



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Juliana Maria Rêgo Maciel Cardoso

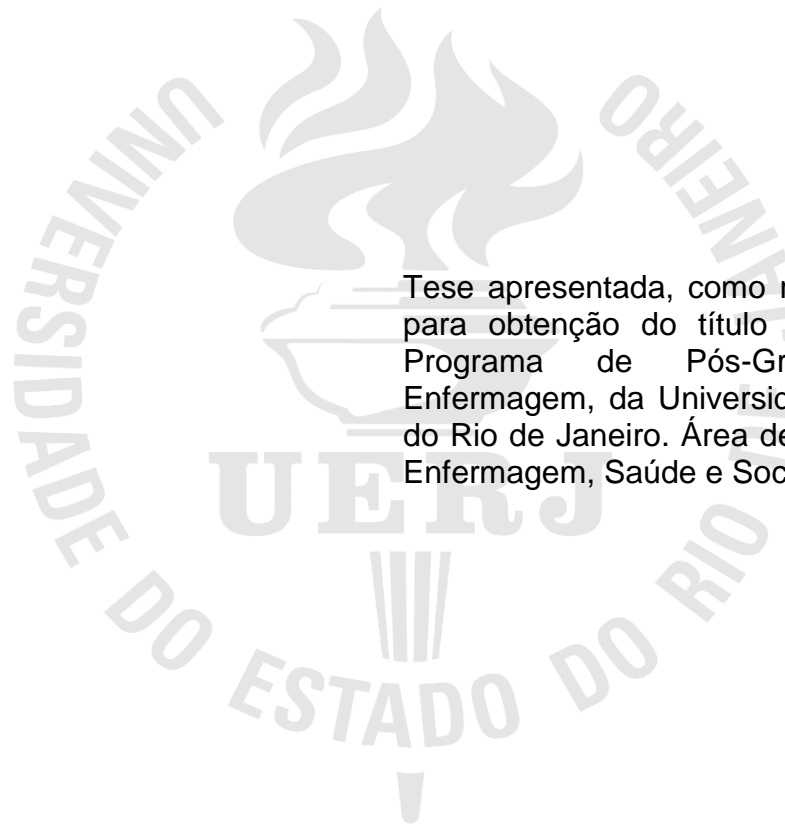
**A presença do familiar acompanhante durante os procedimentos
invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva:
contribuição para a enfermagem**

Rio de Janeiro

2020

Juliana Maria Rêgo Maciel Cardoso

A presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva: contribuição para a enfermagem



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Teixeira de Araújo Pacheco

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

C268 Cardoso, Juliana Maria Rêgo Maciel.
A presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva : contribuição para a enfermagem. / Juliana Maria Rêgo Maciel Cardoso. – 2020.
142 f.

Orientadora: Sandra Teixeira de Araújo Pacheco
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Relações profissional-família. 3. Criança hospitalizada. 4. Humanização da assistência. 5. Unidades de terapia intensiva pediátrica. 6. Pesquisa qualitativa. I. Pacheco, Sandra Teixeira de Araújo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Juliana Maria Rêgo Maciel Cardoso

A presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva: contribuição para a enfermagem

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 09 de setembro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sandra Teixeira de Araújo Pacheco (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Liliane Faria da Silva
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Tânia Vignuda de Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Poliana Coeli Costa Arantes
Instituto de Letras - UERJ

Prof.^a Dra. Michelle Darezzo Rodrigues Nunes
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Ana Maria, que, com seu imenso amor materno, foi além da sua condição física para estar comigo em todos os momentos nessa jornada. Ela me fez ser tão forte quanto ela, com seus ensinamentos, resiliência e obstinação. Tudo que fiz só foi possível porque ela cuidou da minha família nas minhas ausências e me apoiou para que eu concluísse o curso.

AGRADECIMENTOS

Chego, finalmente, ao fim dessa caminhada. Posso dizer que essa experiência me trouxe muito mais do que uma titulação acadêmica; foi também um grande aprendizado de vida, em que pude aprender que não somos nada sozinhos. Por isso, quero agradecer a todos que estiveram comigo de alguma maneira nesses anos.

A Deus, que iluminou meus passos, deu-me esperanças para chegar até o fim e colocou pessoas tão especiais em minha vida.

Ao meu amor, Felipe, pela sua parceria, compreensão, respeito e amor demonstrados não somente neste período, mas ao longo dos nossos longos anos de relacionamento.

Aos meus filhos, Pietro e Murilo. Posso dizer que o meu amor por vocês é incondicional e tê-los em minha vida torna o meu existir mais completo e cheio de experiências. Ter vivenciado a gestação do Murilo durante o curso foi desafiador e, por vezes, sofrido, mas me proporcionou diversas reflexões inerentes à situação da mulher mãe, enfermeira, professora e pesquisadora em nossa sociedade.

À minha tia, Bené, e meus primos, Rodolfo e Bruno, por sempre me impulsionarem a alcançar os meus objetivos profissionais desde a adolescência. Vocês foram e continuam sendo inspiradores.

À minha sogra, Eliany Cardoso, pelo carinho e por sempre estar disponível para nos ajudar no que fosse necessário.

Às crianças doentes e seus familiares de que já cuidei e ainda irei cuidar, o meu respeito, desejo e empenho para que sejam sempre oferecidos a vocês um cuidado de enfermagem ético, seguro e humanizado.

Aos enfermeiros participantes da pesquisa, pelo acolhimento tão carinhoso e por dividirem comigo um pouco de suas experiências. Vocês foram muito importantes na construção desta tese.

Aos colegas da Área Materno Infantil da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé, pela sensibilidade, compreensão e incentivo à minha qualificação.

Ao Prof. Dr. Thiago da Silva Privado e à Prof^a. Ms. Carina Bulcão Pinto, pela amizade, apoio, carinho e palavras de ânimo durante essa trajetória.

Aos colegas de trabalho do CETIP do Hospital Federal dos Servidores do Estado, que muito me ensinaram sobre o cotidiano de atuação do enfermeiro no cuidado à criança gravemente enferma. Em especial, às enfermeiras Ana Cristina e Rosana Rosa, que me ajudaram com palavras de incentivo e foram importantes parceiras no ambiente de trabalho.

Aos docentes e funcionários do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pelo compromisso e receptividade.

Às colegas do doutorado Adriana, Janaína, Paula Karen e Verônica. Cada uma, a seu modo, contribuiu de maneira especial nessa minha longa caminhada.

Às amigas Renata e Márcia que eu conheci ao longo do curso e que se tornaram pessoas especiais em minha vida.

À Prof^a. Dra. Tânia Vignuda de Souza, minha gratidão pela gentileza com a qual sempre me recebeu. Suas sugestões foram muito enriquecedoras.

Às professoras que compuseram a banca examinadora, Prof^a. Dra. Liliane Faria da Silva, Prof^a. Dra. Poliana Coeli Costa Arantes, Prof^a. Dra. Michelle Darezzo Rodrigues Nunes, Prof^a. Dra. Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes e Prof^a. Dra. Antônia da Conceição Cylindro Machado. Sou extremamente grata pela disponibilidade e generosidade em contribuir com este estudo.

À Prof^a. Dra. Sandra Teixeira de Araújo Pacheco, que acreditou no meu potencial e aceitou o desafio de me orientar já durante o curso. Com sua sabedoria, sempre esteve disposta a contribuir e, assim, me instruiu a todo tempo, para que eu conseguisse lapidar essa tese. Muito obrigada pelos ensinamentos e pela enorme paciência comigo.

Saber não é suficiente; nós devemos aplicar.
Desejar não é suficiente; nós devemos fazer.

Goethe

RESUMO

CARDOSO, Juliana Maria Rêgo Maciel. **A presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva**: contribuição para a enfermagem. 2020. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Pensar na criança internada em cuidados intensivos é refletir para além do contexto da gravidade clínica, dos procedimentos invasivos rotineiros e da verificação intermitente dos sinais vitais. Cabe valorizar a importância do familiar acompanhante junto a ela em todos os momentos, entendendo a família como uma estrutura indissociável. Nesse contexto, a criança precisa das pessoas significativas ao seu lado, mas é comum a solicitação para que o familiar acompanhante se retire durante a execução de algum procedimento técnico realizado pelos profissionais de saúde junto à criança. Diante do exposto, foram delimitados os seguintes objetivos: conhecer a atuação do enfermeiro quanto à presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na unidade de terapia intensiva (UTI); e interpretar a atuação do enfermeiro e as relações de poder envolvidas na tomada de decisão quanto à presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na UTI. Método: pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, com 19 enfermeiros de duas unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) localizadas no Município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, de maio a julho de 2019. A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética com os pareceres n. 3.383.388 e n. 3371.533. Resultados: a análise do material empírico foi realizada através do software Iramuteq. O corpus textual foi processado pelo software, organizando a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) em 5 classes. Na análise lexical, as classes 2, 4 e 5 se referem ao querer do enfermeiro e do familiar acompanhante na UTIP; às falas que fundamentam a decisão pela não presença do familiar durante a realização de procedimentos invasivos; e ao afastamento do familiar acompanhante como estratégia de poder. As classes 3 e 1 versam sobre as relações enfermeiro/familiar e orientações como estratégia para o esclarecimento de dúvidas. Muitas foram as razões elencadas pelos enfermeiros para justificar a não presença do familiar junto à criança durante a realização de algum procedimento invasivo, como: as características comportamentais do familiar/criança; normas e regras balizadas nas instituições-cenário desse estudo; e o próprio não querer dos enfermeiros entrevistados. Conclui-se que os enfermeiros, no contexto da UTIP, ainda não instituem a presença do familiar junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos como parte de sua prática assistencial. Nessas justificativas, estão representadas as relações de poder enfermeiro/familiar e o poder como necessidade de controle, configurando, assim, o cotidiano quanto à presença do familiar junto à criança na realização de procedimentos invasivos na UTIP. Portanto, o enfermeiro constrói um poder exercido, seja interditando ou excluindo o familiar na vigência de um procedimento invasivo.

Palavras-chave: Família. Unidade de terapia intensiva pediátrica. Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

CARDOSO, Juliana Maria Rêgo Maciel. **The presence of the accompanying family member during invasive procedures performed on the child in the intensive care unit:** contribution to nursing. 2020. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Thinking about the child in intensive care is reflecting beyond the context of clinical severity, the invasive procedures performed routinely and the intermittent verification of vital signs. It is worth valuing the importance of the family member always accompanying the child, understanding the family as an inseparable structure. Thus, the child needs significant people at his side, however, it is common to request the accompanying family member to leave the room during the execution of some technical procedure performed by health professionals. Taking these matters in consideration, the objectives of this study were: to know the nurse's action regarding the presence of the family member accompanying the child during the performance of invasive procedures in the intensive care unit (ICU); and to interpret the role of the nurse and the power relations involved in decision making regarding the presence of the accompanying family member with the child during the performance of invasive procedures in the ICU. Method: Exploratory-Descriptive Qualitative research with 19 nurses from two pediatric intensive care units (PICUs) located in the city of Rio de Janeiro. Data collection was carried out through semi-structured interviews from May to July 2019. The research was approved by the ethics committees under the respective opinions n. 3,383,388 and n. 3371,533. Results: the analysis of the empirical material was performed using the Iramuteq software. The textual corpus was processed by the software that organized the Descending Hierarchical Classification (DHC) into 5 classes. In the lexical analysis, classes 2, 4 and 5 refer to the wishes of the nurse and the accompanying family member in the PICU, the statements that support the decision for the absence of the family member during the performance of invasive procedures and the removal of the accompanying family member as a strategy for power. Classes 3 and 1 deal with the relationship between the nurse and the accompanying family member as well as guidance as a strategy to clarify doubts. There were many reasons listed by nurses to justify the non-presence of the family member with the child during the performance of any invasive procedure, such as: the behavioral characteristics of the family member/child; norms and rules based on the scenario institutions of this study; and the interviewed nurses' unwillingness. It is concluded that nurses, in the PICU context, still do not institute the presence of a family member accompanying the child during the performance of invasive procedures as part of their care practice. In the justifications, the nurse/family accompanying power relations and power as a need for control are represented, thus configuring the daily routine regarding the presence of the family member with the child when performing invasive PICU procedures. Therefore, the nurse builds an exercised power, either by interdicting or excluding the family member during an invasive PICU procedure.

Keywords: Family. Pediatric intensive care unit. Pediatric nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma da busca nas bases de dados	36
Quadro 1 –	Total de estudos excluídos da busca por critérios de exclusão	36
Quadro 2 –	Total de estudos selecionados por autores, ano de publicação, país, base de dados, participantes e local do estudo	37
Quadro 3 –	Total de artigos por categorias temáticas, autoria, ano e título	40
Figura 2 –	Esquema organizacional da composição do corpus textual	62
Quadro 4 –	Caracterização dos participantes do estudo	65
Figura 3 –	Esquema de caracterização dos entrevistados	67
Quadro 5 –	Legenda das variáveis utilizadas no estudo	68
Figura 4 –	Dendograma da classificação hierárquica descendente (CHD) das classes	70
Tabela –	Distribuição quantitativa das classes do corpus textual	71
Figura 5 –	Dendograma de classificação hierárquica descendente (CHD) das classes com as palavras	72
Figura 6 –	Apresentação esquemática das categorias e das classes ..	73
Quadro 6 –	Palavras mais significativas da classe 2	75
Quadro 7 –	Palavras mais significativas da classe 4	85
Quadro 8 –	Palavras mais significativas da classe 5	92
Quadro 9 –	Palavras mais significativas da classe 3	101
Quadro 10 –	Palavras mais significativas da classe 1	105
Figura 7 –	Nuvem de palavras	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF	Cuidado Centrado na Família
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FP	Family Presence (família presente)
PICC	Catéter Central de Inserção Periférica
PNH	Política Nacional de Humanização
ST	Segmento de texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	PROBLEMATIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	21
1.1	A criança e a família e sua inserção no ambiente hospitalar: aspectos históricos, sociais, legais	21
1.2	A equipe de enfermagem e a família da criança na UTIP	24
1.3	Modelo de cuidado na família e seus desdobramentos	25
1.4	Justificativa e relevância do estudo	32
1.5	Evidências científicas que tratam sobre a presença do familiar acompanhante em uma unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP)	34
1.5.1	<u>A presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica sob a visão dos pais/familiares</u>	41
1.5.2	<u>A presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica sob a visão dos profissionais de saúde</u>	42
1.5.3	<u>Impacto da presença da família durante os procedimentos invasivos na UTIP</u>	44
2	REFERENCIAL TEÓRICO	47
2.1	As relações de poder em Michel Foucault	47
3	PERCURSO METODOLÓGICO	51
3.1	Tipo de pesquisa e método	51
3.2	Cenário da pesquisa	51
3.3	Participantes da pesquisa	53
3.4	Procedimentos e estratégias de desenvolvimento da pesquisa	55
3.4.1	<u>Primeiro passo: aproximação com o cenário de pesquisa</u>	55
3.4.2	<u>Segundo passo: aproximação e interação com os possíveis participantes da pesquisa</u>	55

3.4.3	<u>Terceiro passo: a realização das entrevistas</u>	56
3.5	Aspectos éticos da pesquisa	58
3.6	Critérios para encerramento do trabalho de campo	60
3.7	Organização e análise dos dados	60
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
4.1	Caracterização dos participantes	64
4.2	Apresentação das variáveis do estudo utilizadas no IRAMUTEQ	67
4.3	Análise lexical das entrevistas	68
4.4	Análise das classes do corpus	74
4.4.1	<u>Eixo 1: os depoimentos centrados nas formas de poder</u>	74
4.4.1.1	Classe 2: o querer do enfermeiro e o querer do familiar acompanhante na UTIP	74
4.4.1.2	Subeixo 1.1: o poder relacionado aos múltiplos procedimentos invasivos	85
4.4.1.2.1	Classe 4: as falas que fundamentam a decisão pela não presença do familiar durante a realização de procedimentos invasivos	85
4.4.1.2.2	Classe 5: o afastamento do familiar acompanhante como estratégia de poder	92
4.4.2	<u>Eixo 2: as interfaces das relações humanas no contexto da UTIP</u> .	100
4.4.2.1	Classe 3: as relações enfermeiro-familiar acompanhante no cotidiano da realização de procedimentos invasivos	100
4.4.2.2	Classe 1: a orientação como estratégia de esclarecimentos do familiar acompanhante da criança internada na UTIP	105
4.5	Método de nuvem de palavras	108
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	128

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
APÊNDICE C – Orçamento financeiro da pesquisa	131
ANEXO A – Parecer substanciado do CEP da instituição proponente	132
ANEXO B – Parecer substanciado do CEP da instituição coparticipante 1	136
ANEXO C – Parecer substanciado do CEP da instituição coparticipante 2	140

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao longo de todo o meu percurso na Enfermagem, desde a graduação na Escola de Enfermagem Anna Nery, o desejo e o interesse pelo cuidado da criança sempre foram uma constante na minha formação. Por essa razão, ainda na graduação, atuei, por dois anos, como monitora da disciplina “A criança, a escola e eu” do Programa Curricular Interdepartamental I, cujo foco era a promoção da saúde do escolar supostamente saudável. Após a graduação, com o intuito de dar continuidade ao meu aprimoramento na área, iniciei, em 2007, a Pós-graduação lato sensu em Enfermagem Pediátrica, na mesma instituição de ensino, o que me possibilitou ampliar o conhecimento teórico, assim como habilidades técnicas e pedagógicas.

No mesmo ano, fui convocada, por meio de concurso público, como enfermeira estatutária do Ministério da Saúde. Dessa maneira, iniciei meu percurso profissional como enfermeira plantonista na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um Hospital Federal do Estado, em uma unidade que se destaca não apenas por ser a primeira com atendimento especializado às crianças gravemente enfermas no Brasil, como também por ser uma unidade de formação na Pós-graduação lato sensu, que recebe residentes de diversas áreas da saúde, como enfermagem e medicina.

Vale ressaltar que, na perspectiva da UTIP e como enfermeira assistencial, pude perceber que prestar um cuidado humanizado à criança e sua família representa romper algumas barreiras, tais como: o excesso de ruídos; as múltiplas manipulações à criança; o medo pelo ambiente desconhecido da UTIP; a dor provocada pelos procedimentos invasivos; o distanciamento dos pais ou pessoas significantes; e a escassez de atividades lúdicas junto à criança.

Concomitante a isso, em 2008, fui selecionada para atuar como docente nas disciplinas de graduação na área de Saúde da Criança, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Essa experiência foi primordial em minha vida, pois tive a oportunidade de vivenciar momentos construtivos nas discussões em sala de aula e com os alunos no contato direto, com a criança e sua família dentro do ambiente hospitalar e no atendimento ambulatorial.

A partir dessa trajetória, observei que a atuação do enfermeiro em saúde da criança precisa ser pautada nas especificidades dessa clientela, no que diz respeito à idade, ao seu desenvolvimento cognitivo, à estrutura familiar e às relações estabelecidas entre seus membros, bem como aos eventos estressores relacionados à doença e hospitalização. Fatores estes, que influenciam, sobremaneira, no processo de internação.

Somando a isso, faz-se necessário, no processo de hospitalização da criança, estabelecer momentos de escuta e de fala para o familiar acompanhante expressar sua vivência, de modo que os profissionais de enfermagem se mobilizem no sentido de minimizar o sofrimento da família durante o período da internação hospitalar de sua criança.

Certamente que, ao agir desta forma, o enfermeiro se aproxima da humanização do cuidado, que inclui não apenas as ações cotidianas da assistência como realização de procedimentos técnicos e administração de medicamentos, mas também contempla os aspectos psicossociais e amplia este cuidado para os familiares acompanhantes, que, embora não sejam os sujeitos-fim da assistência de enfermagem, são pessoas de vital importância para a criança e precisam ser valorizadas como tal. Além disso, outras questões merecem reflexões com vistas à busca desse cuidado humanizado, são elas: o relacionamento interpessoal do enfermeiro e da equipe de enfermagem com a criança e sua família; a participação da criança e da família na tomada de decisões durante o processo de hospitalização; e a mudança das rotinas familiares ocasionada pela internação na UTIP.

Assim, motivada a dar resposta a uma dessas questões, busquei, no ano de 2009, o curso de mestrado acadêmico, na Faculdade de Enfermagem da UERJ. Em minha dissertação, optei por investigar as relações sociais estabelecidas pelo familiar acompanhante durante a internação da criança gravemente enferma na UTIP. Durante a pesquisa, pude observar que, em sua maioria, essa pessoa que acompanha a criança é a mãe, que, para permanecer junto à criança nesta condição, estabelece relações sociais com diferentes pessoas do seu convívio social. Tais relações ocorrem por meio de laços consanguíneos e com membros da comunidade (CARDOSO, 2010).

O estudo realizado à época possibilitou conhecer as motivações para os familiares acompanhantes permanecerem em tempo integral naquele ambiente com

a criança. Pude constatar que o que pautava a ação desses acompanhantes era preocupação de que a criança não se sentisse sozinha, abandonada, além do desejo pela melhora, recuperação e a cura. Outro fator que contribuiu para a presença dos familiares acompanhantes na UTIP foi o apoio recebido por parte de seus familiares e/ou membros de sua comunidade, seja por meio do auxílio nas atividades domésticas, laborais, de cuidado com os outros filhos e apoio financeiro. Ainda neste estudo, evidenciou-se que a falta de condições financeiras para custear o transporte de sua casa ao hospital foi um dos principais motivos elencados pelos pais/ familiares acompanhantes para não permanecerem em tempo integral com suas crianças hospitalizadas (CARDOSO, 2010).

Nesse sentido, tais achados apontaram a importância da parceria entre o familiar acompanhante e as diversas pessoas que o ajudam, seja da sua própria família (consanguínea) ou da sua comunidade. Ainda, ajudam a esclarecer os profissionais de saúde que assistem a criança e, por vezes, questionam a presença frequente do familiar acompanhante, sem ao menos conhecer a dinâmica estabelecida pelos mesmos no ambiente extra-hospitalar, o que pode, inclusive, interferir na forma como este familiar acompanhante se faz presente na unidade.

Outra reflexão inerente à dissertação tem relação com a valorização do familiar acompanhante dentro da unidade, pois muitas, em sua maioria mulheres, deixam sua residência e suas atividades da vida cotidiana para acompanharem as crianças durante o processo de internação. No entanto, permanecem na porta de entrada da UTIP, esperando a liberação da equipe multidisciplinar, em especial, da Enfermagem, para que tenham possibilidade de estar junto com sua criança.

Vale ressaltar que, em minha experiência profissional, observo que a espera pela possibilidade de entrada na unidade pode se perdurar por horas, pois algumas unidades limitam o acesso dos pais/acompanhantes tão somente após o banho no leito e a visita médica, ou após a vigência de alguma intercorrência clínica, com qualquer uma das crianças internadas.

Essa limitação de acesso geralmente é justificada nos discursos dos profissionais como necessária devido aos inúmeros procedimentos invasivos realizados com a criança que, muitas vezes, apresenta gravidade do estado clínico. Segundo essa lógica, os familiares podem ficar abalados emocionalmente por verem as crianças serem submetidas a procedimentos invasivos desconhecidos por eles e que causam dor.

Ainda, há que se considerar como se sente a criança internada, que pode estar lúcida, sentindo-se sozinha por não ter alguém do seu convívio ao seu lado, com dor intensa, em processo de desmame sedativo ou apresentando delirium, sendo cuidada por pessoas desconhecidas e sem o apoio de uma pessoa significativa.

Vale destacar que essas rotinas estabelecidas em algumas UTIs Pediátricas são de aceitação da maioria dos profissionais, pois se enquadram em um modelo de assistência centrado na patologia, historicamente oriundo do modelo biologicista, amplamente praticado nos primórdios da hospitalização no Brasil (PUTTINI, JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Na contramão deste modelo, o Estado brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), prevê, em sua política doutrinária, a integralidade da assistência, princípio que considera todas as ações para substancialização da saúde (BRASIL, 1990). Desta forma, pode-se afirmar a presença do familiar acompanhante integralmente na UTIP como uma ação que corrobora para o apoio emocional e reestabelecimento da saúde da criança.

Nesse cenário, destaca-se também a Política Nacional de Humanização (PNH), criada no início do século XXI, que tem como prerrogativa a valorização do usuário, profissional e gestor no percurso de construção da saúde, por meio do estímulo à comunicação entre eles, além de mudanças na forma de gerir e cuidar (BRASIL, 2004).

Cabe ressaltar que o profissional enfermeiro exerce um relevante papel no processo de elaboração, planejamento e execução das rotinas hospitalares que contemplam a PNH. Uma dessas rotinas diz respeito ao fluxo de entrada e saída dos familiares acompanhantes, bem como a presença deste junto à criança, pois a gerência do cuidado de enfermagem está sob a responsabilidade do enfermeiro e ele é quem terá contato contínuo com o familiar acompanhante dentro da unidade.

Isto se justifica pelo fato de a equipe de enfermagem realizar a monitorização contínua da criança em cuidados intensivos, com verificação regular dos sinais vitais, além da administração de medicamentos, administração de dieta enteral, parenteral e por via oral, mudança de decúbito, troca de fralda, verificação do débito urinário, banho no leito, curativos, aspiração das vias aéreas superiores, traqueal e endotraqueal, que ocorrem de forma periódica ao longo do plantão. Portanto, são os profissionais que estão constantemente em convívio com a família.

Exatamente por possuir uma maior interação com a família, por vezes, o profissional enfermeiro assume uma postura autoritária frente ao acesso do familiar acompanhante na UTIP, deixando, eventualmente, de levar em consideração os benefícios da presença dos entes queridos junto à criança neste ambiente. Ainda, em algumas situações, o profissional não avalia as especificidades relacionadas à criança, tais como idade, nível de consciência e gravidade do estado clínico, que poderiam influenciar nas decisões relacionadas ao acesso do familiar acompanhante na unidade. Essa conduta pode estar atrelada a uma dificuldade relacional que, porventura, exista entre os profissionais e acompanhantes, o que acarreta uma conduta profissional mais rigorosa, arbitrária e impositiva.

O enfermeiro precisa, ainda, considerar que o ambiente da terapia intensiva possui características estruturais, como ruídos contínuos, ambiente fechado, cercado por pessoas desconhecidas e iluminação intensa, que podem dificultar uma melhor aceitação da criança aos procedimentos invasivos e não invasivos realizados. Sendo assim, a presença do familiar acompanhante pode ser um elemento facilitador neste momento.

Portanto, considera-se que a presença integral de um familiar acompanhante no processo de hospitalização é fundamental para o restabelecimento clínico e o bem-estar da criança, propiciando melhor qualidade de vida e contribuindo para a humanização da assistência, pois ele interage continuamente com a criança e oferece segurança, amor e carinho.

Nessa perspectiva, pelo Art. 12 da Lei nº 8069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ficou garantido à criança hospitalizada o direito ao acompanhamento dos pais/responsáveis legais, embora o texto não especifique os setores hospitalares englobados nesse direito. Também a Resolução nº 41, de 1995, do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA), prevê o direito da criança hospitalizada ao acompanhamento por sua mãe, pai ou responsável legal, além de possuir o direito de que os pais participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Apenas no ano de 2006, 26 anos após a promulgação do ECA, o Art. 12 foi alterado, com a inclusão do direito à permanência em tempo integral dos pais para acompanhamento dos seus filhos na UTIP e unidades intermediárias. Assim, a instituição que não possibilita tal situação está infringindo a legislação vigente.

Com o objetivo de regulamentar a garantia dos direitos citados anteriormente, foi desenvolvido o Plano Nacional de Proteção, Defesa e Garantia dos direitos da criança e do adolescente. No cômputo das diretrizes desse plano, destaca-se a posição central da família nas políticas públicas, da responsabilidade prioritária do Estado “no fomento de políticas integradas de apoio à família e reconhecimento das competências da família na sua organização interna e na superação de suas dificuldades” (BRASIL, 2006; NERY, 2010, p. 199-200).

Reforçando este entendimento, Nery (p. 201, 2010) aponta serem apropriadas ações com centralidade na família, considerando sua potencialidade, a fim de impulsionar “ações que sejam libertadoras, que estimulem emancipação, que considere e conte com a rede social de apoio, revelando também a necessidade da profunda articulação das diversas áreas”.

No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, a Lei nº 8512/2019 garante o livre acesso da mãe ou responsável legal da criança e adolescente que estejam sendo atendidos nas urgências e emergências dos hospitais públicos e privados. No Art. 1º, inciso 1º, fica permitida a presença de um responsável pela criança ou adolescente, durante os procedimentos médicos dispensados a eles.

Nesse sentido, nos últimos 30 anos, considerando o marco legal e conceitual do ECA, as políticas públicas relacionadas à criança se convergem, pois valorizam o bem-estar dessa clientela, priorizando a manutenção dos vínculos familiares em todos os âmbitos assistenciais.

No ambiente da UTIP, por se tratar de uma unidade que possui um imaginário social associado à morte e onde existe certa restrição do acesso de pessoas, o processo de hospitalização para a família pode gerar diversos sentimentos de medo, incertezas, incapacidade, perda, sofrimento e dor, assim como, reações e mudanças em sua rotina familiar. Essa situação pode ser agravada, principalmente quando os mesmos são distanciados das decisões, informações, proximidade e do cuidado direto a criança internada. Além disto, muitos familiares, por desconhecimento dos seus direitos, adotam uma postura passiva frente às rotinas estabelecidas e condutas traçadas na UTIP.

Considerando uma lógica humanizada, ética e pautada na contribuição que o familiar acompanhante tem para a criança, o profissional de saúde é quem deve garantir o direito à criança de ter uma pessoa significativa ao seu lado.

Em contrapartida, em muitas unidades, os profissionais de saúde não oferecem ao familiar acompanhante a opção de estar presente ou se retirar durante qualquer procedimento invasivo. Há, também, unidades que optam por solicitar a saída do familiar acompanhante como rotina, independentemente da necessidade clínica da criança ou do desejo do acompanhante.

A partir dessas reflexões, uma nova situação se desvelou como uma grande inquietação, referente à questão da presença do familiar acompanhante durante a realização de procedimentos invasivos realizados pela equipe de enfermagem com a criança na Unidade de Terapia Intensiva.

Essa inquietação tem uma relação direta com os resultados da minha dissertação de mestrado, que evidenciou as relações sociais estabelecidas pelo familiar acompanhante para estar presente na UTIP acompanhando a criança, pois, muitas vezes, embora estejam totalmente disponíveis na porta da unidade, não conseguem, de fato, estar presente no leito junto à criança, pela multiplicidade de procedimentos invasivos realizados.

