: _____ °C		
Dor: Score: _____ Categoria: _____		Dor: Score: _____ Categoria: _____		
ISA: Score: _____ Categoria: _____		ISA: Score: _____ Categoria: _____		

*TEAD = Tecnologia de Enfermagem Aplicada à Dor

**ISA = Índice Silverman-Andersen

Índice Silverman-Andersen

	Retração Intercostal		Retração Xifóide	Batimento de Asa Nasal	Gemido Expiratório
	Superior	Inferior			
0	 sincronizado	 s/ tiragem	 ausente	 ausente	 ausente
1	 declive inspiratório	 pouco visível	 pouco visível	 discreto	 audível só c/ esteto
2	 balancim	 marcada	 marcada	 marcado	 audível s/ esteto

Fonte: (SILVERMAN; ANDERSEN, 1956)

Score: _____

Valores: 0 = Não há dificuldade respiratória
1 - 5 = dificuldade respiratória moderada
>5 = dificuldade grave

Escala de FLACCr (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P 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, movimento da 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 aplicação da escala			
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as 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.</p>			
<p>© 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.</p>			

Fonte: (BUSSOTTI; GUINSBURG; PEDREIRA, 2015)

Score: _____

Valores: 0 = Sem dor
 1 a 3 = Dor leve
 4 a 6 = Dor moderada
 7 a 10 = Dor intensa

ANEXO 1: COMITÊ DE ÉTICA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROJETO DOCES CUIDADOS: TECNOLOGIAS DE ENFERMAGEM E O MANEJO DA DOR EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Pesquisador: Anajás da Silva Cardoso Cantalice

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91726318.0.0000.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.839.692

Apresentação do Projeto:

O alívio da dor e a promoção do conforto são intervenções primordiais que envolvem, conhecimento científico e destreza técnica, questões humanitárias e éticas. O manejo da dor na criança hospitalizada é complexo e abrange elementos referentes ao cliente, aos profissionais de saúde e aos seus familiares, neste cenário as tecnologias de enfermagem representam uma prática relevante na implementação de uma assistência humanizada, capaz de minimizar o estresse vivido pela criança em ambiente hospitalar e reduzindo o tempo de internação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Verificar o efeito de tecnologias de enfermagem para o manejo da dor em crianças hospitalizadas na ala pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o manejo da dor da criança hospitalizada pela equipe de enfermagem;
- Utilizar escalas de dor para nortear o uso das tecnologias de enfermagem para seu manejo;
- Aplicar tecnologias de enfermagem para o manejo da dor em crianças hospitalizadas na ala pediátrica como o uso da shantala, o banho de ofurô e o uso do brinquedo terapêutico ;
- Verificar o efeito da implementação dessas tecnologias na avaliação da dor;
- Identificar os registros de enfermagem referentes às tecnologias farmacológicas e não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.639.692

criança em ambiente hospitalar, reduzindo o tempo de internação e, conseqüentemente, morbimortalidade associada a infecções nosocomiais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória relacionados na Resolução 466/12 foram anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe inconformidades éticas para o início da realização da pesquisa.

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_1120941.pdf	18/06/2018 14:39:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoPIBICUFCGCEP.docx	18/06/2018 14:38:18	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	telepibic.docx	18/06/2018 14:37:45	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito
Outros	declaracaocoleta.pdf	11/06/2018 13:28:00	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	setorial.docx	08/05/2018 19:11:38	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	institucional.docx	08/05/2018 19:11:18	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito
Outros	resultados.pdf	24/04/2018 17:36:45	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromissopesq.pdf	24/04/2018 17:35:18	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito
Folha de Rosto	rostodoce.pdf	24/04/2018 17:27:54	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento.docx	24/04/2018 12:12:49	Anajás da Silva Cardoso Cantalice	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.539.692

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 23 de Agosto de 2018

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br