É nessa lógica que a tese surge como uma possibilidade de esclarecimento para tal questão, que trata sobre a presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva.

1 PROBLEMATIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1 A criança e a família e sua inserção no ambiente hospitalar: aspectos históricos, sociais, legais

O processo de hospitalização da criança e a inserção de sua família no ambiente hospitalar possuem relação direta com a construção histórica da sociedade ocidental, assim como da história social da criança e família. O fato de a criança somente se tornar fonte de preocupação e estudo a partir do século XIX e de simplesmente não haver relatos históricos sobre sua existência antes do século XVI mostra sua invisibilidade social e a inexistência enquanto categoria diferenciada do ser humano (ARIÈS, 1981).

Lima, Rocha e Scochi (1999) afirmam que, alinhado com o exposto acima, com as modificações na forma de produzir oriundas da Revolução Industrial e a evolução na prática médica, desde o final do século XIX, aconteceram expressivas mudanças na assistência à criança hospitalizada. Para esta clientela em especial, houve um crescente desenvolvimento e estruturação do atendimento especializado, principalmente no final do século XIX em Paris, chegando ao Brasil no início do século XX (ARAÚJO et al., 2014).

Nesse sentido, Lima, Rocha e Scochi (1999) destacam que, na literatura norte americana, até 1930, o enfoque principal da assistência à criança hospitalizada era o isolamento rigoroso das crianças, com o objetivo da prevenção à transmissão de infecção. Essa maneira de cuidar causou um afastamento dos familiares com a criança e profissionais, tendo também sua origem na história social. Segundo Ariès (1981), para os menos favorecidos economicamente, até o século XIX, a família era concebida apenas como sentimento de linhagem. Vale ressaltar que, essa herança de assistência que distancia os familiares de um envolvimento com a criança e equipe multiprofissional tem reflexos até os dias de hoje (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

No Brasil, de acordo com Souza e Oliveira (2004), o início do século XX foi marcado por transformações no setor da saúde. Na década de 1930, houve uma subdivisão no ensino da pediatria e a construção de dois hospitais especializados no

atendimento à clientela pediátrica clínica e cirúrgica: o Hospital Jesus da prefeitura e o Instituto de Puericultura do Governo Federal, ambos localizados no estado Rio de Janeiro.

Impulsionados pela preocupação com o adoecimento infantil, as autoridades públicas brasileiras, nas décadas de 1930 e 1940, desenvolveram os primeiros programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. As ações propostas pelos programas tinham o caráter curativo e visavam diminuir o absenteísmo das mães trabalhadoras (ARAÚJO et al., 2014).

Naquela época, a assistência prestada à criança hospitalizada era realizada por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e as visitas na unidade hospitalar eram restritivas. A adoção dessas rotinas estava associada à crença dos profissionais de que os familiares poderiam transmitir doenças às crianças internadas (COLLET; ROCHA, 2003).

Entretanto, indo de encontro a este modo de pensar, Bowlby (2002), ao desenvolver a teoria do apego seguro e inseguro na infância, veio alertar que, principalmente nos três primeiros anos de vida, frente à ausência da figura materna, a criança pode apresentar ansiedade, tristeza e desamparo, apontando, já naquela época, os efeitos danosos que o afastamento da figura materna poderia trazer para a saúde emocional de uma criança. Outro teórico relevante nessa perspectiva foi Winnicott, que destacou a importância dos cuidados maternos na construção da personalidade e saúde psíquica da criança (DIAS, 2003).

Nesse contexto, outra contribuição se deu a partir de Spitz (2004), quando revelou que a institucionalização de crianças associada ao distanciamento da mãe pode levar ao desenvolvimento da Síndrome do hospitalismo. O autor destaca como efeitos da separação o aparecimento na criança de sintomas similares aos da depressão em adultos e a deterioração progressiva, com declínio do coeficiente de desenvolvimento, concluindo que a ausência da mãe configura carência emocional.

Assim, a partir de estudos realizados por esses teóricos, ficou evidente a importância das primeiras relações estabelecidas entre a mãe e o bebê para o desenvolvimento da criança e os efeitos da separação da mãe para a criança hospitalizada, o que foi uma das molas propulsoras para que as unidades de internação pediátricas passassem a aceitar as visitas periódicas dos pais, mesmo que parcialmente (DE BRUM; SCHERMANN, 2004).

A partir desse movimento, houve a elaboração do relatório Platt, documento que significou uma mudança de paradigma da assistência prestada à criança. As recomendações do relatório Platt fortaleciam a importância da família, o entendimento da criança como sujeito único que necessita de atendimento de profissionais especializados e que tem direito desenvolver atividades lúdicas e educacionais, mesmo que durante o período de internação (COLLET; ROCHA, 2003).

Além disso, a Declaração Universal dos Direitos da Criança corroborou para a valorização da unidade familiar em todos os âmbitos. No Princípio VI, o documento trata sobre o direito a “crescer com o amparo e sob a responsabilidade de seus pais, (...) em um ambiente de afeto e segurança moral e material”, como também preconiza que a criança em tenra idade não deverá ser afastada da mãe (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA, 1959).

No que tange aos documentos legais instituídos no Brasil, observa-se uma mudança no papel da família. A Constituição Federal de 1988 (art. 227) e o ECA de 1990 trazem uma abordagem impositiva em relação às responsabilidades diversas e deveres da família frente à criança, incluindo o direito à saúde, o que, de fato, é de fundamental importância.

Recentemente, no âmbito da saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) aborda a família como sujeito de cuidado e responsável pela criança, conjuntamente com a equipe de saúde, o que pode ser visto no art 5º, que versa sobre as diretrizes da política e propõe “fomento ao cuidado e a corresponsabilidade da família”. Isso não apenas reforça as responsabilidades legais inerentes à família, como também fortalece o papel da família enquanto agente ativo no movimento de cuidado da criança em fase de adoecimento e hospitalização (BRASIL, 2015).

Sendo assim, o PNAISC e os documentos anteriormente citados colaboraram para uma nova forma de assistir à criança, o que pode ser observado com a crescente inserção da família no ambiente hospitalar. A aproximação da família nas unidades de internação pode ser justificada pelo fortalecimento das ações humanizadas nas instituições hospitalares, pela tentativa de manutenção da unidade familiar e laços afetivos existentes e pelo esforço mútuo entre profissionais e familiares a fim de minimizarem os efeitos da separação causados na criança, como perda de controle e ansiedade (HOKENBERRY; WILSON, 2014).

Vale destacar, ainda, os múltiplos esforços na elaboração de políticas de saúde e documentos legais nos âmbitos federal e estadual a fim de tornar visível a necessidade da criança e família em estarem juntos, mesmo em meio ao processo de adoecimento e internação em uma unidade de cuidados críticos. Contudo, nos dias atuais, não são raras as situações em que a criança é cerceada do seu direito legal ao acompanhamento integral, no ambiente hospitalar. Em alguns casos, esse impedimento para o acesso ao leito da criança aponta para a existência de relações desiguais de poder entre a equipe multidisciplinar, em especial, a enfermagem e o familiar acompanhante.

1.2 A equipe de enfermagem e a família da criança na UTIP

As pesquisas que abordam a criança hospitalizada, em especial com enfoque no familiar/acompanhante, passaram a ser um tema bastante difundido no meio acadêmico no Brasil, principalmente na Enfermagem, a partir da década de 1990 (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Nesse sentido, o estudo de revisão sistemática realizado por Albuquerque et al. (2013) evidenciou que os familiares das crianças hospitalizadas ainda são vistos apenas como informantes pelos profissionais de saúde, o que demonstra a necessidade de maior sensibilidade dos mesmos e uma atuação profissional que insira, de fato, os familiares como parte do cuidado.

Essa dificuldade também foi observada por Angelo et al. (2014). Os autores mostraram que, embora tenham sido observadas atitudes de apoio às famílias quanto ao envolvimento nos cuidados de enfermagem, no que concerne aos enfermeiros com maior tempo de formação, estes ofereceram menos suporte quanto à participação das famílias. Além disso, uma parcela desses enfermeiros mais experiente pensa que cuidar da família é um fardo, o que provavelmente reflete na exclusão da família no planejamento de cuidado diário desses profissionais e constitui um fator impeditivo para uma relação colaborativa entre famílias e enfermeiros.

Somando-se a esta reflexão, Brassolatti e Veríssimo (2013), em uma revisão de literatura sobre a presença dos pais e a promoção do desenvolvimento da criança

hospitalizada, observaram que esta ainda não é considerada foco central das pesquisas científicas. Esse fato reflete a dificuldade da enfermagem pediátrica em inserir a família, pois não vislumbra com clareza e amplitude a sua capacidade de contribuir, por meio de diversas ações que repercutem positivamente no prognóstico da criança.

As dificuldades encontradas pelo enfermeiro na relação e atuação profissional com as famílias podem ser influenciadas pelo conceito que possuem sobre as mesmas. Assim, uma atitude favorável dos enfermeiros para com as famílias é um indicador relevante para sua integração no processo de cuidado (FERNANDES et al., 2015).

Este fato pôde ser observado no estudo de Sampaio e Angelo (2015). Ao investigarem a vivência do enfermeiro ao cuidarem de famílias de crianças hospitalizadas, os autores identificaram como conduta motivacional pensar na família e incluí-la no cuidado, por meio do atendimento de suas demandas e aprimorando a abordagem a ela. Outra conduta encontrada pelos autores foi estimular o engajamento da família com ações que valorizam sua presença, além de integrá-la no cuidado e atendimento às demandas da criança.

Nesta linha de pensar, Wright e Leahey (2012) referem que essa postura acolhedora e motivada do enfermeiro mostra que há um compromisso ético e moral no envolvimento das famílias no cuidado de saúde, principalmente por considerar as evidências científicas acerca do impacto da família na saúde e bem-estar dos seus membros. Tais achados apontam para a necessidade de se considerar o Cuidado Centrado na Família como primordial na prática de enfermagem (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

1.3 Modelo de cuidado na família e seus desdobramentos

Numa lógica mais humanizada de assistência à criança, em 1969, foi criado o termo *medicina de cuidado ao paciente*, que posteriormente foi adaptado para *cuidado centrado no paciente*, com o objetivo de avaliar o cuidado prestado no hospital, na visão dos pacientes e suas famílias, além de refletir sobre a autonomia do paciente (INSTITUTE OF PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2008).

No sentido de aprimorar o termo, em 1990, foi acrescentada a palavra *família*, e foram iniciados os esforços para a criação do Instituto de Cuidado Centrado na Família (ICCF). O termo mais utilizado na Enfermagem é *cuidado centrado na família* (CCF), embora este seja sinônimo de *cuidado centrado no paciente e na família* (PINTO et al., 2010).

De acordo com Smith (2018), no ambiente hospitalar, o CCF pode ser estabelecido teoricamente e operacionalmente. Quanto a definição teórica ele é uma filosofia de cuidado que reconhece a família como constante na vida da criança, além disso, essa abordagem prevê o “planejamento, entrega e avaliação dos cuidados de saúde baseado em parcerias mutuamente benéficas entre pacientes, famílias e profissionais de saúde”. Em relação a definição operacional, essa parceria é eficiente para a elaboração de programas políticos e clínicos, mostrando-se primordiais em assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (INSTITUTE OF PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017, pg. 2).

O conceito de CCF foi inicialmente descrito e constituído de nove elementos a serem considerados no planejamento dos cuidados, terapêuticos e na abordagem à criança e família, são eles: 1) reconhecer a família como uma constante na vida da criança; 2) facilitar a colaboração entre os pais e profissionais em todos os níveis de cuidados de saúde; 3) respeitar as diversidades racial, étnica, cultural e socioeconômica das famílias; 4) reconhecer as forças e a individualidade da família, e respeitar os diferentes métodos de enfrentamento; 5) compartilhar informações completas e imparciais com a família de modo contínuo; 6) encorajar e facilitar o apoio e as redes entre famílias; 7) responder às necessidades de desenvolvimento da criança e da família como parte das práticas de cuidado em saúde; 8) adotar políticas e práticas que forneçam apoio emocional e financeiro às famílias; e 9) planejar um cuidado em saúde que seja flexivo, culturalmente competente e responsivo às necessidades da família (SHELTON; JEPPSON; JOHNSON, 1987; INSTITUTE OF PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2008).

Atualmente, esse conceito foi resumido em quatro conceitos, a saber: 1) dignidade e respeito; 2) informação compartilhada; 3) participação; e 4) colaboração. Esses conceitos apontam para ações que favorecem o relacionamento interpessoal entre família, paciente e profissional, além de fortalecer os laços entre eles, principalmente no que se refere ao cuidado à criança gravemente enferma (INSTITUTE OF PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017).

Como citado anteriormente, esse modelo traz diversos benefícios para todos os envolvidos, entretanto, autores possuem visões distintas quanto à sua ampliação.

Cruz e Angelo (2011) ressaltam que o cuidado centrado na família é vislumbrado, principalmente no âmbito internacional, como um modelo que progride e alcança diferentes dimensões, em que a família se insere não apenas como participativa no processo decisório, como também são consideradas como conselheiras. Por ser uma estratégia recente no âmbito nacional, as iniciativas que já existem são consideradas discretas, pois esse cuidado geralmente é praticado por profissionais isolados, o que reforça a necessidade de maior fundamentação teórica no planejamento, prestação e avaliação dos cuidados prestados junto à família (CRUZ; ANGELO, 2011).

Foster (2015) afirma que, mesmo “após 50 anos de estudo no desenvolvimento de uma teoria sobre o CCF nos dias atuais ainda há uma resistência e dificuldade na implementação desse modelo de cuidado”, principalmente em relação aos profissionais. Especificamente na UTIP, a maneira como são organizadas as rotinas da unidade, ou até mesmo o espaço físico dos leitos, possui uma relação direta com o modelo de assistência prestado ao paciente utilizado na instituição.

É relevante considerar os múltiplos esforços realizados, que incluem a publicação de artigos e mudanças nos protocolos assistenciais, principalmente pelos Estados Unidos da América (EUA), em prol da possibilidade de uma assistência que, de fato, dê à família uma autonomia em relação ao cuidado prestado à criança, tratamento e prognóstico nas diferentes etapas do processo de hospitalização.

Dentre as diversas estratégias de cuidado baseadas no CCF, pode-se destacar a instituída pelo Foote Hospital, em Michigan (EUA), que, na década de 1980, lançou um programa que atendesse às necessidades da família, com a elaboração do conceito de *Family Presence* – traduzido para o português como presença da família. O programa foi pensado na possibilidade da facilitação da prática da presença de membros da família durante a ressuscitação dos pacientes (MEYERS et al., 2000).

Posteriormente, já na década de 1990, a Emergency Nurses Association, uma entidade originada nos EUA, criou um protocolo que incentiva a presença familiar na cabeceira do leito durante os procedimentos invasivos e/ou ressuscitação, inclusive com pacientes pediátricos. Preconiza que a autoridade para tomar a decisão sobre a

presença deve ser dada à família, considerada o principal apoio da criança (EMERGENCY NURSING RESOURCES DEVELOPMENT COMMITTEE, 2012). Esta nova perspectiva amplia a proposta inicial e valoriza os familiares como sujeitos ativos na tomada de decisão sobre o tratamento e procedimentos diversos a que a criança é submetida.

Assim, desde a criação do termo e elaboração do protocolo, inúmeras pesquisas foram desenvolvidas no âmbito da pediatria a nível internacional que comprovam a eficácia e importância da presença da família durante os procedimentos invasivos, como intubação orotraqueal e punção lombar, assim como as manobras de ressuscitação e *rounds* realizados no ambiente hospitalar, na visão dos profissionais de saúde e familiares das crianças (DUDLEY et al., 2009; JONES et al., 2011; KUZIN et al., 2007; MCGAHEY-OAKLAND et al., 2007; NIGROVIC; MC QUEEN ; NEUMAN, 2007; SANDERS et al., 2016).

No estudo desenvolvido por Kuzin et al. (2007) em UTIs Pediátricas, onde a presença da família é uma prática realizada no cotidiano, 65% dos profissionais relataram que as famílias, com frequência, expressam o desejo de estarem presentes nos *rounds*; no entanto, a maioria afirma que as famílias raramente o solicitam em procedimentos invasivos e manobras de ressuscitação. Em relação à opinião dos profissionais, a maior parte acredita que a família tem o direito de estar presente nas situações descritas anteriormente.

Com respeito à família, Dudley et al. (2009) observaram que ela concorda que sua presença durante a ressuscitação é eficaz para a criança e para si. Em relação às experiências de presenciar os eventos da ressuscitação, constatou-se que os familiares entendem melhor os esforços realizados pela equipe na tentativa de reanimar a criança (MCGAHEY-OAKLAND et al., 2007).

Em relação à opinião da família, Dudley et al. (2009) mostraram que os membros da família expressaram o desejo de estarem presentes com sua criança, indicando como justificativa o fato de haver uma conexão especial entre eles, além de oferecerem conforto, o que faz toda diferença para a criança.

É importante ressaltar que a maioria dos estudos sobre essa temática considera a importância da família para além da concepção da família nuclear, incluindo também as pessoas significativas para a criança.

Diante da possibilidade de implementar o cuidado centrado na família e considerando a possibilidade da presença desta junto à criança, inclusive nos

procedimentos invasivos e manobras de ressuscitação, alguns autores vêm mostrando que a presença da família não possui influência sobre a eficácia dos procedimentos e cuidados prestados à criança crítica (DUDLEY et al., 2009; NIGROVIC; MC QUEEN; NEUMAN, 2007; O'CONNELL et al., 2007; SANDERS et al., 2016).

Para Sanders et al. (2016), em relação à intubação orotraqueal, a presença da família não interferiu na taxa de sucesso do procedimento e nem na porcentagem de sucesso na primeira tentativa, como também não esteve associada a eventos adversos, dessaturação de oxigênio ou alteração no nível de estresse do profissional. Semelhantemente, o mesmo fato foi observado nas tentativas de punção lombar em crianças (NIGROVIC; MC QUEEN; NEUMAN, 2007).

No trauma pediátrico, o tempo dispensado para a realização de tomografia computadorizada e manobras de ressuscitação não foram diferentes para crianças com ou sem presença da família (DUDLEY et al., 2009).

A equipe de saúde ressalta que, durante a ressuscitação, a presença da família não teve efeito na tomada de decisão, de atendimento ao paciente, comunicação entre os profissionais e entre os profissionais e a família (O'CONNELL et al., 2007).

Sendo assim, mediante os achados supracitados, a presença da família junto à criança em cuidados críticos, seja na unidade de terapia intensiva pediátrica ou emergência pediátrica, é uma prática que, na visão dos profissionais, traz benefícios para a família e criança, pois os familiares confortam a criança e costumam entender melhor os esforços realizados pela equipe de saúde em determinadas situações, como reanimação cardiopulmonar, por exemplo (DUDLEY et al., 2009; MCGAHEY-OAKLAND et al., 2007).

Em contrapartida, embora os profissionais entendam a importância da presença da família em todos os momentos juntos à criança, eles referem desconforto durante situações, como reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos, além de receio quanto à possibilidade de sofrerem processo judicial caso o atendimento não atenda a expectativa/necessidade da família, (JONES et al., 2011; KUZIN et al., 2007).

É relevante ressaltar que os estudos anteriormente citados que mensuraram a eficiência da realização de procedimentos invasivos e manobras de reanimação cardiopulmonar em crianças com a presença da família apontam evidências que

sustentam ser esta uma rotina que não interfere na qualidade e nem no tempo de duração do procedimento (NIGROVIC; MC QUEEN; NEUMAN, 2007; O'CONNELL et al., 2007; SANDERS et al., 2016).

Cabe destacar ainda que, atualmente no Brasil, este conceito ainda é pouco discutido e merece aprofundamento teórico. O distanciamento na discussão desse tema mostra a dificuldade em avançar com práticas de saúde mais seguras que envolvam a família no processo informativo, decisório e participativo dentro da UTIP. Essa é uma conduta que favorece uma assistência mais humanizada e segura, pois respeita o direito de escolha da criança e familiar acompanhante em momentos tão cruciais e únicos, além de favorecer a melhor comunicação entre profissionais de saúde e família.

No âmbito legal, a presença da família já é garantida na UTIP pela Resolução 50/2002 da ANVISA, com a destinação de espaço para poltrona, como também pela lei 13.257/2016 (atualização do art. 12 do ECA), efetivando esse direito à presença integral. No entanto, cabe considerar o espaço físico das unidades, pois, por terem sido construídas antes dos documentos legais que amparam tal prática, podem não possuir infraestrutura física adequada para a acomodação dos familiares acompanhantes.

Para além disso, a discussão de um modelo de cuidado centrado na família caminha discretamente nas unidades pediátricas brasileiras. Dessa maneira, a implementação de protocolos institucionais que valorizem a presença da família durante todos os momentos da internação da criança ainda é escassa. Mekitarian e Angelo (2015), em seu estudo realizado no ambiente da emergência pediátrica, revelam que os profissionais com tempo de formação inferior a 10 anos são mais propícios a presença da família.

Em relação aos motivos que conduzem os profissionais a excluir a família neste ambiente, os principais são o desconforto e a insegurança. Já entre aqueles que os fazem incluir está a colaboração fornecida para que os procedimentos invasivos sejam facilitados, como, por exemplo, auxílio na contenção. No entanto, sem considerar as necessidades da família (MEKITARIAN; ANGELO, 2015).

Ainda a este respeito, em estudo realizado em uma UTIP oncológica, Dos Anjos (2015) alertou que alguns profissionais de saúde retiram o familiar acompanhante durante a realização de determinados procedimentos invasivos, como intubações, punções de acessos profundos e cateterismo vesical, por

exemplo, destacando a orientação para que esses familiares não prestem nenhum cuidado quando a criança estiver sedada ou em uso de drogas vasoativas.

Nesse sentido, observa-se que o familiar acompanhante é cerceado em relação à escolha de estar presente com a criança durante a realização de alguns procedimentos, ou seja, há uma limitação da autonomia dele quando é de conveniência dos profissionais.

Mediante a literatura disponível, no âmbito nacional, é possível observar que, para os profissionais e famílias envolvidos nos procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar, a presença da família ainda é considerada um tabu. Entretanto, no âmbito internacional, em especial nos EUA, existe um protocolo para sistematização da rotina, além de vários estudos que evidenciam a eficácia de tal conduta.

Assim, em sua totalidade, os estudos afirmam que não há interferência em relação à assistência realizada pela equipe de saúde à criança nessas situações descritas acima. Sendo assim, a PF deve ser uma prática estimulada em todo o mundo, visando sempre aos benefícios para os familiares e criança, além de favorecer um cuidado mais humano que respeite a família e seus direitos (DUDLEY et al., 2009; JONES et al., 2011; KUZIN et al., 2007; MCGAHEY-OAKLAND et al., 2007; NIGROVIC; MC QUEEN; NEUMAN, 2007; SANDERS et al., 2016).

Observa-se a necessidade de ampliar as pesquisas que tenham como foco esta temática, principalmente no Brasil, além da possibilidade de aplicá-la em outros ambientes de cuidado, como a UTIP.

Isto reflete, possivelmente, no exercício profissional dos enfermeiros pela dificuldade de adotarem uma conduta profissional baseada no conceito e princípios do CCF, pois muitos não foram capacitados pelas instituições onde atuam para desenvolverem essa perspectiva de cuidado.

Vale ressaltar que o cuidado centrado na família no ambiente da UTIP é um modelo que engloba, para além do direito da criança ao acompanhamento integral com a disponibilidade de uma poltrona ao lado do leito, o entendimento da família como uma continuidade dessa criança. Acompanhante e criança são, portanto, indissociáveis, precisando ser envolvidos, respeitados e valorizados em sua autonomia.

De outro modo, quando esses aspectos não são considerados por parte dos profissionais de saúde, estes adotam ações e discursos em seu cotidiano de

trabalho permeados pelo poder, que, de certa forma, possuem por serem responsáveis pelo cuidado da criança na UTIP, estando os pais, em muitas situações, excluídos desse cuidado. Entretanto, o poder não deve ser considerado uma propriedade que alguma pessoa possui e outra, não. O poder é algo inerente a todo homem, onde quer que ele se encontre e se relacione.

Assim, diante dessa possibilidade de aprofundamento teórico e motivada pela inexistência atual de pesquisas nacionais que abordem a questão da presença do familiar acompanhante junto à criança durante os procedimentos invasivos na unidade de terapia intensiva, apresenta-se como questão norteadora: Como se dá atuação do enfermeiro quanto à presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na unidade de terapia intensiva?

A fim de elucidar essa questão norteadora, traçou-se como objeto do estudo: A atuação do enfermeiro quanto à presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na unidade de terapia intensiva.

Para tanto, foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- a) conhecer como se dá a atuação do enfermeiro quanto à presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na unidade de terapia intensiva; e
- b) interpretar a atuação do enfermeiro e as relações de poder envolvidas na tomada de decisão quanto à presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na unidade de terapia intensiva.

1.4 Justificativa e relevância do estudo

O presente estudo é justificado mediante a sua relação direta com a segurança e qualidade dos cuidados prestados à criança e familiar acompanhante que se encontram inseridos na UTIP, principalmente, no que tange ao cumprimento dos direitos legais que assistem a essa criança nesse contexto.

A fim de esclarecer a complexidade dessa problemática, é pertinente considerar os indicadores referentes ao contexto que envolvem as internações de crianças em UTIP, bem como a mortalidade associada.

De acordo com os dados da UNICEF (2019), de 1990 a 2018, houve uma diminuição significativa da mortalidade de crianças de um mês até 14 anos em todo o mundo. Cabe destacar que, em 2018, a mortalidade de crianças de 5 a 14 anos foi consideravelmente menor do que a probabilidade de crianças menores de 5 anos morrerem.

No Brasil, de acordo com Malta et al. (2019), a taxa de mortalidade infantil (crianças entre 0 a 5 anos) foi de 103.972 óbitos em 2000, reduzindo para 51.344 óbitos no ano de 2013. Esse declínio de 49,3% é representado majoritariamente pelas causas evitáveis, dentre elas, destacam-se as ações de diagnóstico e tratamento adequado.

Em relação às internações nas UTIs pediátricas brasileiras, dados do Registro Nacional de Terapia Intensiva (2019) apontam a existência de 1.016 leitos e 109 unidades. O Sudeste se destaca dentre as outras regiões, pois possui 682 leitos e 71 UTIs pediátricas.

No que se refere à faixa etária das crianças internadas em 2019 no Brasil, 27,08% eram lactentes (7 a 24 meses); 23,82% das crianças eram da idade pré-escolar (25 a 72 meses); e 23,82% tinham menos de seis meses de vida. Houve predominância de internação de crianças do sexo masculino com 55,55% dos casos (REGISTRO NACIONAL DE TERAPIA INTENSIVA, 2019).

Dentre as principais causas de internação no Brasil, as infecções correspondem a 46,01%; seguidas pelas doenças respiratórias, com 21,72%; e doenças do sistema nervoso central, com 8,34% (REGISTRO NACIONAL DE TERAPIA INTENSIVA, 2019).

A respeito do uso de suporte invasivo, entre os anos de 2011 a 2019, houve um aumento no uso de ventilação mecânica de 12,20% para 17,77%, o que sugere mais crianças sendo submetidas ao procedimento intubação orotraqueal. A utilização das aminas vasoativas, que indica a necessidade de inserção de acesso venoso profundo ou cateter central de inserção periférica, não obteve mudanças significativas (REGISTRO NACIONAL DE TERAPIA INTENSIVA, 2019).

Quanto ao tempo de permanência na UTIP, o tipo de hospital influenciou nos resultados. Nas unidades do setor privado, em relação às do setor público, as

crianças permanecem por menos tempo internadas. De 2011 a 2019, a duração média da internação de crianças em UTIP no setor privado foi de 6,71 dias, e de 10,48 dias no setor público (REGISTRO NACIONAL DE TERAPIA INTENSIVA, 2019).

Considerando os principais desfechos clínicos no território nacional, em 2011, a taxa de mortalidade na UTIP reduziu de 4,84% para 3,78, em 2019. Entretanto, quando comparada pelo tipo de hospital, a taxa de mortalidade em UTIP pública é de 9,00%, enquanto, na UTIP do setor privado, é de 2,35%, (REGISTRO NACIONAL DE TERAPIA INTENSIVA, 2019).

A partir dos dados apresentados, é possível mensurar a complexidade desse campo de atuação profissional, pois envolve múltiplos procedimentos invasivos de alta complexidade, além disso, são unidades de internação onde, por vezes, há o risco iminente de morte das crianças internadas.

Vale ressaltar, ainda, as repercussões biopsicossociais causadas pela internação na UTIP, que podem acometer as crianças e seus familiares, em especial, na vigência dos procedimentos invasivos tão rotineiros nessas unidades. Desta forma, esta tese surge como uma possibilidade de discutir a atuação do enfermeiro frente à presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos.

1.5 Evidências científicas que tratam sobre a presença do familiar acompanhante em uma unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP)

Com vistas a uma maior aproximação com a temática deste estudo, em maio de 2020, foi realizada uma revisão integrativa com intuito de identificar publicações científicas nacionais e internacionais que abordassem o fenômeno da presença da família em unidades de terapia intensiva pediátrica

A referida revisão foi estruturada de acordo com as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), a saber: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) busca na literatura científica; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; e 6) síntese de conhecimento.

Na primeira etapa dessa revisão, foi delimitada a seguinte questão de pesquisa: O que aponta a produção científica sobre a presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica?

Para auxiliar na elaboração da questão de pesquisa, foi utilizado o acrônimo PICO, em que: “P” é a população (família); “I” é o fenômeno de interesse (presença da família); e “Co” é contexto (UTIP) (DAVIES, 2011).

As bases de dados pesquisadas foram: Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed; e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Utilizaram-se os descritores controlados disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), Medical Subject Headings (MeSH) e CINAHL Headings: “unidade de terapia intensiva pediátrica” (“intensive care units, pediatric”); “enfermagem pediátrica” (“pediatric nursing”); e “família” (“family”). Para auxiliar na busca, esses descritores foram conjugados com os operadores booleanos AND e OR, a fim de especificar o assunto pesquisado.

Optou-se por incluir, nessa revisão: teses e dissertações, artigos originais com texto completo e resumo disponível, em via digital, nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre os anos de 1990 e 2019, e cuja temática respondesse à pergunta norteadora da pesquisa. Ainda, trabalhos que tivessem sido realizados por profissionais de saúde, no cenário da UTIP ou egressos dela. Foram excluídos capítulos de livros, editoriais, revisões de literatura, relatos de experiência e estudos duplicados.

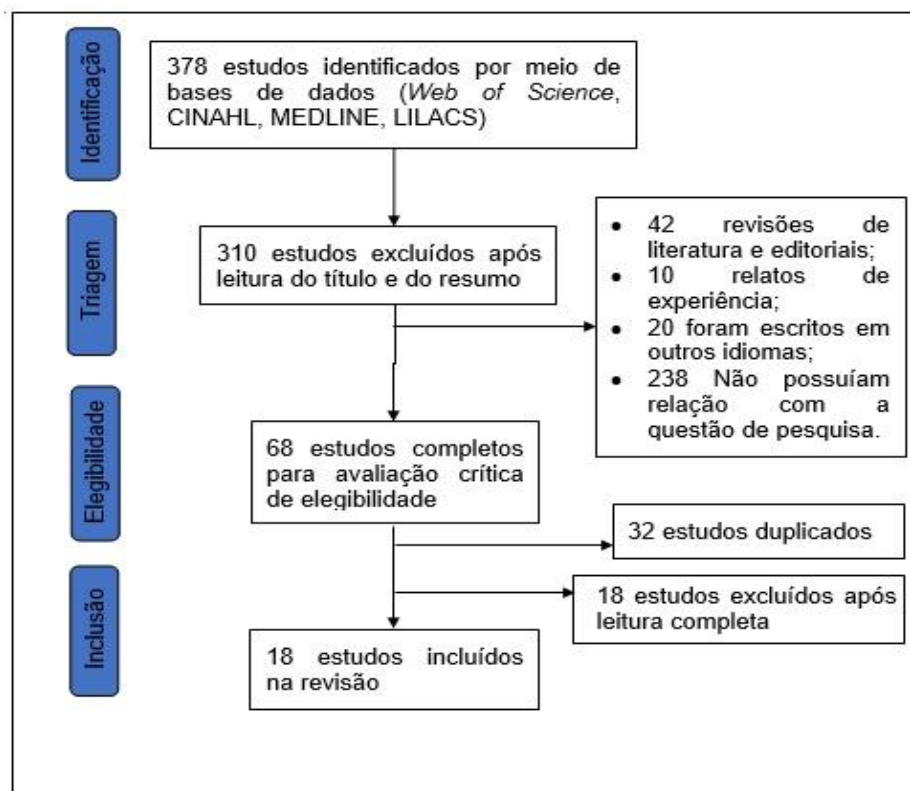
Empregou-se como recorte temporal inicial o ano de 1990. A escolha foi motivada em função de ser esse o ano de promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, considerado uma referência nos direitos da criança no Brasil.

Realizou-se, em um primeiro momento, a leitura dos títulos e resumos, a fim de verificar se os estudos apresentavam relação com a questão norteadora. Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão da pesquisa. Após esta etapa, as publicações foram exploradas na íntegra para avaliação da elegibilidade dos estudos.

Com intuito de melhor compreender o percurso da revisão integrativa, foi elaborada a Figura 1, que apresenta o fluxograma dos estudos que tratavam sobre

a presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica, encontrados nos bancos de dados utilizados dessa revisão:

Figura 1- Fluxograma da busca nas bases de dados



Fonte: A autora, 2020.

A revisão integrativa encontrou 378 pesquisas, sendo: 131 na MEDLINE; 62 na LILACS; 78 na CINAHL; e 107 na Web of Science. Após aplicação dos critérios de exclusão, foram excluídos 310 estudos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1- Total de estudos excluídos da busca por critérios de exclusão

Estudos excluídos	MEDLINE	LILACS	CINAHL	Web of science	Total
Artigos de revisão	12	9	13	2	36
Editorial	5	0	1	0	6
Idioma	11	6	2	1	20
Relatos de experiência	5	2	3	0	10
Sem relação com questão de pesquisa	81	34	36	87	238
Total	114	51	55	90	310

Fonte: A autora, 2020.

Posteriormente, 68 estudos foram avaliados quanto à elegibilidade e lidos na íntegra. Destes, 32 foram excluídos por repetição, e 18 estudos foram excluídos após a leitura completa, por não terem relação com a questão de pesquisa. Desta forma, foram incluídos 18 estudos nessa revisão integrativa, pois tratavam efetivamente sobre a presença do familiar acompanhante na UTIP. Os estudos que foram realizados concomitantemente em uma UTIP e em outra unidade de terapia intensiva como, por exemplo, cardiológica, oncológica ou neonatal, foram incluídos com a finalidade de obter o máximo de informação sobre a questão.

Nesse sentido, elaborou-se o Quadro 2, que apresenta a relação de estudos selecionados de forma sistemática por base de dados, título, autoria, ano de publicação, país, participantes e local do estudo.

Quadro 2 – Total de estudos selecionados por autores, ano de publicação, país, base de dados, participantes e local do estudo (continua)

Cód. do trabalho	Autores Ano/ País	Base de dados	Participantes	Local do estudo
T ¹	COATS, H. et al. (2018) EUA	MEDLINE	Enfermeiros	UTIP, UTIN e UTIP cardiológica.
T ²	SANDERS, R.C. et al. (2016) EUA	MEDLINE	Familiares da criança.	UTIP
T ³	LATOIR, J. M., et al. (2011) Holanda	MEDLINE	Enfermeiros, médicos e pais de crianças.	UTIP
T ⁴	PLOUFFE, J. A., et al. (2010) Canadá	MEDLINE	Profissionais de saúde.	UTIP
T ⁵	PYE, S.; KANE, J.; JONES, A. (2010) EUA	MEDLINE	Enfermeiras	UTIP cardiológica
T ⁶	SMITH, A. B; HEFLEY, G. C; ANAND, K. J. S. (2007) EUA	MEDLINE	Pais de crianças internadas.	UTIP
T ⁷	DOS ANJOS, C. et al. (2019) Brasil	LILACS	Equipe de Enfermagem.	UTIP oncológica
T ⁸	FRANCHI, R.; et al. (2018) Espanha	LILACS	Pais de crianças egressas.	UTIP

Quadro 2 – Total de estudos selecionados por autores, ano de publicação, país, base de dados, participantes e local do estudo (conclusão)

Cód. do trabalho	Autores Ano/ País	Base de dados	Participantes	Local do estudo
T ⁹	VALDERRAMA, S. M. L.; MUÑOZ, R. L. (2016) Colômbia	LILACS	Pais de crianças internadas.	UTIP
T ¹⁰	RODRIGUES, A. C.; CALEGARY, T. (2016) Brasil	LILACS	Equipe de Enfermagem.	UTIP
T ¹¹	CARDOSO, J. M. R. M.; et al. (2013) Brasil	LILACS	Familiares acompanhantes.	UTIP
T ¹²	CARDOSO, S. B. (2009) Brasil	LILACS	Equipe de enfermagem.	UTIP
T ¹³	CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. (2008) Brasil	LILACS	Profissionais da equipe de saúde.	UTIP
T ¹⁴	MOLINA, R. C.; et al. (2007) Brasil	LILACS	Profissionais de saúde.	UTIP/UTIN
T ¹⁵	VILLANUEVA, P. G. et al. (2011) Espanha	CINAHL	Crianças, famílias e profissionais de saúde.	UTIP/Enfermaria de pediatria
T ¹⁶	POWERS, K.; REEVE, C. L. (2018) EUA	WEB OF SCIENCE	Enfermeiros	UTIP
T ¹⁷	FOSTER, J. R.; et al (2018) Canadá	WEB OF SCIENCE	Pais de crianças internadas.	UTIP
T ¹⁸	POWERS, K. S.; RUBENSTEIN, J. S. (1999) EUA	WEB OF SCIENCE	Pais de crianças internadas.	UTIP

Fonte: A autora, 2020.

Constatou-se que, em relação ao método de pesquisa dos estudos: 10 eram qualitativos; 7 eram quantitativos; e 1 estudo era quanti/qualitativo. Quanto aos países onde foram realizados os estudos: 6 foram realizados no Brasil; 6 nos Estados Unidos da América; 2 no Canadá; 2 na Espanha; 1 na Colômbia; e 1 na Holanda.

No que tange aos participantes dos estudos: 5 foram realizados com os pais das crianças internadas ou que já tiveram a experiência de internação na UTIP; 3 tiveram como participantes os profissionais da equipe de enfermagem; 3 foram

realizados com enfermeiros; 3 com profissionais de saúde; 2 estudos com familiares acompanhantes. Em 1 estudo foram entrevistados os enfermeiros, médicos e pais de crianças, e 1 um estudo foi realizado com crianças, famílias e profissionais de saúde.

Quanto ao local de coleta de dados das pesquisas selecionadas: 13 foram realizados em UTIP; 1 em UTIP oncológica; 1 foi realizado em UTIP/UTIN/UTIP cardiológica; 1 em UTIP cardiológica; 1 em UTIP/UTIN; e 1 UTIP e enfermagem de pediatria.

Em relação à autoria dos estudos: 14 foram realizados por enfermeiros; 3 por médicos; e 1 foi realizado por enfermeiro e médico.

Dos 10 estudos qualitativos, com relação ao referencial teórico utilizado: 6 não especificaram no texto e/ ou não adotaram um referencial teórico; 2 foram estudos fenomenológicos; 1 utilizou etnoenfermagem; e 1 utilizou etnografia.

Conforme o Quadro 3, os estudos foram agrupados empiricamente, com base em seu conteúdo, sendo definidas três categorias: 1) “A presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica sob a visão dos profissionais de saúde”, com 8 estudos; 2) “Impactos da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos”, com 7 estudos; e 3) “A presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica sob a visão dos pais/familiares”, com 6 estudos. É importante ressaltar que os estudos T³, T⁸ e T¹⁵ apresentavam resultados significativos para mais de uma categoria e, portanto, estão inseridos em duas categorias distantes.

Quadro 3 – Total de artigos por categorias temáticas, autoria, ano e título (continua)

Categorias temáticas	Código do trabalho	Autores e título dos estudos
A presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica sob a visão dos profissionais de saúde	T ¹	COATS, H. et al. (2018). Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units.
	T ³	LATOURE, J. M., et al. (2011) Differences in the perceptions of parents and healthcare professionals on pediatric intensive care practices.
	T ⁷	DOS ANJOS, C. et al. (2019) A permanência da família no centro de terapia intensiva pediátrica oncológica: percepção da enfermagem.
	T ¹⁰	RODRIGUES, A. C.; CALEGARY, T. (2016) Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem.
	T ¹²	CARDOSO, S. B. (2009) Perspectiva da enfermagem acerca da abordagem assistencial: o caso da unidade de terapia intensiva pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.
	T ¹³	CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. (2008). As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar.
	T ¹⁴	MOLINA, R. C.; et al. (2007) Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar.
	T ¹⁵	VILLANUEVA, P. G. et al. (2011) The parents and family as part of care in pediatric intensive care.
Impacto da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos.	T ²	SANDERS, R.C. et al. (2016) Family Presence During Pediatric Tracheal Intubations.
	T ⁴	PLOUFFE, J. A.; et al. (2010) Health care providers' perceptions of family presence during pediatric resuscitation.
	T ⁵	PYE, S. KANE, J.; JONES, A. (2010) Parental Presence During Pediatric Resuscitation: The Use of Simulation Training for Cardiac Intensive Care Nurses.
	T ⁶	SMITH, A.B.; HEFLEY, G. C.; ANAND, K. J. S. (2007) Parent bed spaces in the PICU: effect on parental stress.
	T ⁸	FRANCHI, R.; et al (2018) Unidade de cuidados intensivos pediátricos de portas abertas: experiencia y opinión de los padres. Ordem numeração
	T ¹⁶	POWERS, K.; REEVE, C. L. (2018) Factors associated with nurses' perceptions, self-confidence, and invitations of family presence during resuscitation in the intensive care unit: A cross-sectional survey.
	T ¹⁷	FOSTER, J. R.; et al (2018) Parental Presence at the Bedside of Critically Ill Children in a Unit With Unrestricted Visitation.

Quadro 3 – Total de artigos por categorias temáticas, autoria, ano e título (conclusão)

A presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica sob a visão dos pais/familiares.	T ³	LATOURE, J. M., et al. (2011) Differences in the perceptions of parents and healthcare professionals on pediatric intensive care practices.
	T ⁸	FRANCHI, R.; et al (2018) Unidade de cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas: experiencia y opinión de los padres.
	T ⁹	VALDERRAMA, S. M. L.; MUÑOZ, R. L. (2016) Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit.
	T ¹¹	CARDOSO, J. M. R. M.; et al (2013). Ação intencional do familiar junto da criança em centro de terapia intensiva pediátrico.
	T ¹⁵	VILLANUEVA, P. G. et al. (2011) The parents and family as part of care in pediatric intensive care.
	T ¹⁸	POWERS, K. S.; RUBENSTEIN, J. S. (1999). Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit – A prospective study.

Fonte: A autora, 2020.

1.5.1 A presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica sob a visão dos pais/familiares

Nesta categoria, foram agrupados os estudos que trataram sobre a visão dos pais/familiares quanto à presença da família na UTIP.

O estudo de Franchi et al. (2018) apontou que os pais estão presentes na UTIP para controlar os procedimentos e atuação da equipe e que, durante a realização de procedimentos invasivos, alguns sentiam insegurança, medo de se sentir mal ou atrapalhar o trabalho do médico/enfermagem. Entretanto, os pais que optaram por estarem presentes durante as manobras de reanimação cardiopulmonar demonstraram tranquilidade em saber que tudo havia sido feito para que a criança sobrevivesse. Neste sentido, os pais revelaram ser positivo o convite para estarem presentes, ao lado da criança em todos os momentos da internação.

Os estudos de Valderrama e Muñoz (2016), Cardoso et al. (2013) e Villanueva, et al. (2011) apontaram o desejo de a mãe/familiar acompanhante estar ao lado da criança na UTIP, inclusive em procedimentos invasivos, com intuito de mostrar amor e manter o vínculo, como também para que haja melhora, recuperação e cura. Além disso, os familiares almejam receber informações mais claras, notícias

sobre o estado clínico, além do interesse em aprender a cuidar das crianças e da familiarização com a tecnologia.

Lautor et al. (2011) destacaram que os pais consideram a sua presença na unidade e as informações recebidas pelos profissionais de saúde como itens fundamentais para a convivência na UTIP. Entretanto, para Villanueva et al. (2011), os pais acham difícil expressar o que pensam e sentem, e verbalizar suas dúvidas e medos; estando tão imersos nessa situação de estresse, sua capacidade de resposta é menor. A presença da família é considerada uma das necessidades mais importantes para a criança, que fica sozinha a maior parte do tempo durante a internação

Para tanto, há que se considerar a necessidade de que as estadias na UTIP ofereçam mais conforto para os acompanhantes, conforme sugerido por 82% dos familiares participantes do estudo de FRANCHI et al. (2018).

Nesse sentido, o estudo de Powers e Rubensteir (2011) apontou que a presença dos pais junto à criança durante os procedimentos invasivos influenciou na redução da ansiedade dos mesmos, pois eles consideraram sua presença útil para si, para a equipe médica e para a criança.

1.5.2 A presença da família na unidade de terapia intensiva pediátrica sob a visão dos profissionais de saúde

Esta categoria temática foi organizada a partir dos estudos que versavam sobre a opinião dos profissionais de saúde em relação à presença da família na UTIP.

Na visão dos enfermeiros participantes do estudo de Coats et al. (2018), os cuidados centrados na família são considerados um “ato de equilíbrio”, demonstrado pela interação das políticas institucionais de visitação e presença da família à beira do leito, como também por transformações físicas no ambiente da UTIP. Os autores concluem que essas mudanças trouxeram novos desafios na prestação do cuidado de enfermagem.

De diferente modo, Latour et al. (2011) observaram que, em uma comparação com os pais, os enfermeiros e médicos pouco valorizaram um conjunto de itens de

cuidados em unidade de terapia intensiva pediátrica. Isso pode indicar lacuna no entendimento das experiências dos pais, além de uma certa ausência de conformidade na compreensão de suas necessidades.

Cardoso (2009) identificou a existência de dualidade entre a equipe de enfermagem quanto à presença da família na UTIP, onde a falta de acomodação para as famílias dificulta a sua inserção neste cenário.

Somando-se a isto, Cunha e Zagonel (2008) e Molina et al. (2007) afirmam em seus estudos que há resistência da equipe de saúde em relação à presença da família em um ambiente de alta complexidade, o que gera um conflito íntimo em cada profissional.

Já o estudo de Villanueva et al. (2011) afirma que os profissionais de saúde são a favor da presença da família, e os enfermeiros são responsáveis por manter o controle de entrada da UTIP. Entretanto, vale considerar que, por vezes, os horários de visita da criança são muito restritivos, além disso, os profissionais afirmam ser mais simples a realização dos procedimentos sem testemunhas, pois a família altera a rotina de trabalho na unidade. Os profissionais não se sentem preparados para lidarem com os aspectos emocionais da criança e da família, pela falta de treinamento, o que causou medo ao atuarem na frente dos pais.

Dos anjos (2019) observou situação semelhante em seu estudo realizado em uma UTIP oncológica, onde a permanência do familiar no setor, em alguns momentos, trouxe dificuldades para o trabalho da equipe de enfermagem. Contudo, os profissionais reconhecem que a presença do familiar oferece companhia e gera confiança para a criança.

Diante disso, os profissionais de enfermagem afirmam realizar ações humanizadas, como respeito, conforto, escuta, presença da família, mesmo possuindo conhecimento parcial sobre a temática. Já entre os motivos que os fazem não realizar essas ações estão o quantitativo reduzido de funcionários, o alto fluxo de pacientes e a falta de tempo (RODRIGUES; CALEGARY, 2016).

1.5.3 Impacto da presença da família durante os procedimentos invasivos na UTIP

Esta categoria foi formada a partir dos artigos que apontaram o impacto da presença da família durante os procedimentos invasivos no ambiente da UTIP.

Um estudo realizado por Foster et al. (2018) apontou que, em uma unidade com visitas irrestritas, pelo menos um dos pais estivera acompanhando as crianças por uma média de 58,2% do tempo. A mãe esteve mais tempo ao lado da cama, com 56,8%, do que o pai, com 37,3%. Contudo, a presença dos pais à beira leito foi maior que 63,4% em crianças crônicas e menor em crianças ventiladas mecanicamente, o que indica a necessidade de outros estudos que explorem os fatores intrínsecos e extrínsecos sobre a presença da família à beira leito.

Em relação à presença da família durante os procedimentos invasivos e ressuscitação, Franchi et al. (2018) ressaltam que não houve caso de interferência no resultado do procedimento invasivo nas decisões adotadas e não ocorreu nenhum conflito. Com a adoção de rotinas em prol da UTIP de portas abertas, a família se sentiu apoiada pela equipe da UTI em todos os momentos.

Ao avaliar a eficácia da intubação orotraqueal em crianças, Sanders et al. (2016) identificaram que a taxa de sucesso na primeira tentativa do procedimento não foi influenciada pela presença ou ausência de um membro da família. Assim como, nas mesmas condições, não houve eventos adversos associados à tentativa de intubação, múltiplas tentativas ou dessaturação de oxigênio.

Com respeito à presença do familiar durante as manobras de ressuscitação, um terço dos profissionais participantes de um estudo realizado no EUA nunca convidou um membro da família para estar presente na sala. Em contrapartida, os profissionais que tiveram experiência clínica receberam treinamento e referem existir, na instituição, uma política escrita para instalação dessa rotina, alcançando percepções mais positivas, maior autoconfiança e aumento dos convites para presença da família (POWERS; REEVE, 2018).

Corroborando para esta afirmativa, Plouffe et al. (2010) propuseram uma nova diretriz para a prática da família presente durante a reanimação cardiopulmonar pediátrica. Essa diretriz foi baseada em evidências, pois foram realizados testes pós-implementação que geraram resultados positivos quanto ao alcance dos objetivos de integração na prática assistencial.

Outra estratégia adotada, no âmbito internacional, foi a utilização de uma técnica educacional de treinamento em simulação para ensinar a equipe de enfermagem no fornecimento de apoio às famílias, compreender melhor a perspectiva dos pais, acrescentar conforto para a equipe e aptidão para a comunicação com famílias em crise. O treinamento da equipe foi eficaz na implementação bem sucedida da mudança na política institucional (PYE; KANE; JONES, 2010).

Diante da complexidade envolvida nos procedimentos supracitados, Smith, Hefley e Anand (2007) mensuraram o estresse parenteral dos pais que se encontram presentes com os filhos na UTIP, por meio da *Parenteral Stress Scale* (PSS PICU). Os achados do estudo sugerem que os scores de estresse foram significativamente menores nos pais em uso dos novos leitos de UTIP, em ambientes que possibilitam a presença contínua deles na unidade.

A partir dos dados discutidos nesta revisão, conclui-se que a família deseja e considera fundamental estar ao lado da criança, com a finalidade de manter o vínculo, o desejo pela melhora, a recuperação e a cura da criança, bem como, para controlar os procedimentos e atuação da equipe durante os procedimentos invasivos. No entanto, possuem dificuldades para expressarem o que sentem ou pensam devido ao estresse enfrentado. Uma das estratégias apontadas para a redução da ansiedade foi a presença dos pais junto às crianças durante os procedimentos invasivos (CARDOSO et al., 2013; FRANCHI et al., 2018; LATOUR et al., 2011; POWERS; RUBENSTEIN, 2011; VALDERRAMA; MUNÕS, 2016; VILLANUEVA et al., 2011).

Com relação aos profissionais de saúde, os autores destacam que a presença da família à beira leito é reconhecida pelos profissionais que desempenham ações como escuta, respeito e conforto, além disso, o enfermeiro é apontado com o profissional responsável pelo controle de entrada na UTIP. Entretanto, há dualidade demonstrada pela resistência à presença da família, lacuna no entendimento das experiências e na falta de compreensão das necessidades da família, falta de acomodação, alto fluxo de pacientes, pelo fato de acharem mais simples atuarem sem a família e dificuldades para lidarem com os aspectos emocionais da criança e família. Os profissionais revelam ter conhecimento parcial sobre o assunto e falta de treinamento para atuarem com as famílias (CARDOSO, 2009; COATS; et al, 2018;

CUNHA; ZAGONEL, 2008; DOS ANJOS, 2019; LATOUR et al., 2011; MOLINA et al., 2007; RODRIGUES; CALEGARY, 2016; VILLANUEVA et al., 2011).

No que tange ao impacto da presença da família, foi observado que ela não interferiu no resultado, nas decisões e não gerou conflitos durante a realização de procedimentos invasivos e manobras de ressuscitação. Quanto à intubação orotraqueal, não impactou na taxa de sucesso e nem na ocorrência de eventos adversos e múltiplas tentativas. Tanto a realização de treinamentos, como simulação, quanto a criação de diretrizes sobre a presença da família na ressuscitação se mostraram eficazes na integração na prática assistencial, na autoconfiança do profissional e no apoio às famílias em crise. Pode-se também constatar que a possibilidade de presença dos pais na UTIP foi maior em crianças crônicas e menor em crianças em ventilação mecânica. Houve menos estresse parenteral quando os pais receberam infraestrutura adequada para que pudessem realizar a presença contínua na UTI (FOSTER et al., 2018; FRANCHI et al., 2018; PLOUFFE et al., 2010; POWERS; REEVE, 2018; PYE; KANE; JONES, 2010; SANDERS; et al, 2016; SMITH; HEFLEY; ANAND, 2007).

A revisão integrativa permitiu evidenciar o conhecimento científico atual produzido sobre a temática proposta. Os estudos que compuseram esta busca apresentam a questão da presença da família na UTIP sob a ótica dos membros da família, dos profissionais de saúde, além do impacto que essa presença tem sobre os procedimentos invasivos. Entretanto, os estudos que tiveram como participantes, exclusivamente, os enfermeiros apontaram que as políticas de visitação e presença da família à beira leito, bem como, as mudanças no ambiente da UTIP conduziram a novos desafios no cuidado de enfermagem (COATS et al., 2018). Demonstraram também que os treinamentos, seja em simulação ou não, sobre atuação nas manobras de ressuscitação são considerados uma excelente estratégia de apoio às famílias em crise, pois melhoram a aptidão na comunicação, além de proporcionarem, para a equipe, maior autoconfiança, percepções positivas e conforto (POWERS; REEVE, 2018; PYE; KANE; JONES, 2010).

Conclui-se haver uma lacuna no que diz respeito à atuação do enfermeiro quanto à presença da família junto à criança na realização de um procedimento invasivo, no contexto da unidade de terapia intensiva pediátrica, como também pela inexistência de estudos que utilizassem o referencial teórico de Foucault, como adotado no presente estudo, o que tornou relevante e justificável a sua realização.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Acreditando que a atuação do enfermeiro quanto à presença do familiar acompanhante junto a sua criança durante a realização de procedimentos invasivos na UTIP é permeada e se expressa por meio de relações de poder, elegeu-se Michel Foucault como suporte teórico deste estudo.

2.1 As relações de poder em Michel Foucault

Michel Foucault foi um filósofo contemporâneo, de origem francesa, originário de uma família tradicional de médicos. Ele rompeu com a tradição familiar e optou por se graduar em história, filosofia e psicologia. Foi um representante do pós-estruturalismo, pois discordava com os fundamentos tradicionais da filosofia. Seus estudos se concentraram no “biopoder e na sociedade disciplinar”. Foi um ativista na luta contra o racismo e pela reforma do sistema penitenciário (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Sua teoria compreende a reflexão sobre o poder na essência, na sua capilaridade, no lógico e limítrofe local onde ele acontece livre de qualquer interferência jurídica ou do direito (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Esse poder proposto por Foucault foi além da definição amplamente utilizada pelos filósofos clássicos, que enfatizavam a soberania dos reis e concentraram no Estado o monopólio do poder, como se este fosse propriedade de um grupo distinto. A análise do poder, na perspectiva de Foucault, é caracterizada por “micropoderes” que estão presentes em todas as estruturas sociais e se expressam por meio das relações (DINIZ; OLIVEIRA, 2014).

Para Foucault, somente há o poder porque existem pessoas e leis que ordenam condutas e ações, bem como outras pessoas que fazem como foi determinado. Além disso, o poder como verdade é à sujeição em elaborar a verdade mediante ao poder que a ela é atrelado, o que torna a verdade essencial para garantir a veracidade do poder (FOUCAULT, 1999).

O poder acontece como uma relação de forças, coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos. Desse modo, como relação de forças, o poder está em todas as partes (FOUCAULT, 2004).

Segundo Foucault (1979), o poder não se limita a sua função repressiva, ele tem como objetivo dirigir a vida dos homens, de modo a controlá-los para que suas potencialidades sejam utilizadas ao máximo, sem interferir em sua vida social e nem interromper suas atividades, conferindo-lhes, por meio do trabalho, um propósito econômico. Soma-se a isso uma justificativa política, pois possibilita a diminuição da sua capacidade de vigor, combate e rebelião, a fim de “tornar homens dóceis” politicamente.

Essas relações de poder são explícitas nas instituições, escolas, prisões, quartéis, pois possuem como marca a disciplina. Essa disciplina apresenta uma forma peculiar de punir, assemelhando-se a um modelo reduzido do tribunal (FOUCAULT, 2008).

Desse modo, a sociedade pode apresentar papéis que transmitem duas tecnologias de poder: “série corpo (mecanismos disciplinares) [e] série população (mecanismos regulamentares)” (FOUCAULT, 1999, p. 297).

Esse poder outorgado a uma sociedade é manifesto por meio do discurso. Dessa maneira, “a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída” com a finalidade de tramar seus poderes e perigos (FOUCAULT, 2012, p. 8-9)

Como exemplo disso, destaca-se a instituição hospitalar, que tem sua influência atual na sociedade, alicerçada em sua historicidade. Anteriormente ao século XVIII, considerava-se o hospital como um local dedicado exclusivamente à assistência aos pobres; não era destinado a curar e, sim, um lugar onde se morria (FOUCAULT, 1979).

No século XVIII, ocorre uma nova forma de reorganização do hospital, originária de uma tecnologia intitulada disciplina, considerada “uma técnica de exercício do poder”. Pode-se afirmar com segurança que, antes disso, os mecanismos de poder já estavam infiltrados, de maneira isolada, na sociedade mundial. Assim, o “poder disciplinar” foi refinado em uma “nova técnica de gestão dos homens”, passível de controle das suas pluralidades com o intuito de controlá-los (FOUCAULT, 1979, p. 110).

Ao final do mesmo século, houve uma “transformação no sistema de poder no interior do hospital”, que se torna para a sociedade como meio de cura e espaço terapêutico. Assim, o poder, anteriormente de propriedade dos religiosos, passa a ser de domínio do médico de hospital, que passou a ser valorizado e cuja experiência nesse ambiente credenciava sua sabedoria (FOUCAULT, 1979, p. 110).

Essa inversão das relações hierárquicas no interior do hospital, com a assunção do poder pelo médico, pode ser observado desde o século XVIII até os dias atuais.

No campo da enfermagem, situações diversas que fazem parte do cotidiano do enfermeiro se configuram também como exercício do poder. Isso pode ser observado na atribuição dada ao enfermeiro em gerenciar os setores assistenciais, escolher o leito onde o paciente será internado, os horários dos procedimentos técnicos como banho e curativo, a escala de trabalhos dos técnicos de enfermagem e o local destinado para acomodação dos materiais e medicamentos dos setores (FILHO et al., 2018).

Vale considerar que a Enfermagem também exerce práticas sociais e profissionais imersas em subjetividades, cercada por múltiplos sentidos. Isso indica que o profissional pode modificar sua atuação, ao passo que se avançam as práticas, contribuindo para a readequação das relações de poder instituídas e vivenciadas (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

Nesse sentido, as relações de poder oriundas da prática de enfermagem caminham para além das questões do cotidiano profissional. Nota-se que as relações de poder são complexas e englobam “as práticas profissionais e a subjetividade dos sujeitos nelas envolvidos” (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010, p. 389). Elas são manifestas mediante a produção do discurso considerada como uma rede de signos que se une a outras redes de signos, formando um emaranhado de redes de discursos. Esse discurso se encontra na “ordem das leis” e, portanto, está longe de ser considerado neutro, mas, sim, um dos lugares onde o poder é exercido de forma singular (FOUCAULT, 2012, p. 7).

No âmbito da UTIP, o conhecimento do enfermeiro em sua prática profissional é também influenciado pelas condições ao redor e estabelecido como num jogo de força e poder frente aos familiares ali presentes (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

Assim, compreender os mecanismos disciplinares e os discursos que permeiam as relações de poder do enfermeiro, no que diz respeito à presença do

familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na UTIP, exige que se considere a natureza do poder, do conhecimento e da subjetividade dos sujeitos envolvidos neste processo decisório.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa e método

Para apreensão deste objeto de estudo, realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa e de natureza descritivo-exploratória, uma vez que se pretendeu analisar uma temática ainda pouco explorada e agregada de complexidade.

Este tipo de pesquisa tem como característica ser holística, visando revelar realidades múltiplas e descobrir seus significados. Envolve a captação dos fenômenos no mundo real, ou seja, as questões são estudadas no ambiente em que se apresentam, livre de qualquer manipulação intencional do pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2016).

Quanto à pesquisa descritiva, seu propósito é o de observar, descrever e documentar os aspectos da situação, isto é, das peculiaridades de determinado fenômeno ou indivíduo, possibilitando levantar opiniões, atitudes e crenças, além identificar associações de variáveis de um determinado grupo e, ainda, determinar a natureza dessa relação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2016).

Com relação à pesquisa exploratória, seu objetivo é proporcionar a visibilidade e aproximação com o problema a ser investigado, buscando esclarecer as formas pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes a ele (POLIT; BECK; HUNGLER, 2016).

3.2 Cenário da pesquisa

No que tange ao cenário escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se por coletar os dados em duas UTIs Pediátricas públicas, localizadas no município do Rio de Janeiro. A justificativa para escolha das unidades está relacionada ao fato de ambas terem sido construídas nos últimos 18 anos, ou seja, depois da promulgação do ECA e da Resolução da ANVISA 50/2002, como também

por apresentarem como característica a rotina da presença de pais/responsável legal ou familiar acompanhante integralmente durante 24 horas na unidade.

Vale ressaltar que, embora o art.º 12 do ECA garanta o direito ao acompanhamento da criança na UTIP durante 24 horas do dia, sabe-se que algumas unidades no Rio de Janeiro não seguem as recomendações previstas em lei, adotando rotinas diversificadas de acordo com o mais conveniente para a equipe multidisciplinar e para a instituição hospitalar.

A unidade 01 foi inaugurada no ano de 2014, possui 6 leitos pediátricos, encontra-se em um hospital geral de grande porte, com atendimento nas especialidades clínicas e cirúrgicas. Todos os leitos contam com uma cadeira reclinável para o familiar acompanhante que permanece presente a maior parte do tempo dentro da unidade, o espaço físico do leito (unidade do paciente) possui uma largura de 3 metros.

A equipe de saúde multiprofissional em regime de plantão é composta pela equipe de enfermagem, medicina intensiva e fisioterapia. O nutricionista realiza visita diária aos pacientes internados, mas não é fixo no setor. Os profissionais do serviço social, psicologia, fonoaudiologia, odontologia não são exclusivos da unidade e atendem em horários específicos de acordo com as solicitações.

A equipe de enfermagem é composta por 1 chefe de enfermagem que atua juntamente com outro enfermeiro da rotina pelas manhãs em dias úteis; 2 enfermeiros da rotina, que trabalham às tardes em dias úteis; e 3 técnicos de enfermagem na escala de 12X60 diurno em dias úteis, que atuam na organização do setor, reposição de materiais hospitalares e encaminhamento de materiais contaminados para esterilização.

Em relação à equipe de plantão, esta atua no regime de 12X60 diurno e noturno, totalizando seis equipes divididas da seguinte forma: 2 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem. Além disso, no horário de 8 às 17 horas em dias úteis, a equipe de enfermagem da UTIP é também composta por 3 residentes de enfermagem pediátrica do segundo ano que atuam no período de três meses na unidade.

No que se refere à unidade 02, foi inaugurada no ano de 2007, possui 11 leitos, sendo 6 pediátricos, 4 neonatais e 1 leito de isolamento. Ela se insere em um hospital pediátrico com atendimento nas especialidades pediátricas clínicas e

cirúrgicas. Para os acompanhantes, é fornecida uma cadeira reclinável ao lado do leito. A unidade do paciente apresenta largura variada entre 0.90 a 1.20 metros.

Quanto à equipe multiprofissional plantonista, é composta pela equipe de enfermagem, medicina intensiva e fisioterapia. Os profissionais do serviço social, psicologia, nutrição atendem aos pacientes quando solicitados, mas não são exclusivos do setor.

A equipe de enfermagem é composta por 1 enfermeira chefe e 1 enfermeira rotina que atuam pelas manhãs em dias úteis. A equipe de enfermagem plantonista é organizada pela escala 12X60 em plantões diurnos e noturnos e composta por 3 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem por plantão. Há também a participação, nas atividades assistências, do residente de enfermagem pediátrica do segundo ano do curso, que cumpre sua carga horária de 8 às 17 horas no setor pelo período de 3 meses.

A clientela atendida nas UTIs Pediátricas cenário desse estudo é clinicamente diversificada, inclui crianças portadoras de doenças crônicas que já acompanham ambulatoriamente ou que se encontravam internadas no serviço de pediatria e apresentaram alguma alteração no estado clínico necessitando de internação.

Há também crianças internadas nas unidades que são oriundas de diversas instituições de saúde localizadas no Estado do Rio de Janeiro. Esses pacientes são admitidos por meio da solicitação de vagas realizada à Central Estadual de Regulação de Vagas, que organiza as demandas de leitos disponíveis, a comunicação entre os hospitais do SUS e a alocação dos pacientes nas UTIs Pediátricas.

Em relação ao perfil da clientela atendida, a unidade 01 engloba a clientela pediátrica de 29 dias a 18 anos de idade. Já a unidade 02 é uma unidade mista, ou seja, recebe desde a fase neonatal à pediátrica de 0 a 18 anos de idade.

3.3 Participantes da pesquisa

A fim de que o fenômeno fosse elucidado, foram convidados a participar do estudo os seguintes profissionais: enfermeiros com vínculo empregatício nessa função; estar em exercício laboral como plantonista no período de realização do

estudo, ter atuado por, pelo menos, 1 mês como enfermeiro da unidade; ser residente de enfermagem pediátrica em atuação no setor; atuar como enfermeiro diarista (manhã/tarde) ou chefia da unidade.

Com relação à inclusão dos chefes e enfermeiros diaristas dos cenários, esta escolha se deu pelo fato de atuarem diretamente no planejamento das rotinas assistenciais das unidades, como também, por serem responsáveis pelo treinamento dos novos membros da equipe de enfermagem. Além disso, a maioria desses enfermeiros atua esporadicamente na cobertura da escala de plantonistas, por necessidade do serviço, realizando todos os cuidados com a criança.

A inclusão dos residentes de enfermagem pediátrica se justifica pelo fato de já serem enfermeiros graduados, assim como, estarem inseridos, mesmo que por um período determinado, na rotina da unidade e realizarem todos os procedimentos invasivos inerentes a sua formação, seja por supervisão do enfermeiro plantonista.

E, como critérios de exclusão: profissional ocupante do cargo de técnico de enfermagem; alunos de graduação em enfermagem; enfermeiros que estavam de licença médica, férias ou enfermeiros remanejados que atuavam efetivamente em outros setores

O total de enfermeiros das unidades 01 e 02, incluindo os residentes, considerando os critérios de inclusão e exclusão do estudo, nos meses de maio a julho de 2019, era de 19 e 21 respectivamente, sendo que 2 profissionais atuavam concomitantemente nas duas unidades pesquisadas, 1 como plantonista nas duas unidades, e outro atuava como plantonista em uma unidade e em outra na rotina. Optou-se por considerar apenas 1 desses enfermeiros por cada unidade. Portanto, participaram desse estudo 19 enfermeiros.

Em relação à desistência de participação, do total de 38 enfermeiros a serem entrevistados, 2 enfermeiros da unidade 01 e 2 da unidade 02 solicitaram a remarcação das entrevistas. Após contato posterior com eles, não foi possível o agendamento de uma data, pela dificuldade de ajuste nos horários da entrevista, com a escala de plantão na própria instituição de pesquisa, em outras instituições e atividades da vida cotidiana.

A fim de manter o seu anonimato, os participantes do estudo foram identificados pela expressão “ent” e por números alfanuméricos em ordem crescente da sequência das entrevistas.

3.4 Procedimentos e estratégias de desenvolvimento da pesquisa

3.4.1 Primeiro passo: aproximação com o cenário de pesquisa

Mediante a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e das instituições coparticipantes, foi realizado contato com as chefias de enfermagem responsáveis pelas UTIs pediátricas dos hospitais selecionados, com o intuito de apresentar o projeto de pesquisa e solicitar apoio na aproximação com os profissionais que, possivelmente, seriam participantes do estudo.

Posteriormente, foi solicitada à chefia de enfermagem de cada unidade a relação nominal dos enfermeiros e sua escala de trabalho mensal, para facilitar a identificação dos possíveis participantes da pesquisa, com intuito de estabelecer o contato direto com os mesmos.

Neste contato inicial, a chefia também foi consultada quanto à possibilidade de disponibilizar uma sala privativa no setor para ser utilizada como local da entrevista, de modo a manter a privacidade do participante.

Logo a seguir, foi realizada, de forma presencial, uma abordagem direta com cada profissional após o término de suas atividades laborais a fim de captar possíveis participantes da pesquisa, mediante a explicação da temática do estudo e as estratégias de coleta de dados.

3.4.2 Segundo passo: aproximação e interação com os possíveis participantes da pesquisa

Para estabelecer um contato inicial com a equipe de enfermeiros das unidades, a pesquisadora compareceu pela manhã em cada uma das unidades, durante três dias consecutivos, objetivando se aproximar daqueles profissionais do serviço diurno e do noturno, de modo a fornecer maiores informações sobre a pesquisa. Esta abordagem aconteceu na copa das referidas unidades e no horário

do café da manhã. Nesse momento de interação e relação mais próxima com os possíveis participantes do estudo, foi explicado mais uma vez os objetivos da pesquisa, assim como a maneira como seria desenvolvida a coleta dos dados.

Em seguida a esta apresentação, foi entregue o convite formal para participação em caráter voluntário do estudo. Após o aceite verbal do participante, foi-lhe entregue o TCLE. Após a obtenção do consentimento por escrito do participante para a sua inclusão no estudo (Apêndice B), foi iniciada a pesquisa.

Aqueles profissionais que manifestaram o interesse pela participação foram agendados, mediante a sua disponibilidade, para captação dos dados através de uma entrevista com a pesquisadora em um local apropriado na unidade pesquisada.

A pesquisadora se disponibilizou a custear o deslocamento do profissional até a unidade para coleta das informações ou até o local de preferência do entrevistado, se, porventura, a data disponibilizada pelo profissional para entrevista fosse fora dos horários de entrada ou saída de seu plantão. No entanto, todas as entrevistas foram realizadas nas unidades e não foi necessário esse deslocamento e custeio pela pesquisadora principal.

3.4.3 Terceiro passo: a realização das entrevistas

Com vistas a atender os objetivos propostos pelo presente estudo e considerando os princípios que fundamentam a investigação qualitativa, optou-se pela escolha do tipo de entrevista semiestruturada.

Esta modalidade de entrevista possibilita ao pesquisador um diálogo num espaço de interação peculiar, com vistas a resgatar o protagonismo do participante. Dessa maneira, o participante expressará livremente suas opiniões, vivências e emoções que constituem sua experiência de vida (MORE, 2015).

Assim, a escolha por esta técnica para a coleta dos dados se deu por entender-se que uma entrevista permitiria uma maior interação pesquisador-pesquisado e, assim, a construção de um diálogo mais rico e profundo da pesquisadora com os enfermeiros, de forma que eles discorressem com espontaneidade sobre as questões propostas na entrevista.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a julho de 2019 e de forma concomitante nas duas unidades, após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições proponente e coparticipantes da pesquisa.

Na data agendada com os participantes do estudo, a pesquisadora explicou que a entrevista seria realizada em um único encontro. O conteúdo das entrevistas foi salvo em gravador de áudio (Mp3) mediante autorização dos participantes e a entrevista durou em média 25 minutos.

Foi utilizada a técnica de instrução ao sócia para nortear a entrevista. De acordo com Silva et al. (2016), essa técnica tem sido largamente utilizada nos estudos clínicos da Psicologia do Trabalho, bem como por profissionais de saúde. O sócia tem por objetivo se aproximar do sujeito a fim de captar duas informações: “da situação em si e da conduta a manter na situação”.

Dessa maneira, a técnica possibilita revelar a tomada de decisão do enfermeiro em relação à presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos na UTIP, a partir da instrução ao seu sócia.

Para a condução da entrevista, foram utilizadas as seguintes perguntas orientadoras:

- a) vamos imaginar que hoje seja o meu primeiro dia de trabalho nesta unidade, eu tenho de modo especial a necessidade de saber como proceder diante do familiar acompanhante?
- b) o que devo falar para ele?
- c) e diante de um procedimento invasivo?

A primeira entrevista foi considerada como teste piloto e, por isso, foi transcrita e o depoimento, avaliado, imediatamente, após a coleta das informações, com a finalidade de captar se as respostas atendiam aos objetivos do estudo e se havia necessidade de ajustes no roteiro de entrevista. Após realizar essa análise, não foi identificada nenhuma inconformidade no instrumento. Posteriormente à análise dessa primeira entrevista, foram coletadas outras entrevistas e realizadas as transcrições, com objetivo de organizar as ideias e identificar o momento de saturação dos dados.

3.5 Aspectos éticos de pesquisa

Para a execução deste estudo, foram respeitadas as exigências da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação pela Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da UERJ, proponente desta pesquisa, cuja aprovação ocorreu em 3 de abril de 2019 sob o Parecer Consubstanciado número 3.241.467 (ANEXO A).

Após aprovação neste órgão, o projeto foi encaminhado automaticamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para cada uma das duas instituições coparticipantes, tendo sido aprovado pelo CEP da instituição coparticipante (1), em 11 de junho de 2019, mediante o Parecer 3.383.388 (ANEXO B); e em 05 de junho de 2019, pelo CEP da instituição coparticipante (2) com o Parecer 3.371.533 (ANEXO C).

Com a finalidade da captação das entrevistas, considerando os aspectos éticos da pesquisa, foi utilizado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), oferecido a cada participante para que fosse assinado em duas vias (uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora) após esclarecimento de todas as peculiaridades da pesquisa (APÊNDICE B).

No sentido de preservar a dignidade humana, a captação das entrevistas somente teve início após a leitura e esclarecimento dessas informações.

O TCLE foi composto das seguintes informações: objetivos do estudo; garantia de anonimato dos participantes; direito em desistir da participação em qualquer fase do estudo; disponibilidade contínua do pesquisador (via telefone) para esclarecimento de dúvidas sobre o estudo; e autorização para divulgação dos depoimentos nas apresentações sobre o resultados do estudo (seja no ambiente acadêmico ou nos eventos e artigos científicos).

Garantiu-se a participação em caráter voluntário, sendo permitida, em qualquer fase da entrevista, sua desistência, sem qualquer tipo de constrangimento. O local para coleta das informações em ambas unidades foram salas vazias e indicadas previamente pela chefia de enfermagem das unidades, onde foi possível

manter a privacidade, silêncio e conforto, de modo que as informações para além das que foram utilizadas na pesquisa sejam mantidas em sigilo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Foi esclarecido que as informações coletadas seriam apenas utilizadas para fins de estudo e que a identidade dos entrevistados seria mantida em anonimato, sendo identificados por números naturais. Ainda, que todo conteúdo de pesquisa, como gravação de voz, relatórios de campo e transcrição das falas, encontram-se arquivado por um período de 5 anos e, posteriormente, será destruído. Esses materiais somente estarão disponíveis para consulta da pesquisadora e orientadora do estudo.

Em relação aos benefícios, os participantes foram informados que o estudo poderia trazer benefícios, a partir da reflexão sobre a presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados pela equipe de enfermagem na unidade e o processo decisório relacionado a essa presença. O que poderá suscitar novas rotinas institucionais e atitudes dos profissionais frente à família.

Os profissionais foram informados sobre os riscos mínimos associados à participação do estudo, pois esta pesquisa tratava sobre a atuação do enfermeiro em relação à sua prática profissional cotidiana. De modo a respeitar a participação de cunho livre, os participantes foram orientados quanto à possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, caso sentissem algum desconforto.

Os participantes da pesquisa ainda foram informados que, em caso de dúvidas referentes ao estudo, poderiam entrar em contato com a pesquisadora através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF – UERJ), no Boulevard 28 de Setembro, nº 157, sala 702, Vila Isabel, telefone 2587-6335.

E que, no caso de dificuldades deste contato, deveriam comunicar o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, – Maracanã – Rio de Janeiro, RJ, E-mail: etica@uerj.br – Telefone: 21 2334 2180; e aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições coparticipantes, cujos meios de contato constavam no TCLE correspondente.

Vale ainda esclarecer que esta pesquisa foi totalmente financiada pela própria pesquisadora responsável, conforme os custos discriminados no orçamento financeiro da pesquisa (APÊNDICE C).

3.6 Critérios para encerramento do trabalho de campo

Atualmente, o critério amostral e saturação dos dados numa pesquisa qualitativa são temas bastante recorrentes e entendidos de forma distinta por alguns pesquisadores. Portanto, ainda não há uma decisão conclusiva a respeito (MINAYO, 2017).

A mesma autora ressalta que a escolha pela interrupção da coleta de dados ainda é considerada uma difícil questão epistemológica, mas o quantitativo consensual para qualquer tipo de pesquisa qualitativa seria de 20 a 30 participantes. É importante salientar que a determinação prévia de quantitativo de participantes do estudo também é uma exigência no Brasil, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.

Em relação ao *critério amostral*, utilizou-se a saturação comparativa com os estudos empregados na revisão integrativa desse estudo, desenvolvidos a partir da abordagem qualitativa, cujos participantes foram enfermeiros. Sendo assim, o único estudo realizado com enfermeiros foi com 10 participantes (COATS et al., 2018).

Desse modo, a confiabilidade externa do estudo em tela ocorreu pelo número de participantes da pesquisa, que totalizou 19 enfermeiros, representando mais de 50% do total dos enfermeiros atuantes nas duas unidades.

Minayo (2017) destaca que o depoimento de uma pessoa que faz parte de um grupo é uma declaração pessoal, mas também coletiva, ou seja, cada participante de um grupo social reflete em seu discurso, aspectos inerentes ao coletivo.

A saturação teórica dos dados ocorreu quando as falas tornaram repetitivas e redundantes, e nenhuma nova informação foi captada, sendo assim, a pesquisadora optou por interromper a coleta de dados.

3.7 Organização e análise dos dados

Com vistas à análise do material verbal transcrito, foi preconizada a análise textual com auxílio de um programa de informática. Segundo Camargo e Justo (2013), essa ferramenta é bastante útil na análise de dados constituída por

linguagem. Indica-se este tipo de análise em estudos com entrevistas volumosas, pois pode minimizar as possibilidades de inferência do pesquisador, o que é mais comum na análise manual.

Por esta razão, o software propõe maior eficácia no processo de organização dos dados, mostrando-se uma ferramenta útil neste estudo. Além de ser cada vez mais frequente nos estudos na área de saúde.

Essa ferramenta de análise textual preconiza a utilização de cálculos estatísticos sobre os textos que são variáveis qualitativas (CAMARGO; JUSTO, 2013), ou seja, a análise é feita pelo processamento de dados textuais que, ao serem inseridos no software, são quantificados e geram dados estatísticos, a partir da associação com a frequência de aparecimento das palavras no texto e considerando o léxico central dessas palavras.

Dentre os programas disponíveis, foi escolhido como ferramenta para análise textual ou lexical das entrevistas o software gratuito e com acesso livre IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), baseado no universo estatístico do software R e na linguagem *python* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEQ foi inicialmente desenvolvido e empregado em estudos científicos na língua francesa, e já existem dicionários completos nas línguas inglesa e italiana. No Brasil, os estudos com o software se iniciaram em 2013, época em que pesquisadores realizaram o aprimoramento do dicionário na língua portuguesa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A escolha por este software se deve às múltiplas possibilidades de análise dos dados textuais disponíveis após o processamento do texto, sendo elas: Estatísticas textuais; Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análises de similitude; Nuvem de palavras; Análise de especificidades; e Análise fatorial de correspondência (SALVIATI, 2017).

Para que o software faça o processamento dos dados oriundos das falas dos participantes da pesquisa, faz-se necessária a junção de todas as entrevistas em um único aplicativo editor de texto (foi usado o Open Office) e depois salvar com extensão codificada para UTF8. O texto precisa ser ajustado para uma linguagem que permita a leitura por parte do IRAMUTEQ.

A formatação do texto para o processamento no software é baseada pelas seguintes regras previamente determinadas: “as entrevistas devem ser formatadas

sem as questões abertas; os números devem ser mantidos em sua forma algorítmica; formatação do texto todo corrido sem mudança de linha; uso de maiúscula só para nomes próprios; palavras compostas unidas por *underline*, mesmo aquelas unidas ortograficamente pelo hífen; revisão gramatical do português, corrigindo-se grafia e concordância; padronização das siglas e nomes próprios; eliminação de expressões sem necessidade; eliminação de frases não condizentes com o assunto tratado” (SALVIATI, 2017, p. 17-8).

Posteriormente, os textos foram separados por linhas de comando (linhas com asteriscos). Nessas linhas, foram inseridos a sigla *ent* (entrevista) e o número na forma algorítmica para identificação do entrevistado, juntamente com as variáveis consideradas pertinentes para o desenho do estudo. Estas serão apresentadas mais adiante no próximo capítulo.

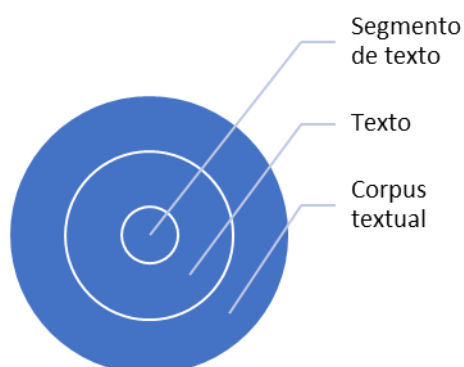
Após essa etapa, o corpus textual, que se refere “ao conjunto de textos construídos pelo pesquisador e que forma o objeto de análise”, encontra-se pronto para ser processado pelo IRAMUTEQ (SALVIATI, 2017, p. 10, apud CAMARGO; JUSTO, 2013).

Nessa pesquisa, os textos foram constituídos pelas entrevistas transcritas dos participantes, a partir das mesmas perguntas abertas e dos ajustes anteriormente mencionados.

O corpus textual é composto por vários segmentos de texto (ST), considerados como fragmentos de texto, ou seja, o ambiente das palavras, dimensionados pelo próprio software, e possuem no máximo três linhas.

Observa-se o esquema:

Figura 2 – Esquema organizacional da composição do corpus textual



Fonte: A autora, 2020.

A partir da Figura 2, pode-se entender o segmento de texto como uma estrutura de palavras menor de até três linhas. O texto é composto pela junção de vários segmentos de texto e o corpus formado da união desses textos, ou seja, englobando os segmentos de texto (CAMARGO; JUSTO, 2013).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Primeiramente, será exposta a caracterização dos participantes da pesquisa, seguida pelo cômputo da análise lexical que englobou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e método nuvem de palavras.

4.1 Caracterização dos participantes

A partir das informações captadas por meio da primeira parte do roteiro das entrevistas, foi possível obter os dados que possibilitaram caracterizar os 19 enfermeiros participantes deste estudo, conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização dos participantes do estudo

Enfermeiro	Unidade	Sexo	Idade (anos)	Função	Ano conclusão graduação	Pós-Graduação	Tempo de atuação na unidade
Ent 01	01	F	29	Enfermeira residente	2017	Lato Sensu (em andamento)	3 meses
Ent 02	01	F	42	Enfermeira da rotina	1999	Lato Sensu em Pediatria e Gestão de qualidade	5 anos
Ent 03	01	F	54	Enfermeira da rotina	1986	Lato Sensu em Metodologia do Ensino Superior e Obstetrícia	5 anos
Ent 04	01	M	25	Enfermeiro residente	2018	Lato Sensu (em andamento)	3 meses
Ent 05	01	F	34	Enfermeira plantonista	2007	Lato Sensu em Neonatologia	2 meses
Ent 06	01	F	39	Enfermeira plantonista	2011	Lato Sensu em Oncologia	4 anos
Ent 07	02	F	34	Enfermeira plantonista	2009	-	4 anos
Ent 08	02	F	40	Enfermeira plantonista	2003	Lato Sensu em Pediatria	1 mês
Ent 09	02	F	33	Enfermeira plantonista	2012	Lato Sensu em Pediatria	4 anos
Ent 10	02	F	63	Enfermeira plantonista	1989	Lato Sensu em CCIH	10 anos
Ent 11	02	F	28	Enfermeira plantonista	2013	Mestrado Profissional	4 anos e 6 meses
Ent 12	02	F	35	Enfermeira plantonista	2007	Lato Sensu em Pediatria	1 ano e 9 meses
Ent 13	02	M	36	Enfermeiro plantonista	2009	Lato Sensu em Pediatra	1 mês
Ent 14	02	M	30	Enfermeiro plantonista	2011	Lato Sensu em Pediatria e Mestrado Acadêmico	1 ano
Ent 15	02	F	31	Enfermeira plantonista	2017	Lato Sensu (em andamento)	1 mês
Ent 16	01	F	58	Enfermeira da rotina	1987	Mestrado Acadêmico	5 anos
Ent 17	01	F	26	Enfermeira residente	2016	Lato Sensu (em andamento)	3 meses
Ent 18	02	M	34	Enfermeiro plantonista	2014	Lato Sensu em Pediatria	1 ano
Ent 19	02	F	25	Enfermeira residente	2016	Lato Sensu (em andamento)	1 mês

Fonte: A autora, 2019.

Dos 19 enfermeiros participantes dessa pesquisa, 15 eram do sexo feminino. Semelhante achado foi observado no estudo conduzido por Balbino, Balieiro e Mandetta (2016) e Silva et al. (2016) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os quais afirmam que, dentre os profissionais que atuavam na equipe multidisciplinar, a maioria das depoentes era do sexo feminino. Esse dado reafirma a predominância na escolha pela área pediátrica/neonatal por mulheres.

De acordo com Andrade e Monteiro (2018), a enfermagem é uma profissão hegemonicamente feminina, característica que tem alicerce na questão de gênero e, por conseguinte, na história da profissão, pois as primeiras escolas de ensino de enfermagem permitiam somente alunas do sexo feminino. Além disso, a Enfermagem Moderna foi fundada por Florence Nightingale, o que demarca o papel social da mulher nesta profissão.

Além disso, vale lembrar que, ao longo da história, as mulheres foram predominantemente as pessoas que realizavam cuidado aos doentes ou não, sejam crianças, idosos, adultos e jovens (VIGO, 2020).

Em relação à função desempenhada pelos entrevistados, a maioria, totalizando 11 depoentes, era de enfermeiros plantonistas, evidenciando que, dentro da UTIP na comparação com enfermeiros da rotina e enfermeiros residentes, os enfermeiros plantonistas são a maior força de trabalho e possivelmente os que estão mais inseridos no convívio diário com o familiar acompanhante.

Dos entrevistados, 5 enfermeiros tinham até cinco anos de tempo de graduação; 5 enfermeiros tinham entre 5 e 10 anos de formados; 3 três tinham entre 10 e 15 anos; 3 três tinham de 30 a 35 anos; 2, de 15 a 20 anos; e apenas 1 enfermeiro tinha entre 20 a 25 anos de formado em curso de graduação em Enfermagem.

Em relação à formação a nível de pós graduação: 10 profissionais possuíam pós-graduação lato sensu em áreas diversas; 4 cursavam o segundo ano da residência em Enfermagem Pediátrica nas instituições pesquisadas; 3 obtiveram o grau de mestre em Enfermagem (sendo um deles também especialista na área); 1 enfermeira plantonista cursava pós-graduação lato sensu; e 1 enfermeira plantonista referiu não ter formação a nível de pós-graduação. Quanto ao curso escolhido pelos profissionais pós-graduados: 7 eram especialistas em Enfermagem Pediátrica; 4 eram especialistas em outras áreas diversas; e 2 eram enfermeiros neonatologistas. Dos enfermeiros especialistas, 2 possuíam duas especializações.

Tal fato demonstra uma preocupação e um investimento, por parte dos enfermeiros, na continuidade da sua formação profissional.

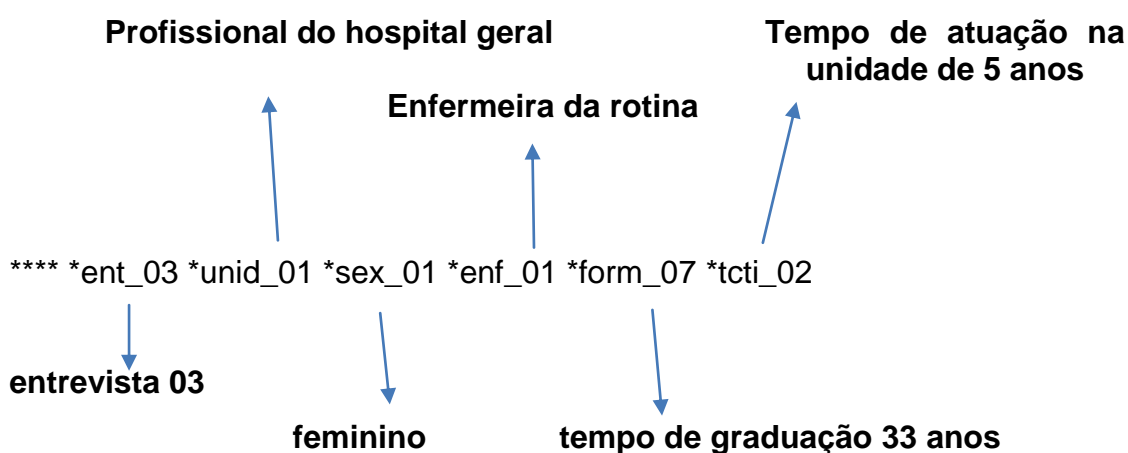
No quesito tempo de atuação na UTIP: 11 profissionais possuíam até três anos atuando na unidade; 7 possuíam entre três a seis anos; e 1 enfermeira atuava na unidade entre nove e doze anos. Vale ressaltar um quantitativo significativo de enfermeiros com tempo de atuação até três anos, em especial os 7 que possuíam até um ano de experiência profissional na unidade pesquisada.

4.2 Apresentação das variáveis do estudo utilizadas no IRAMUTEQ

Conforme preconizado pelo software, o corpus textual é composto do texto proveniente da entrevista de cada participante, separado por uma linha de comando, acompanhada pela identificação da entrevista, juntamente com no máximo (5) cinco variáveis escolhidas pelo pesquisador.

A partir das perguntas de caracterização dos entrevistados, foram selecionadas 5 informações para que fossem utilizadas como variáveis do estudo, a saber: sexo, unidade hospitalar em que o colaborador atuava, ocupação exercida na instituição, tempo de graduação e o tempo de atuação na unidade. Como pode ser observado na Figura 3:

Figura 3 – Esquema de caracterização dos entrevistados



Fonte: A autora, 2019.

As variáveis foram identificadas de modo que o software pudesse realizar o processamento e as associações existentes entre as variáveis e os segmentos de texto, possibilitando várias análises. No Quadro 5, apresenta-se a legenda das siglas e números correspondentes de cada variável escolhida nesse estudo.

Quadro 5 – Legenda das variáveis utilizadas no estudo

VARIÁVEL	LEGENDA
Unidade que pertence o enfermeiro (unid)	
Hospital geral	01
Hospital pediátrico	02
Sexo (sex)	
Feminino	01
Masculino	02
Função (enf)	
Enfermeiro da rotina	01
Enfermeiro do plantão	02
Enfermeiro residente	03
Tempo de graduação em enfermagem (form)	
0 até 5 anos	01
5 até 10 anos	02
10 até 15 anos	03
15 até 20 anos	04
20 até 25 anos	05
25 até 30 anos	06
30 até 35 anos	07
Tempo de atuação na UTIP pesquisada (tcti)	
0 até 3 anos	01
3 até 6 anos	02
6 até 9 anos	03
9 até 12 anos	04

Fonte, A autora, 2019.

4.3 Análise lexical das entrevistas

Neste subitem, serão expostos os achados referentes à análise lexical realizada através do software Iramuteq, consonante com o descrito no percurso metodológico. O relatório de análise, chamado de Rapport, fez a leitura dos 19 textos (entrevistas) que compõem o corpus textual, que foram computados e explorados dentro de um tempo de 13 segundos, obtendo, assim, o total de 555 segmentos de texto (ST), dos quais houve um aproveitamento de 448. Apresentou,

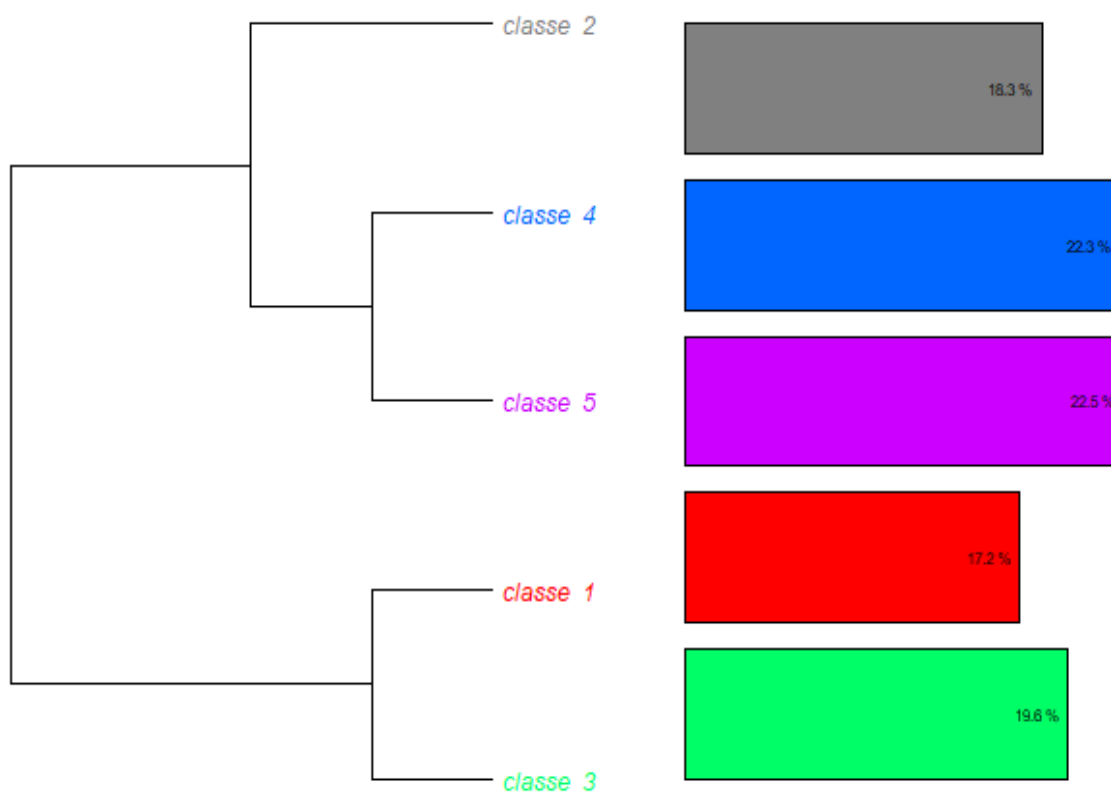
ainda, 1534 lematizações e 1422 formas ativas. O corpus textual resultante das entrevistas obteve uma pertinência de 80,72% do total do corpus analisado para a versão 07 alpha 2.

Para Trigueiro et al. (2016), esta pertinência é considerada um parâmetro adequado na utilização deste software, pois ele estabelece o valor acima de 70% de aproveitamento do corpus.

Os ST aproveitados pelo software e que compõem o corpus textual foram processados e deram origem a 5 classes. O Iramuteq estruturou essas classes por meio de um dendograma.

O dendograma é um tipo de estrutura organizada para apresentação da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). De acordo com Camargo e Justo (2013), ele é elaborado a partir da semelhança entre os vocabulários, que originam os segmentos de textos e o conjunto deles, as classes de segmentos de textos. Essas classes são dispostas juntamente com outras classes, que apresentam segmentos de texto com vocabulário diferente, mas que poderão ter ou não alguma relação entre elas, como mostra a Figura 4, em que o CHD foi dividido pelo software em 5 classes.

Figura 4 – Dendograma da classificação hierárquica descendente (CHD) das classes



Fonte: Relatório do IRAMUTEQ, 2019

A partir da visualização da Figura 4, observa-se que as classes 3, 4 e 5 possuem um quantitativo maior de segmentos de texto do que as classes 1 e 2, fato este que aponta uma maior predominância desses vocabulários entre os participantes do estudo.

Além disso, no dendrograma da Figura 4, o software realizou a contagem numérica da composição de segmentos de texto em cada classe, considerando apenas uma casa decimal. Na classe 1, o Iramuteq arredondou a porcentagem de ST.

A Tabela a seguir mostra o quantitativo e as porcentagens de segmentos de texto, correspondentes em cada classe, conforme o Rapport, com duas casas decimais.

Tabela – Distribuição quantitativa das classes do corpus textual

Classes	ST	%
Classe 1	77	17,19
Classe 2	82	18,30
Classe 3	88	19,64
Classe 4	100	22,32
Classe 5	101	22,54
Total	448	100

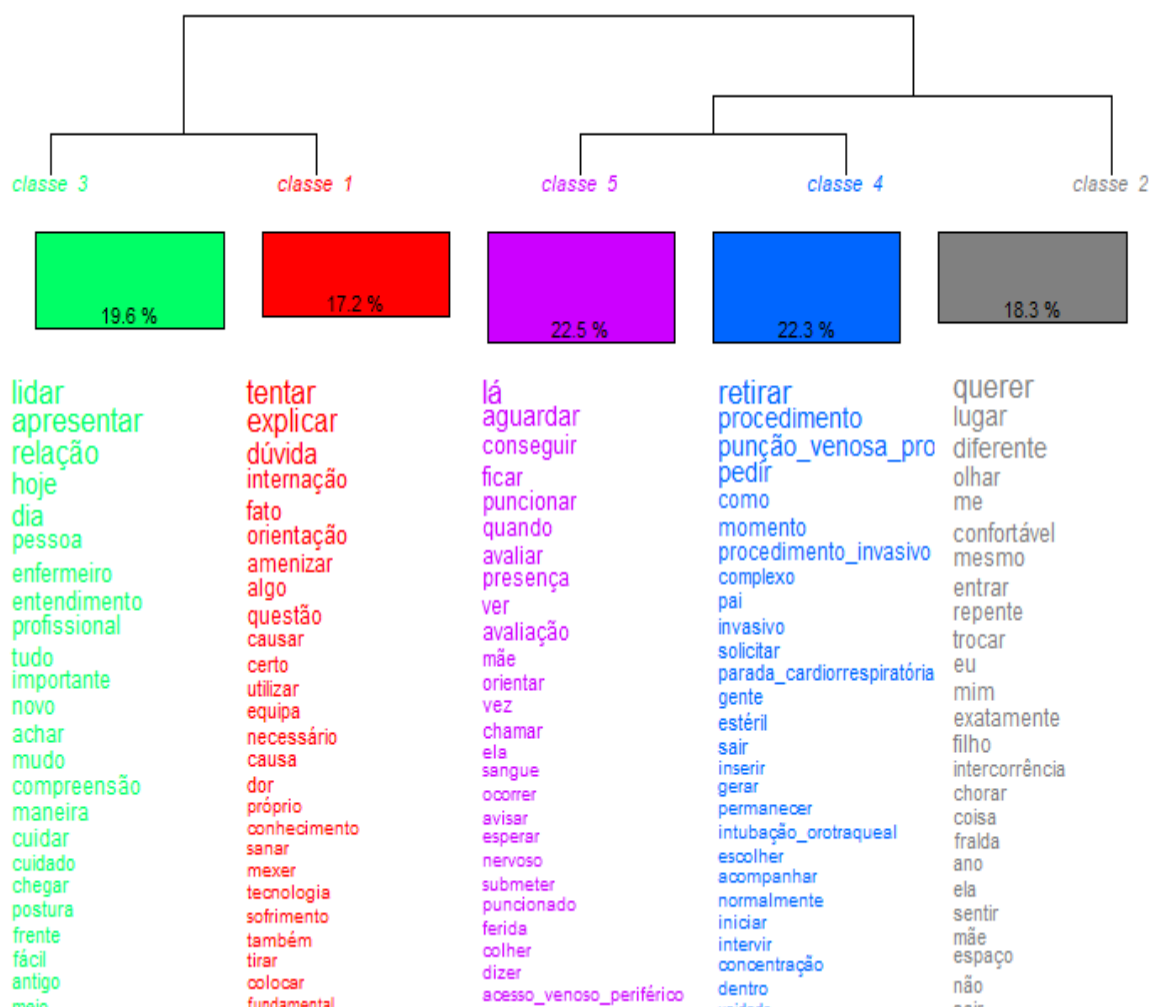
Fonte: A autora, 2019.

A partir da Tabela 1, pode-se compreender que houve uma disposição nivelada dos ST pelas classes, com um predomínio discreto da classe 5 com 22.54%, seguido pela classe 4, com 22.32% do corpus analisado. As classes 1, 2, 3 apresentam semelhança de distribuição, com 17,19%, 18,30% e 19,64%, respectivamente. Por meio do esquema gerado na CHD, é possível observar que o corpus foi esquematizado com 5 classes e organizado em dois momentos:

Primeiramente, o corpus foi dividido em dois eixos, sendo agrupado no eixo (1) a classe 2, formada primeiro; e no eixo (2) dois, as classes 1 e 3. Houve uma subdivisão entre a classe 2, chamada de subeixo (1.1) um ponto um, com a formação das classes 4 e 5, ocorrendo no mesmo momento que as classes 1 e 3, conforme mostra a Figura 5.

Essa distribuição do corpus tem relação direta com a relevância do vocabulário utilizado pelos participantes do estudo e contribui para analisar o fenômeno da atuação do enfermeiro quanto à presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados com criança na UTIP. Nesse sentido, com a finalidade de facilitar a compreensão em relação às divisões no interior do corpus textual durante o processo de análise do conteúdo semântico das classes, apresenta-se abaixo o dendograma com as palavras (Figura 5) que propiciaram a divisão das classes.

Figura 5 – Dendrograma de classificação hierárquica descendente (CHD) das classes com as palavras



Fonte: Relatório do IRAMUTEQ, 2019.

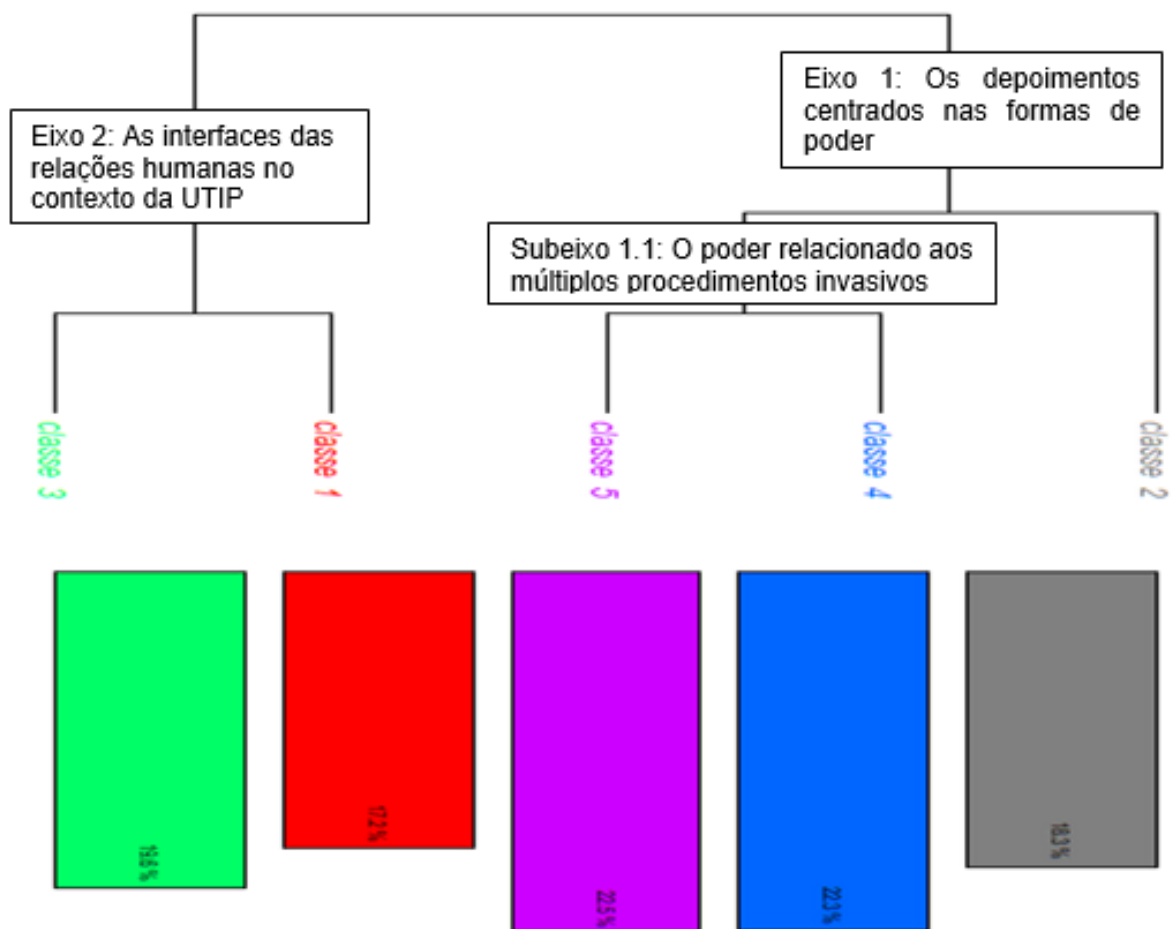
Ao analisar a Figura 5, observa-se que há uma coerência nas divisões por classes, o que pode ser notado a partir da relação existente entre os contextos semânticos dos ST em cada uma das 5 classes. Mediante os ST apresentados acima, foram nomeadas as seguintes classes, apresentadas por ordem de apresentação no CHD, ou seja, na ordem pela qual elas foram apresentadas pelo software:

- classe 2: “O querer do enfermeiro e o querer do familiar acompanhante na UTIP”;
- classe 4: “As falas que fundamentam a não presença do familiar acompanhante na realização de procedimentos invasivos”;

- c) classe 5: “O afastamento do familiar acompanhante como estratégia de poder”;
- d) classe 3: “As relações enfermeiro-familiar acompanhante no cotidiano da realização dos procedimentos invasivos”; e
- e) classe 1: “A orientação como estratégia de esclarecimento ao familiar acompanhante da criança internada na UTIP”.

Após a interpretação das classes a partir dos ST, elaborou-se um esquema, mesclando o dendograma e os nomes atribuídos as classes, eixos e subeixos. A Figura 6 demonstra esse esquema organizado.

Figura 6 – Apresentação esquemática das categorias e das classes



Fonte: Relatório do IRAMUTEQ, 2019.

4.4 Análise das classes do corpus

A investigação do conteúdo das entrevistas capturadas neste estudo e processadas pelo software IRAMUTEQ possibilitou conhecer e interpretar como se dá a atuação do enfermeiro na tomada de decisão quanto à presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados com a criança na UTIP.

Como mencionado anteriormente, o corpus textual foi dividido pelo software em dois eixos: o eixo 1 “Os depoimentos centrados nas formas de poder” originou a classe 2 “O querer do enfermeiro e o querer do familiar acompanhante na UTIP”; e, posteriormente, a partir do subeixo 1.1 “O poder relacionado ao múltiplos procedimentos invasivos” emergiram a classe 4, intitulada “As falas que fundamentam a não presença do familiar acompanhante na realização de procedimentos invasivos”, e a classe 5 “O afastamento do familiar acompanhante como estratégia de poder”.

O eixo 2, denominado “As interfaces das relações humanas no contexto da UTIP”, formou as classes 3 “As relações enfermeiro-familiar acompanhante no cotidiano da realização de procedimentos invasivos” e 1 “A orientação como estratégia de esclarecimento ao familiar acompanhante da criança internada na UTIP”.

4.4.1 Eixo 1: os depoimentos centrados nas formas de poder

4.4.1.1 Classe 2: o querer do enfermeiro e o querer do familiar acompanhante na UTIP

A classe 2 foi constituída por 82 ST específicos e 18,3% das UCEs que compõem o corpus analisado. As principais palavras com associação a esta classe estão listadas no Quadro 6 e são representadas pela porcentagem do qui-quadrado (X^2), que possui o significado de “avaliar quantitativamente a relação entre o

resultado de um experimento e a distribuição esperada para o fenômeno” (SALVIATI, 2017, p. 15). Os valores do qui-quadrado são calculados pelo software, que disponibiliza a listagem com as palavras que compõem cada classe, juntamente com os valores de qui-quadrado, de modo que seja possível compreender o significado da classe.

Quadro 6 – Palavras mais significativas da classe 2

Palavras	X ²
querer	35.19
lugar	26.08
diferente	22.34
olhar	21.67
me	21.61
confortável	21.23
mesmo	18.85
entrar	18.01
trocar	17.2
repente	17.2

Fonte: A autora, 2019.

O conjunto de palavras mais utilizadas nesta classe foi “querer”, “lugar”, “diferente”, “olhar”, “me”, “confortável”, “mesmo” “entrar” “trocar” e “repente”, como mostra o Quadro 6. O uso dessas palavras pelos enfermeiros permite compreender que, na UTIP, os profissionais modulam sua atuação junto ao familiar acompanhante frente aos procedimentos invasivos nas crianças. Essas palavras se baseiam no querer do profissional que, por vezes, coloca-se no lugar do familiar, mas também se preocupa em estar confortável. A palavra verbalizada com maior expressividade nessa classe foi o verbo irregular “querer”, com X²=35.19%, cuja relevância pode ser observada pelo valor do X² (qui quadrado) apresentado.

O significado desse verbo envolve o poder, a vontade, a intenção, a motivação, o requerer, o ter necessidade de, dar motivos para e ordenar, ou seja, os entrevistados expressam, por meio da predominância do verbo querer, o modo de ação adotado, na tomada de decisão na unidade quanto à presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados com a criança na UTIP.

Sendo assim, para alguns enfermeiros, para se tomar uma decisão sobre a presença do familiar acompanhante durante a realização do procedimento invasivo, é necessário dialogar com o familiar sobre seu desejo de permanecer ou não junto à sua criança.

Eles têm direito a permanecer se eles **quiserem** mas eu sempre pergunto você quer ficar ou prefere sair e fica por conta do familiar.
(**** *ent_15 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_01 *tcti_01)

A gente fala para o familiar que se ele se sentir **confortável** poderá ficar mas tem familiar que não gosta de ver a criança sendo furada nós informamos que ele é livre para sair se ele quiser.
(**** *ent_19 *unid_02 *sex_01 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Isso realmente não incomoda você acaba se acostumando a equipe de enfermagem se coloca também no **lugar** da pessoa você não quer ver um filho morrer por isso oferece essa chance de a mãe **querer** sair ou não participar do final da criança.
(**** *ent_10 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_07 *tcti_04)

Assim, esses achados corroboram com o estudo de Carvalhido (2015), quando recomenda que todo o processo de tomada de decisão deve se basear no desenvolvimento de uma interação sólida entre o enfermeiro e a família, que origine compreensão e conhecimento da mesma e reconhecimento dos papéis dos múltiplos intervenientes no processo, de modo a possibilitar uma negociação franca, capaz de cruzar os objetivos do cuidar e as estratégias que melhor respondem às necessidades desses familiares, proporcionando a ambos o melhor bem-estar possível.

Ainda a este respeito, alguns enfermeiros acreditam ser importante esta escuta, pois nem todos os familiares se encontram preparados emocionalmente para permanecer ao lado da criança durante a realização do procedimento invasivo, como se pode observar nas falas a seguir:

E caso ele não apresente uma resistência a permanecer ele pode ficar assim do lado da criança. Acontece muito de alguns não gostarem de ver a criança chorar e por isso não querem ficar e insistem em sair
(**** *ent_04 *unid_01 *sex_02 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Nem olhou para mim simplesmente saiu correndo ela precisava só de um ok você não precisa ficar se você não quiser e ela queria sair daqui porque a criança chorava muito ela só queria fugir
(**** *ent_15 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_01 *tcti_01)

Sendo assim, para os entrevistados 4 e 15, o desejo e as limitações apresentadas pelos familiares acompanhantes são elementos importantes para essa tomada de decisão.

A este tocante, Hockenberry e Wilson (2014, p. 45) referem que “a meta principal da enfermagem pediátrica é de melhorar a qualidade de cuidados da criança e sua família”, dessa forma, compreender as limitações emocionais do acompanhante, estimulando-o sempre que possível a estar presente na UTIP e apoiar a criança é uma atitude pertinente ao enfermeiro.

Além disso, foi possível observar nas entrevistas, que a decisão do enfermeiro sobre a presença do familiar acompanhante perpassa não só pelo desejo do familiar, mas pelo reconhecimento que a sua presença é um elemento importante para suprir as necessidades da criança diante da realização de procedimentos invasivos e dolorosos.

Durante os procedimentos eu não vejo nenhum problema de eles permanecerem, a criança fica mais quietinha com o pai presente.
(**** *ent_09 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Precisamos pensar na criança e eu sempre penso nela o que se passa na cabeça da criança de 2 anos ou de meses que não conhece nenhum daqueles rostos está num lugar diferente que não é a casa dela fazendo procedimentos às vezes dolorosos.
(**** *ent_12 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_03 *tcti_01)

A importância da presença da família no processo de hospitalização da criança é algo indiscutível, desse modo, nota-se que alguns enfermeiros têm buscado conduzir sua tomada de decisão quanto à presença do familiar acompanhante, levando em consideração alguns preceitos preconizado pelo CCF, em que se considera o vínculo afetivo entre familiar acompanhante e criança um elemento importante a ser considerado na prestação da assistência de enfermagem (PACHECO et al., 2013).

Já no entendimento da entrevistada 13, a presença do familiar acompanhante junto à criança deve ser garantida por ser uma rotina estabelecida pela coordenação de enfermagem da unidade.

Não tem problema mesmo que tenha intercorrência eles podem ficar nesse tempo que eu estou aqui teve uma parada cardiorrespiratória mas desde o início a coordenação de enfermagem também sempre falou que se ele quiser ficar pode ficar.
(**** *ent_13 *unid_02 *sex_02 *enf_02 *form_03 *tcti_01)

Portanto, ao mencionar a possibilidade da presença do familiar acompanhante, o entrevistado 13 trouxe uma concepção desse poder enquanto uma materialização da hierarquia, personificada em alguém que manda (coordenação de enfermagem). Assim, esse relato aponta que, por ser considerada uma verdade para este profissional, há uma disciplina por parte dele em cumprir a rotina estabelecida pela instituição, confirmando, assim, esta estratégia argumentativa para o exercício da presença do familiar junto à criança durante a realização do procedimento invasivo.

Sendo assim, este agir do enfermeiro vai ao encontro do pensamento de Foucault (2012), quando diz que a elaboração da noção de verdade de uma sociedade é centrada na forma do discurso científico e balizada pelas instituições que a produzem.

Entretanto, alguns profissionais apresentaram algumas justificativas para a decisão da não adoção da presença do familiar acompanhante, durante os procedimentos invasivos, como pode ser observado nas falas abaixo:

Eu não me sinto confortável, mas ao mesmo tempo eu entendo a necessidade. Na verdade, eu nem entendo a necessidade, eu aceito a necessidade de que isso aconteça, porque a gente tem alguns problemas com alguns pais, que querem intervir junto no procedimento e não aceitam
(**** *ent_01 *unid_01 *sex_01 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Deve ser um ou outro profissional que eventualmente não fique confortável, mas é uma rotina diária que você acaba se acostumando não tem jeito
(**** *ent_08 *unid_02 *sex_01 *idad_03 *enf_02 *form_04 *tcti_01)

A palavra verbalizada pelos entrevistados 01 e 08 e que possui uma relação com as palavras de maior qui-quadrado nesta classe foi “confortável”. Dentre os possíveis significados desse adjetivo, chama atenção a expressão “livre de tensão ou estresse”, ou seja, uma situação confortável é livre de preocupação, indisposição ou ansiedade para o profissional. Nos relatos acima, a palavra confortável está acompanhada da expressão “não”, o que indica uma insatisfação dos profissionais quanto à presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos.

Achado semelhante foi encontrado por Dos Anjos et al. (2019), quando afirma que, para os membros da equipe de enfermagem atuantes em UTIP oncológica, a permanência da família, em alguns momentos, traz dificuldades para o desenvolvimento das atividades.

A falta de conforto relatada por alguns profissionais quanto à presença dos familiares durante os procedimentos invasivos na UTIP também foi observada no âmbito nacional e internacional (JONES et al., 2011; KUZIN et al., 2007; MECKTARIAN; ANGELO, 2015).

Ainda a este respeito, o estudo de Mecktarian e Angelo (2015) revelou que, no ambiente da emergência pediátrica, por conta dos sentimentos de desconforto e insegurança, os profissionais excluem a família na vigência de um procedimento invasivo.

Além do desconforto causado pela presença do familiar, o fato de eles quererem intervir durante a realização de um procedimento invasivo foi outro ponto elencado como justificativa na decisão do enfermeiro sobre a não presença do familiar junto a criança na UTIP.

Achados semelhantes a este se encontram no estudo de Matos et al. (2016), em que o familiar pode ser interpretado como inflexível, invasivo e até mesmo indesejável pela equipe, por questionar sobre a situação de seu filho.

Apesar de ter exposto em sua fala, como mencionado anteriormente, que a presença do familiar acompanhante não é um incômodo durante a realização de um procedimento invasivo, o entrevistado 10 expressa na unidade de registro abaixo, ser desconfortável essa presença, apontando, assim, o conflito íntimo vivenciado por ele com relação a essa questão.

Olha isso é uma coisa nova para equipe de enfermagem, não é uma coisa tão confortável. Nem sempre é, porque depende da mãe, depende da criança, depende do seu estado mental (profissional), mas já estamos nos preparando para essas mudanças.
(* **ent_10 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_07 *tcti_04)

Além disso, o entrevistado 10 expressa que a presença integral de um familiar acompanhante na UTIP, incluindo durante os procedimentos invasivos, é considerada pela depoente como uma rotina nova.

Os documentos legais reforçam esta informação, pois, no Brasil, somente com a alteração do art. 12 do ECA pela lei 13.257 de 2016, os pais passaram a ter direito a permanência em período integral com a criança na UTIP.

Entretanto, mesmo havendo o respaldo legal, muitas unidades ainda não conseguiram implementar a permanência/presença do familiar acompanhante, durante todos os momentos da internação da criança. São observadas instituições

que possuem até alojamento para os pais/acompanhantes, que permanecem durante vários dias nesse espaço, mas com acesso restrito ao leito da criança.

Outra justificativa para o enfermeiro não querer que o familiar esteja presente durante o procedimento invasivo esteve associada ao tipo de comportamento expresso pelo familiar:

Geralmente se é um acompanhante mais complicado, já peço para sair logo, por qualquer coisa, vou respirar um pouco mais perto da criança eu já peço para sair.

(**** *ent_03 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_07 *tcti_02)

Sendo, assim, constatou-se na fala acima que, quando o familiar tem um comportamento “mais complicado” ou inaceitável pelo profissional, isto se torna um elemento importante para o enfermeiro decidir pela sua saída no momento de realização de procedimentos invasivos.

Essa tomada de decisão por parte do profissional vai ao encontro do que Foucault (1979) aponta como micropenalidades nos sistemas disciplinares (prisões, escolas e hospitais). Elas são direcionadas, avaliando situações relacionadas com o tempo, com a realização da atividade, com a maneira de ser do indivíduo, com o modo dos seus discursos, com os modos do corpo agir e com os gestos.

Para Foucault, esses sistemas disciplinares adotam a título de punição, toda uma série de processos sutis, que vão do castigo físico leve, privações ligeiras e as pequenas humilhações. Trata-se, ao mesmo tempo, de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta e dar uma função punitiva aos elementos, aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar (FOUCAULT, 1979).

Outra análise pertinente relacionada à fala do entrevistado 03 se encontra alicerçada no que Foucault discorreu em *A ordem do discurso*. No livro, o autor fundamenta a maneira como o poder se vincula a determinados discursos, com o objetivo de legitimá-los como verdade (FOUCAULT, 2012).

Nessa lógica Foucaultiana, existem procedimentos que atuam no exterior e no interior do discurso. Os procedimentos de exclusão agem no exterior e se apresentam de três formas são elas: interdição, separação ou rejeição e vontade da verdade (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013; FOUCAULT, 2012).

À medida que a presença do familiar acompanhante é tolhida pela solicitação que ele saía da UTIP, fica visível que a interdição é uma estratégia de “controle

sobre o que pode ser dito, em que circunstância e a quem é permitido falar”, (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013). O enfermeiro utiliza a interdição para dar sustentação ao desejo de que o familiar se retire, mediante uma ligação intrínseca com o poder exercido por ele por meio do discurso.

Além disso, a fala do entrevistado 03 também pode ser considerada como procedimento de separação ou rejeição, pois nesse tipo de procedimento a fala do “louco” é ouvida pelo sujeito que detém a autoridade, mas este a interpreta de acordo com o que considera como verdade (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013). E é exatamente o que verbaliza o profissional entrevistado, quando diz “se é um acompanhante mais complicado já peço para sair”, neste sentido, para o profissional esse familiar acompanhante é tido como louco.

O procedimento de exclusão chamado de “vontade de verdade” pode ser entendido como algo prodigioso, destinado a eliminar os que pensam de forma diferente, por meio da justificativa da interdição e pela definição da loucura (FOUCAULT, 2012).

Portanto, essa conduta estabelecida pelo entrevistado 03 se torna preocupante porque evidencia a existência de diferenças na forma de tratar os familiares, fato este que pode trazer implicações importantes na relação interpessoal entre eles. Isso porque todos os aspectos que compõem e influenciam esta interação são determinantes para a concretização de uma relação positiva ou não entre enfermeiro e o familiar acompanhante.

Além disso, considerando a assistência centrada na família intrínseca à prática de enfermagem, é esperado que os enfermeiros proporcionem a melhor assistência não só à criança, como também ao seu familiar acompanhante. E isto perpassa pelo acolhimento do familiar, que, diante da hospitalização de sua criança na UTIP, pode apresentar comportamentos “indesejáveis” em função de uma possível sobrecarga emocional. Portanto, este achado impõe ao enfermeiro o desafio de uma melhor resposta frente às situações percebidas por ele como “conflitantes”.

Outra faceta desse não querer simbolizado pelo desejo do enfermeiro e traduzido na perspectiva Foucaultiana como interdição também aparece no discurso dos entrevistados 11 e 15, tendo como justificativa para o distanciamento do familiar acompanhante frente à realização de procedimentos invasivos os sentimentos negativos apresentados pelo mesmo.

Por causa das emoções **mesmo** é muito difícil manter se realizando o procedimento diante de um pai muito emocionado chorando.
(**** *ent_11 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

A gente precisa passar informando sempre para que as fagulhas não virem uma confusão porque ela está emocionalmente abalada e está com muitos problemas familiares ela só prefere ficar, ela só prefere **olhar**
(**** *ent_15 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_01 *tcti_01)

Nos relatos dos entrevistados 11 e 15, os enfermeiros expõem as dificuldades enfrentadas para lidar com as emoções dos familiares durante um procedimento invasivo. Assim, o fato de o profissional não saber lidar com as características emocionais do familiar acompanhante acaba por fazê-lo optar pelo distanciamento do familiar da unidade durante a realização de um procedimento invasivo.

Portanto, este achado aponta duas importantes questões. A primeira indica que, em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, nem sempre o profissional enfermeiro se encontra preparado para lidar com as questões emocionais dos familiares e que, portanto, também se faz necessário receber apoio psicológico para lidar com estas situações. Ressalta-se que, ao receber o apoio psicológico, é possível que o enfermeiro passe a ter condições de propor soluções para estas situações, soluções que levem em consideração tanto suas próprias limitações emocionais quanto do familiar acompanhante.

A segunda diz respeito ao fato de que, apesar de alguns familiares se encontrarem emocionalmente abalados frente à hospitalização de seu filho em uma unidade de terapia intensiva, o enfermeiro deve lhe facultar o direito de decidir se deseja ou não permanecer junto a sua criança durante a realização de um procedimento invasivo, pois sua presença neste momento pode ser para eles uma demonstração de afeição e amor.

Este pensar é reforçado no estudo de Carvalhido (2015), quando diz que participar na prestação de um cuidado é apreendido pelos familiares como uma demonstração de afeto e amor, reafirmando a sua disponibilidade para auxiliar na sua recuperação, o que pode minimizar os sentimentos de impotência, culpa e afastamento que a doença e o internamento originam.

Além disso, os entrevistados 11 e 19 relataram o dimensionamento do espaço físico reduzido da unidade do paciente como justificativa para que o familiar não permaneça presente junto à criança durante os procedimentos invasivos.

Por causa da situação do dimensionamento do espaço.
(**** *ent_11 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Até porque nosso espaço também é muito pequeno o **mesmo** espaço que o familiar fica com a cadeira é o espaço que eu entro para manipular o paciente.
(**** *ent_19 *unid_02 *sex_01 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Essas informações são semelhantes às encontradas nos estudos de Chapman et al. (2014) e Giles et al. (2016), que apontaram que os serviços de saúde não estão preparados para receber e acolher as famílias que desejam estar com seus entes queridos durante o atendimento em uma unidade emergencial, relatando que a presença da família em um espaço físico reduzido acarreta aglomerações, tornando o espaço insuficiente para o adequado desempenho das funções do profissional de saúde.

Destaca-se que essa situação relacionada ao espaço físico reduzido dos leitos se reflete em várias UTIs pediátricas no Brasil, construídas antes e até mesmo depois da RDC nº50/2002, que prevê o espaço de 3 metros de largura para unidade do paciente. Para minimizar este déficit, as unidades disponibilizam uma poltrona reclinável para que o familiar acompanhante permaneça ao lado da criança. Entretanto, algumas UTIs pediátricas brasileiras não dispõem da poltrona ao lado do leito, mas apenas de uma cadeira sem o mínimo de conforto para acomodação do familiar em tempo integral.

Na perspectiva de Foucault (1979), a forma como são dispostos os leitos e o espaço interno deles também é fonte de análise quando se estuda as relações de poder, pois é possível observar traços do poder disciplinar no tipo de organização do espaço. Para Foucault, na prática social, o poder disciplinar pode ser visto como o enclausuramento, distribuição dos indivíduos no espaço e no tempo e hierarquização. O enclausuramento diz respeito à organização de um espaço fechado, constituído em torno de regras e mecanismos que determinam as ações do dia a dia das pessoas

Assim, a partir dos conceitos de Foucault e da questão do espaço físico da UTIP das unidades pesquisadas, pode-se inferir que a presença do familiar acompanhante não parece ser considerada uma verdade absoluta para os gestores hospitalares e gestores de unidade, uma vez que não é oferecido um espaço físico apropriado para que efetivamente esteja acompanhando sua criança em todos momentos da internação, inclusive naqueles momentos de realização de

procedimentos invasivos, caso assim o deseje. Portanto, a presença do familiar acompanhante deve que ser garantida no espaço físico de uma UTI de forma adequada e não apenas como cumprimento de um direito legal.

No ST abaixo, nota-se, novamente, a vontade da verdade como uma forma de exclusão, justificada pela rotina de trabalho bastante agitada na unidade.

E às vezes é uma falha nossa porque a gente está com pressa a gente quer correr a gente está **querendo** terminar e precisa fazer aquilo rápido.
(*** *ent_02 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_05 *tcti_02)

Assim, a entrevistada 02 evidencia em sua fala que sua tomada de decisão quanto à presença do familiar durante os procedimentos invasivos realizados na UTIP perpassa pelo seu próprio querer. Esse querer/poder é influenciado pela dinâmica de trabalho própria de uma UTIP.

Já a entrevistada 03 revela que, por ser a UTIP um ambiente mecânico, com ações rotineiras, centradas na execução de tarefas, não há uma preocupação por parte dela em se possibilitar a presença do familiar acompanhante durante a realização de procedimentos invasivos.

Realmente eu quase não costumo entrar em detalhes é muito mecânico. Para mim isso é rotina, mas para o familiar não.
(**** *ent_03 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_07 *tcti_02)

De acordo com o estudo de Backes, Erdmann e Buscher (2015), a UTI é considerada uma área específica, crítica, especializada, diferenciada dos outros ambientes, muito técnica e de tratamentos invasivos. Ambiente complexo, fechado, organizado, extremamente dinâmico e também barulhento, possuindo fluxo de pessoas controlado.

Neste sentido, pode-se inferir que, em função da dinâmica de trabalho, o enfermeiro acaba determinando o controle da presença de pessoas nesta unidade. O que traduz também o exercício do poder disciplinar traduzido pela determinação dos indivíduos no espaço e no tempo (FOUCAULT, 1979).

4.4.1.2 Subeixo 1.1: o poder relacionado aos múltiplos procedimentos invasivos

4.4.1.2.1 Classe 4: as falas que fundamentam a decisão pela não presença do familiar durante a realização de procedimentos invasivos

A classe representa 22,3% das UCEs e 100 segmentos de texto específicos que formam o corpus analisado. As palavras com maior associação com a classe são as seguintes:

Quadro 7 – Palavras mais significativas da classe 4

Palavras	χ^2
retirar	51.68
procedimento	35.59
punção venosa profunda	33,12
pedir	24.91
como	23.66
momento	23.56
procedimento invasivo	21.16
complexo	20.30
pai	19.96
invasivo	17.60

Fonte: A autora, 2019.

O grupo de palavras mais utilizadas nesta classe foi “retirar”, “procedimento”, “punção venosa profunda”, “pedir”, “como”, “momento”, “procedimento invasivo” “complexo” “pai” e “invasivo”, como mostra o Quadro 7.

A palavra mais significativa para esta classe é o verbo “retirar”, com $\chi^2=51.68\%$. Ao analisar esse verbo, mediante o seu significado e relacionando com o objetivo do presente estudo, entende-se tratar de uma palavra autoritária e que indica uma ação muito direta de afastamento do familiar acompanhante do leito da criança durante os procedimentos invasivos na UTIP.

Essa classe sugere que a maioria dos enfermeiros participantes do estudo considera como verdade o discurso da necessidade de retirar o familiar

acompanhante do lado da criança em momentos específicos. As justificativas apontadas por eles são as mais variadas.

Os entrevistados 03, 13 e 16 referem que a decisão de retirar o familiar acontece em momentos específicos do cuidado, ou seja, naqueles momentos em que se precisam realizar cuidados mais complexos com a criança.

Num **procedimento invasivo** a gente sempre convida a se **retirar**, como por exemplo intubação orotraqueal, **punção venosa profunda** e parada cardiorrespiratória.

(**** *ent_03 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_07 *tcti_02)

Em qualquer **procedimento invasivo** às vezes a criança perdeu o acesso periférico e a gente tem que puncionar novamente, tem que passar uma sonda nasoesofágica ou para fazer uma outra coisa a gente pede para se **retirar**.

(**** *ent_13 *unid_02 *sex_02 *enf_02 *form_03 *tcti_01)

Para os enfermeiros, dentre os procedimentos considerados como justificativa para a tomada de decisão em distanciar o familiar acompanhante da UTIP estão: a punção venosa profunda para instalação de um cateter venoso realizada pelo médico; a punção periférica para instalação do cateter central de inserção periférica (PICC); a intubação orotraqueal; os procedimentos inerentes às manobras de reanimação cardiopulmonar; e preparo do corpo na pós-morte. Neste sentido, pode-se inferir que o enfermeiro, ao tomar esta decisão nestas circunstâncias, busca manter o controle/poder sobre essas práticas de cuidado.

Destaca-se, ainda, que, apesar de a realização de procedimentos invasivos oferecer risco de eventos adversos e iatrogenias relacionadas à complexidade que os envolve, inclusive com a possibilidade de óbito durante a execução dele, a criança e sua família possuem o direito legal pelo art.12 do ECA em permanecerem juntos durante todo período de internação, em serem informados acerca dos riscos, além de participarem ativamente das decisões que envolvem o tratamento da criança, conforme a Resolução CONANDA nº41/1995.

A fala do entrevistado 09 revela que o motivo para o enfermeiro não possibilitar a presença do familiar acompanhante durante a realização de um procedimento invasivo está pautado nas normas estabelecidas em sua unidade de terapia intensiva:

Ele acompanha criança em todos **momentos**, porém na nossa unidade existe uma rotina que pedimos para o acompanhante se **retirar** durante intercorrências que haja. Caso esse acompanhante se recuse, não tem **como** tirarmos ele da unidade.

(**** *ent_09 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Portanto, mais uma vez, o poder do enfermeiro em decidir pela presença do familiar acompanhante junto à criança está atrelado ao cumprimento das rotinas que são estabelecidas em sua unidade de trabalho.

Com base em Foucault (2012), pode-se analisar nas falas desses enfermeiros que retirar o familiar de dentro da UTIP é considerado como verdadeiro, pois é aceito como uma verdade oficial assentida pela maior parte dos enfermeiros atuantes nas UTIs pediátricas pesquisadas.

O entrevistado 16 entende que a presença do familiar deve ser permitida somente naquelas situações em que o familiar possa participar do cuidado, como na higienização e curativo da criança:

As mães participam mais nos procedimentos da equipe de enfermagem como higienização da criança e curativo. No caso da necessidade de punção para introduzir o cateter PICC, **pedimos** para ela sair.

(*** *ent_16 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_07 *tcti_02)

Já a fala do entrevistado 04 contradiz o que ele havia exposto anteriormente quanto a ser favorável a presença do familiar acompanhante na realização de um procedimento invasivo, uma vez que, frente à necessidade de realização de uma punção para a inserção de um cateter venoso profundo, sua atitude é a de solicitar a saída do familiar da unidade.

Mas sempre de forma mais lúdica para que ele possa vir entender o **procedimento invasivo**. Após isso a gente **pede** para que ele se **retire** porque vai ser iniciado o procedimento e ele não poderá permanecer.

(**** *ent_04 *unid_01 *sex_02 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Neste sentido, evidencia-se, mais uma vez, um conflito de ideias por parte de outro profissional quanto ao querer que o familiar esteja presente junto à criança na realização de um procedimento invasivo.

Outro enfermeiro revelou que a possibilidade ou não de se permitir a presença do familiar junto à criança durante o procedimento invasivo perpassa pelas características comportamentais do familiar:

Se eu tivesse a opção de **retirar** o acompanhante em todo o procedimento realizado pela equipe de enfermagem, seria melhor que ele saísse, pelo perfil de determinado acompanhante. Não que eu gostaria que todos os acompanhantes saíssem.

(**** *ent_09 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Assim, na fala acima, foi possível evidenciar que a presença do familiar acompanhante cuidador nem sempre é bem aceita pelos enfermeiros.

Indo ao encontro destes achados, McAlvin e Carew-Lyons (2014) apontam que a presença da família na UTIP é, na maioria das vezes, aceita quando a criança se encontra estável hemodinamicamente, e menos aceita pelos profissionais se a criança estiver grave com as funções vitais comprometidas.

Entretanto, o enfermeiro deve reconhecer a importância do familiar acompanhante também nas situações mais complexas do cuidado, compreendendo que este tem o direito de estar presente com sua criança nestes momentos (MACEDO et al., 2017).

Apesar dos diferentes motivos apresentados pelos os enfermeiros para que o familiar acompanhante não esteja presente junto à sua criança durante a realização de um procedimento invasivo, um dos enfermeiros apontou que esta retirada não deve ocorrer como forma de punição ou para ocultar alguma situação aos familiares:

E isso é fundamental que esse acompanhante saia se for **pedido a retirada** que não seja para punir e nem para esconder nada.

(**** *ent_06 *unid_01 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Segundo Foucault (1979), na essência de todos os sistemas disciplinares, há um tipo de mecanismo penal que pode ser exercido por uma espécie de privilégio da justiça, com suas leis próprias e micropenalidades. Estas são direcionadas, avaliando situações relacionadas com o tempo, com a realização da atividade, com a maneira de ser do indivíduo, com o modo dos seus discursos, com os modos do corpo agir. Trata-se, ao mesmo tempo, de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta e de dar uma função punitiva aos elementos, aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar.

Neste sentido, torna-se justificável a preocupação por parte do entrevistado 02 sobre a não presença do familiar acompanhante de modo que não seja vista como uma punição ou penalidade ao familiar acompanhante.

Já o profissional 07 reconhece que a decisão de retirar o familiar pode gerar desconfiança por parte do mesmo. E que, por ser tão complexa esta decisão, isto tem sido alvo de discussão em sua unidade.

E nós acabamos não percebendo, mas essa **retirada** dos pais realmente deve gerar uma desconfiança. Eu não vou mentir, na verdade tudo isso que você está perguntando agora está bem em discussão aqui na unidade nesse **momento**.

(**** *ent_07 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_03 *tcti_02)

Os achados do estudo de Franchi et al. (2018) corroboram com o pensamento da entrevistada 07, quando aponta que os pais de crianças internadas em uma UTIP de portas abertas (livre acesso) optam por estarem na unidade durante todo processo de internação, dentre outros motivos, para controlar o procedimento e o desempenho da equipe.

Além disso, na fala do entrevistado 07, foi possível evidenciar a existência de um movimento de discussão entre os profissionais quanto à inclusão do familiar durante todo processo de internação da criança, inclusive em momentos críticos e procedimentos invasivos de alta complexidade e risco de vida. Talvez isto esteja acontecendo porque a presença dos familiares no interior das UTIs seja algo novo, incipiente e, portanto, precisa ser trabalhado com toda equipe (DOS ANJOS et al., 2019).

Entretanto, infelizmente, observo em minha atuação profissional que essa ainda não é uma realidade amplamente discutida em UTIs pediátricas no Brasil, pois a maioria das unidades do SUS e da rede privada ainda restringe o acesso do familiar acompanhante em alguns períodos ao longo do dia e noite.

Para o profissional 14, o motivo para não possibilitar a presença do familiar está relacionado à possibilidade de o familiar não suportar emocionalmente permanecer junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos.

E o terceiro motivo é que a gente já teve alguns episódios de deixar o acompanhante no leito durante o **procedimento invasivo** e ele **pedir** para você interromper ou passar mal.

(*** *ent_14 *unid_02 *sex_02 *enf_02 *form_02 *tcti_01)

Todavia, no estudo de Franchi et al. (2018), realizado em UTIP de portas abertas, 84% dos pais optaram por estarem presentes durante um procedimento invasivo, e 72% decidiram se retirar espontaneamente da unidade quando houve

efeito do sedativo antes do início procedimento. Outro achado do estudo foi que, em nenhum caso dos procedimentos invasivos, reanimação e morte houve interferência, conflitos ou desacordo pelas decisões adotadas por parte dos familiares.

Desta forma, é importante refletir de que forma o familiar acompanhante está sendo orientado e esclarecido quanto ao procedimento invasivo a ser realizado na criança. De acordo com Manning, Redsell e Latour (2016), uma possibilidade a ser utilizada pelos profissionais de enfermagem é o oferecimento de apoio para a criança e família durante a internação na UTIP, de modo a “minimizar fatores que contribuem para o dano da experiência em terapia intensiva” a fim de diminuir “respostas emocionais negativas”.

Outra estratégia apresentada pela literatura científica, em especial para a presença da família durante a reanimação pediátrica, é a realização de treinamento para os profissionais. O que nesse estudo aumentou a compreensão e informação sobre o apoio parental, além de favorecer uma melhor comunicação em situações de crise (PYE; KANE; JONES, 2010).

Para o entrevistado 07, a decisão sobre a presença do familiar também está relacionada ao tempo demandado para a realização do procedimento e as tentativas de insucesso.

É uma coisa de adaptar eu não sei se adaptar ou não se realmente todo esse contexto de manter o **pai** é válido dentro do **procedimento invasivo** porque aqui fazemos o procedimento que demora não conseguimos ter um êxito de primeira tentativa.
(**** *ent_07 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_03 *tcti_02)

Essa mesma situação foi descrita por Cardoso (2009). A autora relata que, por vezes, “a demora no término do procedimento se dá pelas condições clínicas não favoráveis da criança, necessidade de realização de mais de um procedimento”. Nesse momento, é válido ao enfermeiro considerar uma comunicação efetiva com a família.

Com vistas a melhor comunicação entre enfermeiro e família, Coats et al. (2018) sugerem a implementação do cuidado centrado na família, pois ele favorece o enfrentamento, diminuição de conflitos e estresse, além de viabilizar o envolvimento da família no cuidado à criança crítica.

O fato de a unidade 02 ser um hospital escola, onde enfermeiros desenvolvem especializações (residência) sob a supervisão e orientação de outros

enfermeiros, e a maioria dos procedimentos invasivos realizados por esses residentes necessitarem de um tempo maior para sua execução, foi a justificativa alegada pelo profissional 14 para a não presença do familiar acompanhante.

Como é uma escola eventualmente a gente orienta o residente a **como** fazer o **procedimento** confere um maior medo do acompanhante durante o **procedimento** ele vai ficar mais ansioso.
(**** *ent_14 *unid_02 *sex_02 *enf_02 *form_02 *tcti_01)

Infere-se que o residente parece ser um empecilho para a presença do familiar acompanhante, e, portanto, um elemento influenciador na tomada de decisão do enfermeiro quanto a não presença do familiar junto à criança na realização de procedimentos invasivos na UTIP.

Outra situação relatada pelo entrevistado 05 e que influencia na decisão do enfermeiro diz respeito à preocupação quanto ao risco de contaminação do procedimento invasivo, por parte do familiar acompanhante.

Eu acho que realmente se não for uma coisa estéril ou se não for um **procedimento invasivo** que realmente tenha aquela necessidade para não encostar em nada e realmente não atrapalhar eu não **peço** que ele saia.
(**** *ent_05 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_03 *tcti_01)

Numa lógica semelhante ao achado supracitado, o estudo de Gomes e Erdmann (2005) aponta que, até o início do século XX, os pais eram totalmente afastados do convívio junto à criança hospitalizada, pois existia a crença de que eles trariam infecção para as crianças internadas.

Desse modo, ressalta-se que a manutenção da qualidade do cuidado, a partir da política de segurança da criança, fez-se presente na fala do entrevistado 05 como balizadora para a manutenção do dispositivo de poder sobre a decisão da presença do familiar acompanhante junto a criança na realização do procedimento invasivo.

4.4.1.2.2 Classe 5: o afastamento do familiar acompanhante como estratégia de poder

Esta classe foi composta por 101 ST e representa 22,5% das UCEs que constituem o corpus analisado. As principais palavras com associação a esta classe estão listadas no quadro abaixo:

Quadro 8 – Palavras mais significativas da classe 5

Palavras	X ²
lá	50.48
aguardar	27.60
conseguir	26.01
ficar	25.98
puncionar	24.52
quando	22.67
avaliar	21.27
presença	21.06
ver	20.89
avaliação	20.05

Fonte: A autora, 2019.

O conjunto de palavras mais utilizadas pelos entrevistados e que compõem a classe 5 foi “lá”, “aguardar”, “conseguir”, “ficar”, “puncionar”, “quando”, “avaliar”, “presença”, “ver”, “avaliação”, o que pode ser visto no Quadro 8.

Dentre essas palavras, destaca-se o advérbio “lá” com a maior frequência de aparecimento na classe 5, com o $X^2 = 50.48$. A partir desse achado, infere-se que o enfermeiro, pela repetição da palavra “lá”, encontra-se motivado, de alguma maneira, a manter o familiar acompanhante em um local afastado da criança durante a realização de um procedimento invasivo. .

Assim, a relação da palavra lá com as outras que apresentam um X² significativo e aponta que, frente à realização de um procedimento invasivo em uma determinada criança, o familiar responsável em acompanhar essa criança é frequentemente convidado pelo enfermeiro a aguardar do lado de fora da unidade até o procedimento ser realizado.

Na maioria das vezes eles **aguardam lá** fora e quando a gente termina chamamos eles.

(**** *ent_14 *unid_02 *sex_02 *enf_02 *form_02 *tcti_01)

Quando é uma parada cardiorrespiratória, os médicos às vezes autorizam a **presença** do familiar, **quando** o familiar não **consegue ver**, ele **fica lá** fora.

(**** *ent_17 *unid_01 *sex_01 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

De acordo com Reis (2015), no Brasil, é bastante comum que, na vigência de procedimentos invasivos e parada cardiorrespiratória na UTIP, os familiares presentes sejam convidados a aguardarem “lá” fora da unidade

Entretanto, apesar de toda a complexidade que envolve uma situação de parada cardiorrespiratória, um estudo norte americano, realizado por O’Connell (2007), revelou que a presença da família não interferiu na tomada de decisão em relação às manobras de reanimação cardiopulmonar.

Gaudreault e Carnevale (2012), ao estudarem a experiência de pais que viram a ressuscitação de outra criança que não a sua na UTIP, concluíram que esta experiência se mostrou angustiante para alguns pais e reconfortante para outros. Isso reflete a necessidade de a equipe estar atenta quanto aos benefícios e malefícios dessa prática.

Além disso, o entrevistado 17, ao referir que, diante de uma parada cardiorrespiratória, o profissional médico é quem às vezes autoriza a presença do familiar, aponta que a possibilidade de se ter a presença do familiar junto à criança não é destinada a todas as crianças.

Assim, foi possível evidenciar que a decisão sobre a presença do familiar acompanhante ultrapassa a esfera de decisão do próprio enfermeiro, pois é o médico que assume esse papel, ou seja, é ele quem controla a presença do familiar acompanhante frente à realização de procedimentos mais complexos, como a parada cardiorrespiratória, por exemplo.

Isso vai ao encontro daquilo que Foucault (2008) aponta quando diz que o médico, por ser aquele profissional que detém a verdade sobre um saber científico, um indivíduo (familiar acompanhante), por si só acaba não tendo argumentos para contestar esse saber ou poder, tornando-se, assim, subordinado à vontade do médico.

No que se refere à realização da intubação orotraqueal e ao afastamento do familiar acompanhante de sua criança o entrevistado 11 relata:

Essa semana tivemos uma intubação orotraqueal em um leito específico e os outros pais **ficaram**, a gente só fechou um pouco as cortinas do leito que foi submetido ao procedimento e pedimos a **mãe** se ela poderia **aguardar lá** fora um pouco.

(**** *ent_11 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Na contramão desse achado, o estudo realizado por Sanders et al. (2016) afirma que a taxa de sucesso na intubação orotraqueal de crianças internadas na UTIP não teve diferença com ou sem a presença da família. Portanto, os achados sugerem que a presença da família durante a intubação orotraqueal pode ser aplicada com segurança, como parte do cuidado centrado na família.

Outro aspecto que o enfermeiro leva em consideração para afastar ou não o familiar acompanhante de sua criança está relacionado à avaliação do estado físico e emocional desse familiar.

Tem alguns acompanhantes que acabam deixando a criança mais nervosa, porque eles estão nervosos e ansiosos. A primeira coisa é **avaliar** a situação. Eu gosto de dizer que nada é tudo e tudo é nada, depende muito da situação.

(*** *ent_02 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_03 *tcti_02)

As mães descompensam emocionalmente gostaríamos muito em não ter que as **retirar** do leito porque a gente tira a comodidade e em alguns momentos a criança **fica** chorando.

(**** *ent_06 *unid_01 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Sempre **avaliamos** as condições físicas e psicológicas dos pais para **ficarem** geralmente curativos de feridas ou uma coleta de sangue por cateter feito por nós ou pelos médicos.

(**** *ent_17 *unid_01 *sex_01 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Assim, nas falas supracitadas, foi possível evidenciar que o instrumento de avaliação utilizado pelo enfermeiro é o que assegura ou não o afastamento do familiar acompanhante junto a sua criança na realização de um procedimento invasivo. A partir desse campo de avaliação, as condições físicas e emocionais de cada familiar são transformadas pelo enfermeiro em um caso a ser estudado, descrito, mensurado, comparado, de modo que esse familiar possa ser disciplinado ou afastado da UTIP (FOUCAULT, 1979).

Tal avaliação permite, então, uma construção de saber sobre o familiar que confere ao enfermeiro a possibilidade de avaliar sua conduta dentro do que ele considera verdadeiro ou normal para ele.

Para Foucault (1979), essa avaliação permite a constituição de modos de subjetivação, ou seja, de uma individualidade, que expressa a história de vida de

cada pessoa, bem como de suas características particulares e capacidades próprias a serem descritas e analisadas. Na medida em que o poder disciplinar conduz a uma tendência à semelhança, ele também individualiza as pessoas, possibilitando delimitar suas especificidades, e, deste modo, toda a escala de diferenças individuais e singulares é englobada pela disciplina, dentro de um contexto maior de homogeneidade que ela aponta como sendo a regra, o normal e ideal a ser atingido.

Assim, para os enfermeiros, os familiares devem ter condutas emocionais consideradas positivas para que não sejam afastados da unidade durante a realização de um procedimento invasivo. Já a fala do entrevistado 16, coloca a necessidade da criança como fator central na motivação do enfermeiro, quanto à decisão de afastar ou não o familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos na UTIP.

O que vai determinar em relação a **presença** do familiar é a criança, a necessidade ou a idade da criança. Se for um bebê que estiver muito grave e sedado, geralmente a **mãe fica lá fora**.

(**** *ent_16 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_17 *tcti_04)

Assim, o relato do entrevistado 16 retrata que a necessidade, idade da criança e as reações apresentadas por ela influenciam na escolha do enfermeiro quanto à presença do familiar dentro da unidade durante os procedimentos invasivos.

Ao analisar a motivação do profissional sob a ótica do pressuposto de dignidade e respeito do CCF, é importante salientar que cabe aos profissionais de saúde respeitar o direito de escolha do paciente e da família. Nessa perspectiva, o desejo da criança e da família devem ser valorizados e não delimitados, ou seja, a idade da criança ou a gravidade da mesma não podem ser fatores determinantes para a decisão de afastar ou não o familiar acompanhante de sua criança na realização de um procedimento invasivo

De outro modo, o relato do entrevistado 02 retrata a “permissão” que é dada pelo profissional acerca da presença do familiar junto à criança.

Para Foucault (2012), o discurso é considerado como uma rede de signos que pretende construir um imaginário social, ele está distante de ser um elemento transparente e, por isso, mostra-se uma forma de exercer poder sobre o outro.

A origem desse poder, de acordo com Foucault (2012), encontra-se alicerçada na instituição. É a instituição que coloca o discurso do profissional enfermeiro na “ordem das leis”, ou seja, que valida o discurso como uma verdade oficial para um grupo social específico, nesse caso os enfermeiros das unidades estudadas, (BRANDÃO, 2016). Estabelecendo, assim, regras e regulamentos como forma de controle.

Outra justificativa utilizada pelo enfermeiro para o afastamento do familiar acompanhante diz respeito ao comportamento indesejável apresentado pela criança na presença de seus pais.

Porém a equipe já identificou que nos outros momentos em que ela estava sem a **mãe** ela **ficou** mais tranquila do que na **presença** da **mãe** desse jeito não se **consegue** punccionar de jeito nenhum.

É somente uma forma de manter maior serenidade porque é muito comum **vermos** que a criança às vezes fica muito chorosa na **presença** da **mãe** e responde melhor na ausência do acompanhante.

(**** *ent_06 *unid_01 *sex_01*enf_02 *form_02 *tcti_02)

Porque tem criança que se comporta pior na **presença** da **mãe** durante os procedimentos invasivos, então nós pedimos para que ela aguarde **lá** fora da unidade.

(**** *ent_16 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_07 *tcti_02)

Nos relatos, os enfermeiros 06 e 16 são categóricos ao afirmarem que, por conta da falta de um comportamento colaborativo da criança na presença dos pais, eles acabam por solicitarem que a mãe se ausente da unidade durante os procedimentos invasivos.

A saída do acompanhante que, na maioria das vezes, é a mãe e, portanto, uma referência de segurança para a criança, é uma estratégia de coação. À medida que isso ocorre, a criança acaba por se calar pelo medo dos rostos desconhecidos que a cercam. Esse ato de deixá-la sozinha sem a figura que representa amor, confiança e segurança para ela sugere a intenção de tornar as crianças “corpos dóceis”, ou seja, que irão acatar a solicitação por medo do profissional (FOUCAULT, 2008).

Essa conduta caminha na contramão do proposto por Hockenberry e Wilson (2014), quando afirmam que a meta primordial da enfermagem é prevenir a separação, principalmente nos menores de cinco anos de idade, tendo em vista as repercussões negativas no desenvolvimento infantil.

Vale destacar que as crianças menores são mais vulneráveis aos fatores estressores pela alteração do estado habitual de saúde e da rotina familiar, e devido ao fato de as crianças possuírem menos mecanismos de enfrentamento para resolverem os eventos motivadores de estresse. Dentre os principais fatores que geram estresse à criança relacionados à hospitalização estão: a separação, a perda de controle, a lesão corporal e a dor (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Quando o enfermeiro não reconhece esses aspectos e solicita que o familiar acompanhante se retire da unidade por causa de um comportamento não colaborativo por parte da criança, ele não está respeitando a fase do desenvolvimento em que ela se encontra e suas reações frente ao processo de hospitalização.

Na lógica Foucaultiana, esse discurso do enfermeiro é considerado como um ato hegemônico para aquele grupo de profissionais de enfermagem que atuam nas unidades, chamado “logofilia”. As falas dos entrevistados são entendidas como verdade para o grupo, além disso, são permeadas por uma concepção de que o familiar acompanhante atrapalha a realização dos procedimentos invasivos por diversos motivos, como por exemplo pelo fato de a criança ficar chorando ou não se comportar bem (FOUCAULT, 2012).

Esse modo de pensar de que o familiar acompanhante “atrapalha” o procedimento pode ser visto nas declarações a seguir. Elas demonstram também uma inflexibilidade natural do profissional pautada nessa posição de poder que ele exerce.

Olha nós vamos fazer um procedimento eu vou pedir que o senhor **aguarde lá** fora. Costumo usar essa a frase curta e grossa, a pessoa já está apavorada arregala o olho e concorda com uma cara de assustada e sai.
(**** *ent_03 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_07 *tcti_02)

Na fala do entrevistado 03, a forma como é solicitada a saída dos familiares acompanhantes da UTIP se assemelha ao que Foucault trata sobre discurso prescritivo, constituído pelo sistema penal e que também pode ser observado no hospital enquanto instituição normatizadora. Nessa lógica, regras punitivas como o afastamento da criança são aplicadas para demarcarem o poder exercido pelos profissionais.

Assim, o entrevistado 03, ao usar a expressão “curto e grosso” para dizer o modo como disciplina e ordena a saída do familiar acompanhante e, que, segundo ele, o familiar fica assustado e sai da unidade, vai ao encontro daquilo que Foucault (2008) diz sobre o hospital como um sistema que tem como objetivo disciplinar as pessoas e criar corpos dóceis (FOUCAULT, 1979).

Já o entrevistado 09 aponta que a decisão de possibilitar a presença do familiar junto à criança está relacionada ao do tipo de comportamento que o familiar acompanhante apresenta.

Mantemos o acompanhante caso ele não esteja atrapalhando no procedimento. Ele pode **ficar**, mas toda vez que você for ao leito fazer os cuidados, ele vai estar muitas vezes observando, questionando e perguntando.

(*ent_09 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Além disso, para o entrevistado 09, possibilitar a presença do acompanhante durante o procedimento significa também ser alvo de possíveis questionamentos por parte do familiar.

Já o entrevistado 14 aponta que só é possibilitada essa presença para aqueles acompanhantes cuja criança apresenta algum tipo de doença crônica.

Hoje somente autorizo a **presença** do acompanhante com raras exceções quando são crianças crônicas ou **quando** são procedimentos com risco diminuído como cateterismo vesical eventualmente eu já passei um cateter PICC num adolescente da hematologia com o acompanhante.

(**** *ent_14 *unid_02 *sex_02 *enf_02 *form_02 *tcti_01)

A partir desta fala, pode-se inferir que o agir deste enfermeiro talvez esteja respaldado no fato de que as crianças com doenças crônicas se internam com mais frequência e por longos períodos, o que pode tornar o familiar mais habituado com a cultura hospitalar e, conseqüentemente, com a realização de procedimentos mais invasivos.

De acordo com Rennick et al. (2019), na América do Norte, as crianças crônicas representam uma parcela crescente de internações na UTIP, apresentando um risco de internação não programada considerado 3 vezes maior do que em crianças saudáveis. Tendo em vista as necessidades de assistência no domicílio, os pais já são habituados com o cuidado diário, como também possuem uma experiência no gerenciamento dos sintomas da criança.

Nessa perspectiva, os mesmos autores ressaltam que os pais das crianças crônicas almejavam dar continuidade ao cuidado aos seus filhos durante a admissão na UTIP, mas observaram ser o seu conhecimento pouco valorizado pela equipe (RENNICK et al., 2019). Este fato pode ser identificado no presente estudo, quando o entrevistado 14 afirma “autorizar” a presença do acompanhante de crianças crônicas, mas não fala sobre a possibilidade de interferência dele.

Na vivência dos profissionais, eles percebem que a presença do familiar acompanhante durante o procedimento invasivo precisa estar associada também ao desejo deste familiar em ver o procedimento, pois nem sempre o familiar se encontra preparado para participar deste momento.

Se você opta por **puncionar** a veia jugular externa a mãe geralmente não gosta de **ver** cabeça e pescoço **puncionado**.
(**** *ent_11 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Só que quando eles não gostam mesmo de **ver** o procedimento, eles saem e **ficam lá** fora esperando.
(**** *ent_17 *unid_01 *sex_01 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Os discursos dos entrevistados demonstram a existência de certa resistência por parte de alguns familiares em ver a criança sendo submetida ao procedimento invasivo, como é o caso da punção venosa periférica nas regiões de cabeça e pescoço.

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos familiares acompanhantes durante a internação na UTIP, Galvis et al. (2019) ressaltam que 57% possuem nível de incerteza regular, caracterizada por sentimentos e emoções, relacionado pela situação clínica da criança e aspectos do convívio com os profissionais, como: dualidade, ausência de transparência e informações sobre as situações vivenciadas pela criança. Por fim, os autores concluem sobre a importância da comunicação com a equipe multiprofissional, a fim de auxiliar o cuidador na compreensão dos eventos, na diminuição dos sentimentos negativos, oferecer apoio e estimular o vínculo.

A comunicação se mostra uma estratégia favorável no apoio oferecido aos familiares acompanhantes, no sentido de prepará-los para a realização de um procedimento invasivo com a criança, como também no contato diário e frequente com essas pessoas, (GALVIS et al., 2019; KHAN et al., 2018; RAMIREZ et al., 2018).

De outro modo, o entrevistado 12 exemplifica que, quando essa presença não é possibilitada, há, por parte dos familiares, um desejo insistente para consegui-la. Contudo, ao adquirir este direito, o familiar acaba perdendo o interesse em usufruir do mesmo.

Porque parece que quando você proíbe aí é que a pessoa quer **verde** todo jeito. Temos uma acompanhante aqui no momento que fazia muita questão de **ficar**. Depois que nós passamos a deixa-lá **ficar** todos os procedimentos e agora ela opta por sair.

(**** *ent_12 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_03 *tcti_01)

Para Foucault (2003), toda relação de força é uma relação de poder, não sendo tão relevante saber quem detém o poder, mas como ele se estabelece e as suas repercussões. Desta forma, o autor considera primordial o conhecimento do impacto da verdade gerada pelo poder e como se validam nas relações (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010; FOUCAULT, 1999).

No discurso do entrevistado 12, é possível compreender que há uma nítida disputa pelo poder da “decisão” de ficar ou não durante os procedimentos realizados com a criança internada na UTIP. E, quando o familiar percebe que nessa relação de força com o profissional ele já alcançou seu objetivo, que é de afirmar seu papel decisório neste momento, o familiar não faz mais questão de sempre estar presente junto à criança.

4.4.2 Eixo 2: as interfaces das relações humanas no contexto da UTIP

4.4.2.1 Classe 3: as relações enfermeiro-familiar acompanhante no cotidiano da realização de procedimentos invasivos

A classe 3 apresenta como se deve configurar as relações interpessoais enfermeiro-familiar no cotidiano da realização de um procedimento invasivo. Foi composta por 19,6% do material analisado, com 88 ST específicos e com as palavras do Quadro 9 mais fortemente associadas a esta classe.

Quadro 9 – Palavras mais significativas da classe 3

Palavras	X ²
lidar	33.32
apresentar	31.79
relação	30.61
hoje	26.11
dia	21.48
pessoa	20.89
enfermeiro	20.69
entendimento	19.79
profissional	19.02
tudo	17.06

Fonte: A autora, 2019.

Conforme pode ser visto no Quadro 9, o grupo de palavras mais utilizadas pelos entrevistados e que fazem parte da classe 3 foi “lidar”, “apresentar”, “relação”, “hoje”, “dia”, “pessoa”, “enfermeiro”, “entendimento”, “profissional” e “tudo”. Essa classe sugere que o enfermeiro precisa lidar no dia a dia com a pessoa (familiar acompanhante), mediante uma relação que proporcione entendimento.

A partir das falas destacadas dos entrevistados 09 e 11, pode-se perceber que a apresentação do profissional enfermeiro ao familiar acompanhante é um elemento considerado importante para a relação interpessoal entre ambos no contexto da realização de um procedimento invasivo.

Nunca chegue ao leito já fazendo o procedimento sem antes se **apresentar**, pois assim será melhor recebida pelo familiar.

(**** *ent_09 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Você se **apresenta** e diz o seu nome, diz que é **enfermeira** e vai estar responsável por aquela criança.

(**** *ent_11 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Outro ponto destacado pelo enfermeiro 06 diz respeito à forma como a comunicação entre enfermeiro e familiar acompanhante deve ser estabelecida na realização de um procedimento invasivo.

Achamos que falamos de forma clara e muitas vezes esse acompanhante tem muita dificuldade de **entendimento** e de compreensão porque ele tem a barreira do emocional assim procuramos falar (sobre o procedimento) utilizando os termos mais adequados possíveis, mas isso varia muito porque atendemos uma clientela do interior, com muita pouca cultura e que possuem muita dificuldade de **entendimento**.

(**** *ent_06 *unid_01 *sex_01*enf_02 *form_02 *tcti_02)

Sendo assim, para o profissional, é importante no processo relacional se utilizar de uma linguagem adequada e de fácil compreensão, de modo a atender as especificidades cognitivas de cada familiar acompanhante.

Ter essa conduta profissional atende a mesma perspectiva do preconizado pelo conceito de informações compartilhadas proposto pelo ICCF, quando orienta que “os profissionais de saúde devam se comunicar e compartilhar informações completas e imparciais com paciente e família de maneira útil” (ICCF, 2017, p. 4).

Entretanto, embora o profissional busque realizar uma comunicação mais efetiva com o familiar acompanhante, ao dizer que, eventualmente, o familiar tem dificuldade de entendimento, seja por questões emocionais, culturais ou mesmo em função de seu próprio entendimento, pode-se inferir que esta comunicação nem sempre é efetiva.

A este respeito, Foucault refere não haver saber que não implique um tipo de diferenciação entre a compreensão do mundo daqueles que o possuem. Neste sentido, a fala supracitada ilustra a existência de uma relação saber-poder por parte do enfermeiro, uma vez que existe uma desigualdade decorrente do desnível no domínio do discurso científico por parte do familiar acompanhante. Sem o conhecimento necessário, o familiar acompanhante se submete aquilo que está sendo falado (FOUCAULT, 2004).

A esse respeito e de acordo com *Institute of Patient and Family Centered Care* (2017), que propõe o modelo de CCF, é oportuno ao enfermeiro respeitar o conhecimento, as crenças, valores e cultura dos pacientes e família, não conferindo ao mesmo direito de julgar a cultura do acompanhante e sim criar estratégias para incorporar essas peculiaridades das pessoas, para melhor compreensão dos aspectos inerentes ao tratamento e processo de internação da criança.

Outra questão levantada pelo entrevistado 07 trata das dificuldades encontradas para lidar com o aspecto emocional do profissional, relacionado a realização de procedimento invasivo na presença do familiar.

Eu não sei como nós enquanto profissionais conseguimos **lidar** com isso. Porque rola uma pressão emocional enorme, porque não queremos errar, nós não queremos gerar intercorrências em **relação** ao procedimento invasivo que está acontecendo.
(**** *ent_07 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_03 *tcti_02)

Nota-se, no relato, que o profissional se sente pressionado a não errar e nem gerar eventos adversos, advindo do procedimento invasivo. A literatura científica apresenta algumas justificativas que permitem compreender a atitude do enfermeiro.

Para Duarte et al. (2018, p. 2), o erro leva à ocorrência de danos que podem levar a um comprometimento à saúde da clientela. Quanto aos profissionais, “o erro é frequentemente relacionado a sentimentos de vergonha, culpa e medo de punições”, como pode ser observado pela preocupação apontada pelo entrevistado 07.

Nesse sentido, vale considerar a necessidade de mudanças na cultura do erro, por meio da substituição da abordagem na pessoa, pela abordagem ao sistema, visando a resolução de problemas (TOMAZONI et al., 2015).

Um estudo realizado por Sousa et al. (2017) no ambiente da UTIP revelou que os enfermeiros ainda percebem a presença da família como agentes fiscalizadores do cuidado. Além disso, os profissionais possuem pouco conhecimento sobre a forma como a família pode contribuir na prevenção de eventos adversos.

Há que se considerar que, para outro enfermeiro, este processo relacional é desgastante, porque exige do profissional segurança, equilíbrio e controle emocional.

Porque a família tem muita preocupação com quem está fazendo os procedimentos. Se o **profissional** transmitir para ela essa insegurança será difícil para retornar no leito depois é importante essa questão da postura de ter uma postura segura e responsável precisa ter um equilíbrio, porque assim do jeito que foi definida a rotina atual a **relação** é desgastante e acaba sendo difícil, desgastante para o **profissional** que tem que **lidar** o tempo inteiro com as emoções do acompanhante.
(**** *ent_11 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

Assim, o entrevistado 11 relata o desgaste inerente à relação enfermeiro-familiar associada à rotina da unidade e à necessidade de manter uma postura segura, como as dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem, em

lidar com a presença do familiar acompanhante durante a realização de um procedimento invasivo.

No que se refere ao desgaste do profissional de enfermagem em lidar constantemente com o familiar, em estudo realizado em UTIs Pediátricas, Ravaglio, Silveira e Bley (2018) destacam que 76,1% dos profissionais apresentam algum nível de estresse, destacando-se o estresse emocional relacionado ao cuidado à criança como principal fonte de sintoma psicológico.

Cunha e Zagonel (2008) afirmam que os profissionais apresentam resistência à presença da família em ambientes complexos, mesmo com a existência de um programa institucional que apoie a presença integral dos pais. Esta situação é percebida no caso da unidade 2, onde há uma rotina que prevê a presença integral do familiar acompanhante na UTIP.

Além disto, de acordo com o entrevistado 03, com a presença do familiar acompanhante na realização do procedimento invasivo, a relação interpessoal pode ficar comprometida em função da possibilidade do enfermeiro perder sua liberdade de expressão.

Enquanto **profissional** a gente pensa que é muito melhor você ter a liberdade de trabalhar sem os pais por qualquer motivo por exemplo estou aqui conversando com a amiga enquanto eu faço o meu trabalho.
(**** *ent_03 *unid_01 *sex_01 *enf_01 *form_07 *tcti_02)

Somado a isso, o entrevistado 12 refere que, com a presença do familiar acompanhante, o profissional é obrigado a se concentrar mais no procedimento que está realizando:

**** *ent_12 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_03 *tcti_01
porque sem a presença do acompanhante às vezes surgem assuntos aleatórios que é o que não acontece na frente do acompanhante nós ficamos muito mais focados no que está acontecendo de fato eu acho que muda em **relação** a isso somente.

Dado semelhante foi encontrado no estudo de Villanueva et al. (2011), quando ressalta que, para os profissionais de saúde, a realização de procedimentos invasivos é mais fácil quando não há a presença de algum familiar.

4.4.2.2 Classe 1: a orientação como estratégia de esclarecimentos do familiar acompanhante da criança internada na UTIP

A classe 1 representa 17,2% do corpus examinado, com 77 ST característicos. Os principais termos utilizados nessa classe e que traduzem o significado dela para os enfermeiros foram os seguintes:

Quadro 10 - Palavras mais significativas da classe 1

Palavras	X²
tentar	50.14
explicar	43.45
dúvida	38.96
internação	28.35
fato	28.29
orientação	24.36
amenizar	24.36
algo	21.05
questão	19.45
causar	19.13

Fonte: A autora, 2019.

As palavras mais significativas que compõem a classe 1 foram: “tentar”, “explicar”, “dúvida”, “internação”, “fato”, “orientação”, “amenizar”, “algo”, “questão” e “causar”, conforme Quadro 10. O significado desta classe tem uma aproximação com a preocupação com tentar explicar as dúvidas relacionadas à internação, amenizando qualquer questão.

O verbo transitivo direto “tentar” foi a palavra com maior expressividade nessa classe, demonstrado pelo seu X². O significado dessa palavra corresponde à ação do enfermeiro em empregar meios para dar conta de esclarecer as dúvidas do familiar acompanhante acerca da internação, de modo amenizar o fato, por meio da orientação em relação as situações diversas que ocorrem na UTIP.

Sendo assim, nas falas dos enfermeiros 08, 09 e 11, as orientações aos familiares acompanhantes são realizadas a partir de explicações sobre a finalidade do procedimento invasivo e como ele será realizado na criança.

Se ela me pergunta para que serve aquilo, **eu explico** para que serve aquilo. No decorrer do dia, tudo que ela me pergunta eu respondo o que sei sobre qualquer procedimento.

(**** *ent_08 *unid_02 *fem *idad_03 *enf_02 *form_04 *tcti_01)

De fácil compreensão para ele e sempre **explico** tudo que for fazer.

(**** *ent_09 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

E acho que isso facilita muito quando você **explica** o que está fazendo, quando você clareia a relação facilita muito.

(**** *ent_11 *unid_02 *sex_01 *enf_02 *form_02 *tcti_02)

A ação de “explicar”, apresentada pelos profissionais entrevistados, demonstra a existência de um compromisso em esclarecer acerca dos procedimentos invasivos a serem realizados com a criança, bem como responder às dúvidas apresentadas pelo familiar acompanhante.

O entrevistado 09 ressalta que as informações precisam ser de “fácil compreensão”, ou seja, a linguagem deve ser adaptada ao familiar, de modo que haja uma comunicação efetiva entre eles. De acordo com Ramos et al., a falta de clareza das informações fornecidas por profissionais de saúde às famílias pode ser considerada um “fator interveniente no cuidado” (2016, p. 193).

Somando-se a isto, na fala do enfermeiro 04, essa orientação é realizada dando ênfase à importância da presença dos familiares junto à criança e de como essa presença pode contribuir para o bem-estar da mesma.

Você **tenta explicar** para ele que o **fato** dele estar próximo à criança é algo crucial para que traga conforto a ela e **amenizar** a dor dela. Isso por ter uma pessoa que a criança confie alguém que não é estranho.

(**** *ent_04 *unid_01 *sex_02 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Vale destacar que a internação hospitalar é permeada por sentimentos desagradáveis para a criança, como tristeza, medo e ansiedade, relacionados à realização de exames, procedimentos invasivos, dolorosos e com a instalação de dispositivos no corpo. Isso reforça a necessidade da criança em ter um acompanhante que lhe auxilie no enfrentamento e adaptação a essa nova situação de hospitalização. Portanto, considera-se importante que a equipe de enfermagem ofereça um cuidado integral e singular à criança e sua família (COSTA; MORAIS, 2017).

Ainda, na fala do enfermeiro 04, as orientações aos familiares acompanhantes são realizadas a partir de explicações sobre o procedimento invasivo e a necessidade da sedação da criança na prevenção da dor.

Você **explica** a ele o procedimento, **explica** toda essa **questão** de que vai ser realizado as doses de sedação, que ela não vai sentir dor durante o procedimento e que vai estar dormindo e ele não precisará ficar.
(**** *ent_04 *unid_01 *sex_02 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Entretanto, pode-se perceber nesta fala que, a partir das explicações realizadas por esse enfermeiro acerca do uso do medicamento sedativo e os efeitos que os mesmos proporcionarão à criança, o enfermeiro parece não achar necessária a presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização desse procedimento.

Em contrapartida ao discurso do entrevistado 04, um estudo norte americano refere que a presença da família durante a realização de procedimentos é considerado um padrão largamente aceito em hospitais que atendem as crianças, pois são medidas que apoiadas no cuidado centrado na família (SANDERS et al., 2016).

Corroborando para isto, Powers e Rubenstein (2018) afirmam que, para 72% das enfermeiras, a permissão para observação dos procedimentos pelos pais era uma política adequada, pois resulta na diminuição da ansiedade apresentada por eles.

Entretanto, no âmbito nacional, alguns autores destacam a existência de conflito íntimo e resistência por parte dos profissionais de saúde quanto à presença da família em ambientes de cuidados complexos (CUNHA; ZAGONEL, 2008; MOLINA et al., 2007).

Nesse sentido, os estudos de Pêgo e Barros (2017) e Ramos et al. (2016) reforçam a existência de restrições à presença dos pais no leito da criança, quando na vigência de um procedimento invasivo.

De outro modo, o relato a seguir revela sobre a importância da orientação ao familiar sobre em quais procedimentos o familiar pode estar presente junto à sua criança:

Orientar se ele pode ficar em determinados procedimentos, prioritariamente o profissional deve passar a informação para esse acompanhante porque esse acompanhante tem que estar informado dos direitos que ele tem.
(**** *ent_19 *unid_02 *sex_01 *enf_03 *form_01 *tcti_01)

Apesar de o depoente expor sobre a importância de se repassar as orientações e informações que são direitos do familiar acompanhante, estas parecem ter um cunho prescritivo, típico das instituições normativas como o hospital (FOUCAULT, 1978).

Segundo Foucault (2012), à medida que o profissional apresenta as normas e rotinas da instituição hospitalar, ele faz isso na perspectiva de delimitar o território e o poder ali existente. Dessa forma, ele imprime nessa abordagem a logofilia interiorizada e revelada nos discursos dos enfermeiros daquela instituição.

Além disso, “esta centralização do poder na organização laboral não se dá por acaso, pelo contrário, ao sistema capitalista interessa o trabalhador subordinado ao poder hierárquico para cumprir as ordens e determinações em prol da produção”, o que reflete na redução da capacidade crítica e alienação do profissional (FILHO et al., 2018).

Essa característica atual da sociedade capitalista e reverberada por uma parcela dos enfermeiros pode também ser expressa por meio das principais palavras verbalizadas pelos profissionais neste estudo.

4.5 Método de nuvem de palavras

O software IRAMUTEC organizou o corpus textual em uma figura esquemática que possibilita a leitura por meio da nuvem de palavras, ele “agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência” (KAMI et al., 2016, p. 3).

Desta forma, a fim de ilustrar os principais apontamentos discutidos ao longo das classes organizadas por meio do software, além de mais uma fonte de análise e reflexão, optou-se por trazer a nuvem de palavras (Figura 7).

No que se refere ao desejo expresso pelo familiar acompanhante em não estar presente durante os procedimentos invasivos, alguns dos motivos apontados pelos profissionais foram: não suportar ver a criança sendo submetida a procedimentos invasivos, como punção venosa periférica, que causam dor, como também as dificuldades emocionais para lidarem com essa situação, expressas pelo choro.

Quanto à postura do profissional que usa da palavra “não” para retirar o familiar acompanhante da unidade, isto ocorre por diversos motivos, como achar desconfortável, desgastante e complicado, por entender que a criança fica mais “calma” na ausência do acompanhante, assim como, dificuldade em lidar com as emoções, por medos da ocorrência de erros relacionados ao procedimento invasivo.

Com base em Foucault (1979), a relação de poder instituída pelo discurso pode ser observada pela utilização do “não” mediante as proibições, coerções e invalidações do discurso, realizadas pela classe dominante (enfermeiros) sobre a massa (familiares acompanhantes) com a finalidade exercer o sistema de poder. Esse poder está discretamente emaranhado na teia da sociedade e, no contexto desse estudo, limita a presença do familiar na UTIP.

Na perspectiva de Foucault (2012), a fala universalizada do “não”, entendida como verdade para o grupo de enfermeiros que atuam nessas unidades, é chamada de logofilia, pois é hegemônica e dotada de veneração pela maioria dos profissionais.

O enfermeiro demonstra isso quando, mediante a prática que ele exerce, diz que o familiar atrapalha, faz a criança chorar e pergunta acerca de tudo. Essas justificativas são utilizadas para encobrir o preconceito velado existente entre uma parcela dos profissionais. Além disso, observa-se que o enfermeiro tem essa atitude mediante um sentimento de verdade chamado de “logofilia”, aprendido em seu núcleo familiar, social e na instituição de ensino, que é revelada por uma série de procedimentos realizados em um núcleo socialmente aceito (UTIP), o que leva a ocorrência de um outro sentimento a “logofobia”, ou seja, a incerteza que o enfermeiro possui em não ter o seu discurso reconhecido e validado socialmente. (FOUCAULT, 2012).

A palavra “não” sempre manifesta o que ela vai negar. No caso desse estudo realizado com enfermeiros, o “não” aparece como palavra que nega a presença do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos na UTIP.

Na associação da palavra “não” com as outras que apresentam uma forte ligação, como também são consideradas mais expressivas, observa-se as seguintes palavras: “criança”, “procedimento”, “ficar”, “acompanhante”, “mais” e “sair”.

A forte ligação existente entre o “não” com as palavras acima indica que a negação do profissional é justificada pela relação existente com essas palavras, ou seja, na lógica da maioria dos profissionais que consideram o familiar acompanhante alguém que atrapalha a rotina do setor, elas funcionam como impedimentos para a presença desses durante os procedimentos invasivos.

Assim, após o processo de análise do material empírico, foi possível construir a tese de que, na prática assistencial do enfermeiro na unidade de terapia intensiva pediátrica, a presença do familiar acompanhante junto à criança na realização de procedimentos invasivos ainda não é instituída de fato, em função de poderes hierárquicos representados por normas e regras e pela necessidade de controle desta práxis por parte do enfermeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer a atuação do enfermeiro quanto à presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na unidade de terapia intensiva.

Nesse sentido, os dados apontaram que o enfermeiro, no contexto da unidade de terapia intensiva pediátrica, ainda não instituiu em sua prática assistencial a presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos.

Muitas foram as razões elencadas pelos enfermeiros para a não presença do familiar junto a criança durante a realização de algum procedimento invasivo, motivos estes, ora justificados pelas características comportamentais do familiar/criança, ora pelas normas e regras balizadas nas instituições cenários desse estudo, e ora pelo próprio não querer dos enfermeiros entrevistados.

No que tange às características comportamentais dos familiares, foram elencadas as limitações emocionais, bem como a maneira indesejável de ser e de agir do acompanhante dentro da unidade.

Quanto às características das crianças, as justificativas estiveram pautadas no estado clínico crítico e no comportamento infantil.

Quanto à justificativa da não presença balizada pelas normas, regras e procedimentos institucionais, alegaram: a dinâmica de trabalho da UTIP; a realização de procedimentos complexos, como intubação traqueal e reanimação, por exemplo; o espaço físico reduzido; o tempo demandado para a realização dos procedimentos; e o risco de contaminação.

No que tange ao não querer dos próprios enfermeiros, eles justificaram que a presença do familiar acompanhante junto à criança durante a realização do procedimento invasivo leva à perda de sua liberdade de expressão, bem como sentimentos de desconfortos.

Contudo, no que se refere às relações interpessoais, os enfermeiros consideraram a apresentação ao familiar acompanhante e o estabelecimento de uma comunicação eficaz instrumentos fundamentais para essa inter-relação no contexto da realização de um procedimento invasivo.

Assim, nas diferentes justificativas reveladas pelos enfermeiros, estão representadas as relações de poder enfermeiro/familiar acompanhante e o poder como necessidade de controle, configurando, assim, o cotidiano quanto à presença do familiar junto à criança na realização de procedimentos invasivos na UTIP.

Desta forma, o enfermeiro constrói um poder exercido, seja interditando ou excluindo o familiar na vigência de um procedimento invasivo na UTIP.

Isto ocorre pela dificuldade apresentada pela maioria dos enfermeiros em lidar com o revezamento do poder existente na UTIP entre a equipe de enfermagem que cuida da criança gravemente doente – com base nos preceitos científicos e aprendizado adquiridos ao longo da experiência profissional –, e o familiar acompanhante, que possui o direito legal em estar presente continuamente na UTIP.

O estudo também evidencia que o profissional detém, de certa forma, o poder sobre a vida da criança internada em cuidados críticos, uma vez que, nesse contexto, o familiar não possui a autonomia e nem o conhecimento específico para cuidar da mesma.

Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam propiciar a mudança de atuação do enfermeiro quanto à presença do familiar junto à criança durante a realização de um procedimento invasivo de modo que, a partir do exposto, a presença do familiar seja instituída de fato em todos os momentos na unidade de terapia intensiva, como preconizado pelo Modelo de Cuidado Centrado na Família.

Desse modo, esta pesquisa vislumbra contribuir para que a assistência de enfermagem seja mais próxima das necessidades das crianças que se encontram internadas na UTIP e suas famílias, assim como, pelo respeito dos direitos destes enquanto cidadãos, com base no modelo de cuidado centrado na família e por meio da sensibilização dos profissionais enfermeiros, tão cruciais nesse processo.

Dessa forma, almeja-se a possibilidade de construção de uma rotina assistencial em que sejam valorizados os preceitos do CCF, que incluem a comunicação efetiva entre os profissionais, familiares e pacientes; a valorização do familiar acompanhante, considerando sua importância nas decisões quanto às condutas traçadas e sua presença integral na UTIP. O presente trabalho poderá também ser utilizado como apoio no desenvolvimento de novos programas voltados para esta temática.

Espera-se, ainda, que esse estudo seja um instrumento para estimular a sensibilização dos profissionais da equipe multidisciplinar, pois os dados revelaram

que a problematização não diz respeito apenas ao livre acesso dos familiares acompanhantes na UTIP, apontando que é preciso considerar que todos os profissionais necessitam de instrumentalização para que, de fato, realizem o cuidado centrado na família e não somente o cumprimento de regras institucionais.

Para a prática do profissional enfermeiro, espera-se que este esteja apto para oferecer um atendimento mais ético ao englobar a criança, em suas diversas fases de desenvolvimento, e sua família. Especialmente, que ele possa, em meio ao ambiente tão impessoal e assustador da UTIP, garantir o oferecimento do cuidado atraumático às crianças e, conseqüentemente, sua família.

No ensino, o estudo possibilita a sedimentação de novos conhecimentos científicos para a enfermagem pediátrica, no âmbito da terapia intensiva. Em especial, nas discussões em nível de graduação e pós-graduação, na área de inclusão da família nos cuidados intensivos pediátricos e presença dos mesmos na unidade.

Em relação à pesquisa, o estudo proposto contribui para melhor elucidação dessa problemática, considerando que se trata de uma área de conhecimento específico dentro da enfermagem pediátrica, como também, por haver uma escassez de estudos no cenário nacional.

Considera-se como limitação do estudo: o quantitativo de instituições participantes da pesquisa e o fato de todas serem da esfera pública. Assim, propõe-se que novos estudos sejam realizados de forma mais abrangente em outras instituições públicas e também privadas do estado do Rio de Janeiro, de modo que seja possível ampliar a compreensão sobre o fenômeno da presença do familiar junto à criança durante a realização de procedimentos invasivos na unidade de terapia intensiva pediátrica.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D.B. et al. A família no cenário hospitalar pediátrico a partir da década de 1990: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v.18, n. 4, p. 789-95, out/dez. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/34938/21690>. Acesso em: 22 março 2018.
- ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M.I. Professores (as) de enfermagem: gênero, trajetórias de trabalho e de formação. **Pro-Posições**, Campinas , v. 29, n. 2, p. 210-234, ago. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200210&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2019.
- ANGELO, M.; et al. Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48(Esp), p. 75-81, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-075.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2018.
- ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M.; COLLET, N.; NEVES, E.T.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, nov/dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BACKES, M.T.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Forthcoming 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf. Acesso em: 02 mar. 2020.
- BALBINO, F.S.; BALEIRO, M.M.F.G.; MANDETTA, M.A. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2753. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02753.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.
- BRANDÃO, R.T.P. Foucault: uma introdução às artes da existência. **InterEspaço**, Grajaú/MA v. 1, n. 3 p. 379-391 Ed. Especial, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/interespaco/article/view/4455/2444>. Acesso em: 10 ago. 2019.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 de julho de 2019.

BRASIL. Lei Nº. 8080/90, de 19 de Janeiro de 1990. Brasília: DF. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 10 de set. 2017

_____. Lei Nº. 8069/90, de 13 de Julho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 22 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em: 18 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.130/15, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/16. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Internet). **Diário Oficial da União**. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza resolução 196. (Internet). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília, DF: CONANDA, 2006. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf. Acesso em: 24 mar. 2020.

BOWLBY, J. **Apego**: a natureza do vínculo. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Vol 1. Trabalho original publicado em 1969.

BRANDÃO, R.T.P. Experiência e transformação de si: Foucault e a estetização da vida. **Inter Espaço**, Grajaú/MA, v. 2, n. 4, p. 81-96; jun 2016.

BRASSOLATIT, M.M.; VERÍSSIMO, M.L.O. A presença dos pais e a promoção do desenvolvimento da criança hospitalizada: Análise da literatura. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, São Paulo, v.13, n.1, p 37-45, julho/2013.

BRUM, E. H. M.; & Schermann, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

CABRAL, J.V.B, CARNEIRO, T.P.S., DA SILVA, A.P.S. Presença de acompanhantes em unidades de terapia intensiva pediátrica – revisão integrativa. **RevEnferm Contemp**. v. 7, n. 1, p. 55-62, 2018. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1223/2077>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21 n. 2, p. 513-518.

CARDOSO, S. B. **Perspectiva da enfermagem acerca da abordagem assistencial: o caso da unidade de terapia intensiva pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro; s.n; dez. 2009. 121 p. tab.

CARDOSO, J.M.R.M. **Relações sociais de familiar da criança internada em Centro de Terapia Intensiva: uma contribuição para a Enfermagem**. 2010. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

_____.; et al. Ação intencional do familiar junto da criança em centro de terapia intensiva pediátrico. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 1 esp., p. 600-605, 2013.

CARVALIDO, J.S.P. **Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em unidade de cuidados intensivos**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2014.

CHAPMAN, R.; BUSHBY, A.; WATKINS, R.; COMBS, S. Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite family witnessed resuscitation: a qualitative perspective. **Int Emerg Nurs.**, v. 22, n. 1, p. 18-24, 2014.

COATS, H. et al. Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. **Am J Crit Care**. v. 27, n. 1, p. 52-58, 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7498/86, de 25 de junho de 1986**. Lei do exercício profissional da enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0564/2017, de 06 de novembro de 2017**. Código de ética dos profissionais de enfermagem, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 15 de Janeiro de 2018.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 10 setembro de 2019

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 4, n.1, p. 55-65, 2000. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718313008.pdf>. Acesso em: 23 dez 2017.

_____. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 260-264, jun/2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2018.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41, de 17 de outubro de 1995. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, p. 16319-16320, 17/10/95.

COSTA, T.S.; MORAIS, A.C. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 11, Supl. 1, p. 358-67, jan. 2017. Disponível em: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201715. Acesso em: 15 jan. 2020.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n. 3, p. 412-419, jul.-set. 2008.

CRUZ, A.C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: Redefinindo os relacionamentos. **Cienc Cuid Saude**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 861-865, 2011.

DAVIES, K. S. Formulating the evidence based practice question: a review of the frameworks. **Evidence Based Library and Information Practice**, v. 6, n. 2, p. 75-80, 2011.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute reviewers' manual**: 2015 edition. South Australia: The Joanna Briggs Institute, 2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v1.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA. **Resolução da Assembleia Geral 1386 (XIV)**, 1959. 3p. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>. Acesso em: 16 fev. 2017.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS, S.M.Z.; MOTTA, M.G.C. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, v. 3, n. 1, p. 41-54, jan./abr. 2004.

DINIZ, F.R.A.; OLIVEIRA, A.A. Foucault do poder disciplinar ao biopoder. 2014. **Scientia**, vol. 2, n. 3, p. 01 - 217, nov. 2013/jun. 2014. Disponível em: http://www.faculdade.flucianofejao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/FRANCISCOROMULOALVESDINIZ.pdf. Acesso em: 08 de setembro de 2019.

DOS ANJOS, C. **O familiar acompanhante da criança e a equipe de enfermagem no centro de terapia intensiva pediátrico oncológico**: um espaço de interação no cuidado de enfermagem. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2015.

DOS ANJOS, C. et al. A permanência da família no centro de terapia intensiva pediátrica oncológica: percepção da enfermagem. **REME rev. min. enferm.**, v. 23: e-1180, jan. 2019.

DUARTE, S. C. M. et al. Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03406, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100487&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2020.

DUDLEY, N.C, et al. The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations. **Ann EmergMed**, v. 53, n. 6, p. 777-784, 2009.

EMERGENCY NURSING RESOURCES DEVELOPMENT COMMITTEE. **Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation**. Emergency Nurses Association, dez/2012. Disponível em: <https://www.ena.org/practice-research/research/CPG/Documents/FamilyPresenceCPG.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

FERNANDES, C.S. et al. A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. IV, n. 7, p. 21-30, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832015000700003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2018.

FERREIRA, Leticia Corrêa Magalhães; GARCIA, Fernando Coutinho; VIEIRA, Adriane. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie (Online)**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 31-54, dez/2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712010000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2020.

FERREIRA, Mauricio dos Santos; TRAVERSINI, Clarice Salette. A análise Foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 207-226, mar/2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362013000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2020.

FERREIRINHA, I.M.N.; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **RAP**, Rio de Janeiro v. 44, n. 2, p. 367-83, mar./abr. 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n2/08.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2018.

FILHO, S.A.M.; SOUZA, N.V.D.O.; GONÇALVES, F.G.A.; PIRES, A.S.; VARELLA, T.C.M.L. Micropoderes no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar: uma aproximação do pensamento de Foucault. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e30716, 2018; Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/30716/26799>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FRANCHI, R.; et al. Unidade de cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas: experiencia y opinión de los padres. **Arch. Pediatr. Urug** Montevideo, v. 89, n. 3, p. 165-170, jun. 2018

FOSTER, J. R.; et al. Parental Presence at the Bedside of Critically Ill Children in a Unit with Unrestricted Visitation. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 19, ed.8, p.E387-E393, ago/2018.

FOSTER, M. A new model: The Family and child centered care. **Nursing Praxis in New Zealand**, v. 31, n. 3, 2015. Disponível em:

<https://go.gale.com/ps/anonymouse?id=GALE%7CA478405057&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01127438&p=AONE&sw=w>. Acesso em: 28 ago. 2018

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012

_____. **Ditos e Escritos**: estratégia poder-saber. Vol. IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Netto 1 ed. São Paulo. Perspectiva, 551p., 1978.

_____. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no College de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008

GALVIS, V. et al. Uncertainty in caregivers of children hospitalized in units of neonatal intensive care - pediatric intensive care (NICU - UCIP). **Cultura de los cuidados**, v. 23, e. 55, p. 256-269, 2019.

GAUDREAU, J; CARNEVALE, F.A. Should I stay or should I go? Parental struggles when witnessing resuscitative measure on another child in the pediatric intensive care unit. **Pediatr Crit Care Med**. v. 13, n. 2, p. 146-51, mar/2012.

GILES, T, LACEY, S, MUIR COCHRANE, E. Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: a Grounded Theory study. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 11, p. 2706-17, 2016.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Lei n. 8512, de 04 de set. de 2019**. Garante o livre acesso da mãe ou responsável pela criança ou adolescente nas enfermarias, urgências e emergências dos hospitais públicos e privados, Rio de Janeiro, RJ, set. 2019.

GOMES, G.C, ERDMANN, A.L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 26, n. 1, p. 20-30, abr. 2005.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. Abr. 2008. Disponível em: <http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. **Advancing the practice of patient and Family centeredcare in hospitals**: how to get started. Jan. 2017. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf. Acesso em: 30 ago. 2018.

_____. **About us**. 2007 Disponível em: <http://www.familycenteredcare.org/about/index.html>. Acesso em: 27 mar. 2020.

JOLLEY, J; SHIELDS, L. The Evolution of Family Centered Care. **J Pediatr Nurs**, v. 24, n. 2, p. 164-70, 2009.

JONES, B.L, et al. Understanding health care professionals' views of family presence during pediatric resuscitation. **Am J CritCare**, v. 20, n. 3, p. 199-207, 2011.

KAMI, M.T.M. et al . Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160069, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300213&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jul. 2020.

KHAN, A., et al. Patient safety after implementation of a co produced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. **BMJ**, v. 363, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4764>. Acesso em: 12 jan. 2020.

KUZIN, J.K, et al. Family-member presence during interventions in the intensive care unit: perceptions of pediatric cardiac intensive care providers. **Pediatrics**, v.120, n. 4, p. 895-901, oct. 2007.

LATOUR, J. M., et al. Differences in the perceptions of parents and healthcare professionals on pediatric intensive care practices. **Pediatr Crit Care Med.**, v. 12, n. 5, e211-5, set/2011.

MACEDO, I.F. et al . Nursing team's conceptions about the families of hospitalized children. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 904-911, out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500904&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jul. 2020.

MALTA, D. C. et al. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, e190014, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100427&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2020.

MANNING, J.C.; REDSELL, S.A.; LATOUR, J.M. Should out of sight mean out of mind? Challenging the role of pediatric intensive care in understanding and supporting children and families following childhood critical illness. **Nursing in Critical Care**, v. 21, n. 5, p. 262–264, 2016.

MATOS, J. C.; RODRIGUES, M.C.; BORGES, M.S.; HENRIQUES, M.V.; LIMA, R.R.; Cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde: análise reflexiva. **Rev Enferm UFPE On-line**, v. 10, n. 6, p. 2223-9, 2016. Disponível em: [10.5205/relou.9199-80250-1-SM1006201638](https://doi.org/10.5205/relou.9199-80250-1-SM1006201638). Acesso em: 19 jan. 2018.

MCALVIN, S.S.; CAREW-LYONS, A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. **AJCC American Journal of critical care**, v. 23, n. 6, nov/2014.

MCGAHEY-OAKLAND, P.R, et al. Family experiences during resuscitation at a children's hospital emergency department. **J Pediatr Health Care**, v. 21, n. 4, p. 217-225, 2007.

MEKITARIAN, F.F.P.; ANGELO, M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. **Revista Paulista de Pediatria** (English Edition), v. 33, n. 4, p. 460-466, 2015.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez/2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2019.

MEYERS, T.A. et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. **Am J Nurs**, v.100, n.2, p. 32-42, fev. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10683641>. Acesso em: 10 set. 2017.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em: 05 maio 2018.

MOLINA, R. C. M.; et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 437-444, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2020.

_____; et al. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-638, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2019. .

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, 2015. Volume 3. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>. Acesso em: 22 maio 2020.

NASCIMENTO, L.C.N., et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with school children. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018.

NERY, Maria Aparecida. A convivência familiar e comunitária é direito da criança e do adolescente e uma realidade a ser repensada pela escola. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 30, n. 81, p. 189-207, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2020.

NIGROVIC, L.E.; MCQUEEN, A.A.; NEUMAN, M.I. Lumbar success rate is not influenced by family-member presence. **Pediatrics**, v.120, n. 4, p. 777-782, 2007.

O'CONNELL, K.J.; FARAH, M.M.; SPANDORFER, P.; ZORC, J.J. Family presence during pediatric trauma team activation: An assessment of a structure program. **Pediatrics**, v. 120, n. 3, e565-e574, set. 2007. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/120/3/e565>. Acesso em: 10 abr. 2018.

PACHECO, S.T.A., et al. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 106-12, jan/mar 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443/4584>. Acesso em: 14 jan. 2019.

PÊGO, C. O.; BARROS, M. M. A. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e sentimentos dos pais de criança gravemente enferma. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 11-20, 2017.

PINTO, J.P, et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. **Associação Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 132-135, 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/5608>. Acesso em: 20 mar. 2018.

PLOUFFE, J. A.; et al. Health care providers' perceptions of family presence during pediatric resuscitation. **Dynamics**, v. 21, n. 3, p. 26-7, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 8. Ed., Porto Alegre: Artmed; 2016.

POWERS, K.; REEVE, C. L. Factors associated with nurses' perceptions, self-confidence, and invitations of family presence during resuscitation in the intensive care unit: A cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.87, p.103-112, nov.2018.

_____.; RUBENSTEIN, J. S. Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit – A prospective study. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v.153, ed. 9, p: 955-958, set.1999.

PUTTINI, R. F.; JUNIOR, A. P.; OLIVEIRA, L. R. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2010.v20n3/753-767/pt>. Acesso em: 10 maio 2020

PYE, S.; KANE, J.; JONES, A. Parental Presence During Pediatric Resuscitation: The Use of Simulation Training for Cardiac Intensive Care Nurses. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 15, n. 2, p. 172–175, 2010.

RAMIREZ, M. et al . Parental stressors in a Pediatric Intensive Care Unit. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago , v. 89, n. 2, p. 182-189, abr. 2018. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200182&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2020.

RAMOS, D. Z.; LIMA, C.A.; LEAL, A.L.R.; PRADO, P.F.; OLIVEIRA, V.V.; SOUZA, A.A.M.; et al. A participação das famílias no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 189-196, abr./jun. 2016.

RAVAGLIOA, A. V.; SILVEIRA, L. R. V.; BLEY, A. L. A Influência da Auriculoterapia nos Níveis de Estresse de Profissionais de Enfermagem de UTI Pediátrica. **Rev Bras Terap e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2018. Disponível em: <http://www.omnipax.com.br/RBTS/artigos/v9n1/RBTS-9-1-1.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

REIS, A. G. A presença da família durante procedimentos invasivos e de ressuscitação em pediatria. **Rev. Paul Pediatric**, v. 33, n. 4, p. 377-378, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215000994?via%3Dihub>. Acesso em: 30 abr. 2020.

RENNICK, J.E., et al. Mothers' experiences of a Touch and Talk nursing intervention to optimise pain management in the PICU: a qualitative descriptive study. **Intensive & critical care nursing**, v. 27, n. 3, p. 151-7, jun. 2011.

RODRIGUES, A.C.; CALEGARI, T. Humanização da assistência de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 20, p. 933, 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=28783&indexSearch=ID>. Acesso em: 25 jun. 2018.

SALVIATI, M.E. **Manual do aplicativo IRAMUTEQ**: versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3. Planaltina, 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 04 ago. 2019.

SAMPAIO, P.S.S.; ANGELO, M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 15, n. 2, p. 85-92, dez. 2015. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n2/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-1.pdf. Acesso em: 29 jan. 2018.

SANDERS JR, R.C, et al. Family Presence During Pediatric Tracheal Intubations. **JAMA Pediatrics**, v. 170, n. 3, 2016.

SANDERS, M.R.; HALL, SL. Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: promoting safety, security and connected ness. **J Perinatol**, v. 38, n. 1, p. :3-10, jan. 2018.

SILVA, A.K.L., et al. Apropriações da Instrução ao Sósia na análise da atividade de trabalho. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, n. 4, p. 446 – 455, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000400446&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 dez. 2019.

SILVA, T.R.G., et al. Cuidado centrado na família na perspectiva de enfermeiras da unidade de terapia intensiva. **Rev Rene**. v. 17, n. 5, p. 643-50, set-out. 2016.

SHELTON, T. L., JEPSON, E. S., & JOHNSON, B. H. (1987). Family-centered care for children with special health care needs. Washington, D.C.: Association for the Care of Children's Health.

SMITH, A.B.; HEFLEY, G. C.; ANAND, K. J. S. Parent bed spaces in the PICU: effect on parental stress. **Pediatr Nurs.**, v. 33, n. 3, p. 215-21, 2007.

SMITH, W. Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing.*, v. 42, p. 57-64, 2018. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088259631830038>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SOUSA, Fernanda Coura Pena de et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1180016, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300314&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2020.

SOUZA, D.C., et al. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. **J. Pediatr**, Rio Janeiro, v. 80, n. 6, p. 453-460, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000800006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000800006>. Acesso em: 08 jan. 2018.

SOUZA, M.C.F.; OLIVEIRA, I.C.S. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: breve retrospectiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 247-249, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000200024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020.

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

TOMAZONI, A.; ROCHA, P.K.; KUSAHARA, D.M.; SOUZA, A.I.J.D.; MACEDO, T.R. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. **Texto contexto Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 161-9, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161. Acesso em: 16 out. 2016.

TRIGUEIRO, D.R.S.G. et al . AIDS and jail: social representations of women in freedom deprivation situations. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 554-561, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400554&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jul. 2020.

UTIS BRASILEIRAS. Registro Nacional de Terapia Intensiva. **Características das UTIs Participantes**. Disponível em: <http://www.utisbrasileiras.com.br/uti-pediatria/caracteristicas-das-utis-participantes/>. Acesso em: 23 mar. 2020.

VALDERRAMA, S. M. L.; MUÑOZ, R. L. Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit. **Invest. educ. enferm.**, v. 34, n. 1, p. 29-37, jan./abr. 2016.

VELLOSO, I.S.C.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 388-91, jun. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12885>. Acesso em: 30 mar. 2018.

VILLANUEVA, P. G. et al. The parents and family as part of care in pediatric intensive care. **Index de Enfermería**, v. 20, n. 3, p. 151-154, 2011.

VIGO, P. S. **A formação do enfermeiro na Atenção Integral as Crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

WEGNER, Wiliam et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 1, e68020, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100504&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2020.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2012.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.**Identificação dos participantes do estudo:**

Sexo:

Idade:

Formação acadêmica:

Tempo de graduação:

Tempo de atuação na unidade:

Questões orientadoras da entrevista:

Vamos imaginar que hoje seja o meu primeiro dia de trabalho nesta unidade, eu tenho de modo especial a necessidade de saber como proceder diante do familiar acompanhante?

O que devo falar para ele?

E diante de um procedimento invasivo?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Resolução nº. 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: A PERMANÊNCIA DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DURANTE OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS NA CRIANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: OS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS, conduzida por Juliana Maria Rêgo Maciel Cardoso. Este estudo tem por objetivos: Descrever a prática discursiva dos enfermeiros em relação à permanência do familiar acompanhante, durante a realização de procedimentos invasivos realizados pela sua equipe de enfermagem com a criança na unidade de terapia intensiva; Desvelar a prática social do enfermeiro derivante dessa prática discursiva; Analisar as práticas discursivas e sociais do enfermeiro focalizando as relações de poder na tomada de decisão sobre a permanência do familiar acompanhante, durante a realização dos procedimentos invasivos na criança.

Você foi selecionado(a) por possuir formação superior completo em enfermagem e ocupar cargo correspondente a sua formação e estar em exercício laboral como plantonista no período de realização da coleta dos dados ou ser residente de enfermagem pediátrica em atuação no setor.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que você trabalha.

Este estudo não oferece riscos à sua saúde e se porventura houver riscos mínimos como desconforto, você poderá interromper a entrevista em qualquer momento, tendo em vista a participação de cunho livre. Vale destacar que, você não terá custos ou qualquer ganho financeiro com esta pesquisa.

Se você concordar participar de forma voluntária, iremos realizar uma entrevista semi-estruturada composta por cinco perguntas relacionadas a sua caracterização (sem mencionar seu nome em nenhum momento e utilizando números ordinais para identifica-lo) e duas questões sobre o tema da pesquisa, em um local reservado dentro da sua instituição de trabalho, que mantenha a sua privacidade e em horário de escolha sua. O áudio da entrevista será captado por meio de um gravador e mantido com o pesquisador principal durante 5 anos e depois destruído.

A pesquisa terá duração de oito (8) meses, com o término previsto para dezembro de 2019. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Participante
(Responsável por obter o consentimento)

Juliana Maria Rêgo Maciel Cardoso

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, endereço postal e o endereço de e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Este estudo foi revisado por Comitê de Ética em Pesquisa, a fim de assegurar que o mesmo não traz nenhum dano aos participantes da pesquisa. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, pelo endereço: Rua Bruno Lobo 50 Ilha do Fundão – Cidade Universitária – Rio de Janeiro; ou pelo telefone: 2590-3842, de segunda à sexta, de 9 às 15h.

Contatos do pesquisador responsável: Juliana Maria Rêgo Maciel, Instituição a que pertence: Hospital Federal dos Servidores do Estado e Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Campus Macaé, Rua Sacadura Cabral nº178, 3º andar - Saúde - Rio de Janeiro. CEP: 20221-903, e-mail: julianahfse@gmail.com – Telefone: (021) 974974416 (pessoal)/ (021) 22913131 R: 3278 (institucional).

Eu, _____, RGn° _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019.

Participante

Juliana M^a Rego Maciel Cardoso
(Responsável por obter o consentimento)

APÊNDICE C – Orçamento Financeiro da pesquisa

Detalhamento do orçamento	VALOR (R\$)
Impressão dos TCLE e Roteiro de Entrevista	R\$ 200,00
Fotocópias e encadernação da pesquisa	R\$ 1.500,00
Revisão de português	R\$ 600,00
Tradução do resumo para inglês e espanhol	R\$ 500,00
Submissão e publicação dos artigos a Revistas Científicas	R\$ 4.000,00
Transporte para os cenários de pesquisa	R\$ 600,00
Transporte para UERJ para orientação acadêmica da tese	R\$ 400,00
Participação e apresentação do trabalho em eventos científicos	R\$ 3.000,00
Total:	R\$ 10.800,00
Fonte de financiamento: financiamento próprio	

ANEXO A - Parecer substanciado do CEP da instituição proponente

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A permanência do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva: os discursos dos enfermeiros.

Pesquisador: JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09143619.3.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.241.467

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Doutorado do PPGEinf da Faculdade de Enfermagem da UERJ, com Coparticipação institucional. Tem como objeto de estudo As práticas discursivas do enfermeiro sobre a permanência do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados pela equipe de enfermagem com a criança na unidade de terapia intensiva.

Apresenta como Questão Norteadora: Qual a prática discursiva e social do enfermeiro sobre a permanência do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados pela sua equipe de enfermagem com a criança no ambiente de cuidados intensivos pediátricos?

Abordagem metodológica:

Pesquisa com abordagem qualitativa, utilizando o referencial teórico das relações de poder de Michel Foucault.

Campo / cenário: duas unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) localizadas em hospitais no Município do Rio de Janeiro

Participantes: entre 15 a 18 enfermeiros que atuam em UTIP nos 2 cenários

Crêterios de inclusão: : todo aquele que possuir formação superior completo em enfermagem e ocupar cargo correspondente a sua formação e estar em exercício laboral como plantonista no período de realização da coleta dos dados ou ser residente de enfermagem pediátrica em atuação no setor

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. 013018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.241.467

Crítérios de exclusão: auxiliares, técnicos de enfermagem, graduandos e enfermeiros que estiverem de licença médica, férias ou que atuem no setor exercendo atividades administrativas

Instrumento e Técnica de coleta de dados: Entrevista;

Crítérios éticos: utilizando entrevista semi-estruturada

Análise dos dados: análise do material empírico, a análise crítica de discurso (ACD) de Fairclough

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a prática discursiva dos enfermeiros em relação à permanência do familiar acompanhante, durante a realização de procedimentos invasivos realizados pela sua equipe de enfermagem com a criança na unidade de terapia intensiva;

Desvelar a prática social do enfermeiro derivante dessa prática discursiva;

Analisar as práticas discursivas e sociais do enfermeiro focalizando as relações de poder na tomada de decisão sobre a permanência do familiar acompanhante, durante a realização dos procedimentos invasivos na criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: riscos mínimos, por tratar-se de uma pesquisa sobre o discurso do enfermeiro em relação a sua prática profissional cotidiana. Portanto, se o participante sentir-se desconfortável, o mesmo poderá interromper a entrevista, tendo em vista a participação de cunho livre

Benefícios: poderá levar ou não benefícios, pois o foco é o discurso dos profissionais quanto a permanência do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados pela equipe de enfermagem na unidade - compreensão do processo decisório acerca da permanência de familiares durante processos invasivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa encontra-se bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Orçamento: financiamento próprio.
- Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente.
- TCLE – redigido de acordo com as diretrizes éticas expressas na Resolução 466/2012.
- ICD – apresentado junto ao Projeto anexado à Plataforma Brasil.
- Carta de anuência da instituição – apresentada, devidamente preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável de cada um dos 2 cenários de pesquisa.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 3.241.467

- Cronograma – apresenta as etapas adequadas ao tempo de desenvolvimento do estudo.

Recomendações:

Recomenda-se que erros de escrita no TCLE sejam revisados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para abril de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1214438.pdf	19/02/2019 12:58:29		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	19/02/2019 12:57:19	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	folha_de_rosto_ass.pdf	29/01/2019 17:22:33	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_utilizacao_dos_dados_ippmg.pdf	29/01/2019 17:11:21	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_utilizacao_dos_dados_hupe.pdf	29/01/2019 17:09:30	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_de_cessao_de_audio.doc	28/01/2019 22:40:22	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	folha_de_rosto.pdf	28/01/2019 21:03:31	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	termo_de_apresentacao_ippmg.pdf	18/01/2019 00:58:33	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_apresentacao_hupe.pdf	17/01/2019 15:40:36	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Cj 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.241.467

Outros	Termo_autorizacao_ippmg.pdf	17/01/2019 15:39:33	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_autorizacao_hupe.pdf	17/01/2019 14:08:46	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	17/01/2019 11:52:47	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/01/2019 11:52:00	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/01/2019 11:18:48	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Orçamento	financeiro.docx	17/01/2019 00:10:04	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

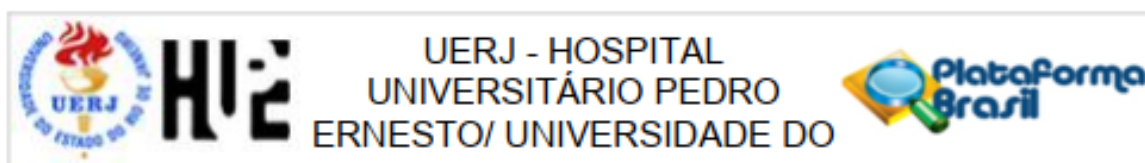
Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Abril de 2019

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. G1 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO B – Parecer substanciado do CEP da instituição coparticipante 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A permanência do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva: os discursos dos enfermeiros.

Pesquisador: JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09143619.3.3001.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.383.388

Apresentação do Projeto:

As disfunção da articulação temporomandibular é uma doença que afeta o osso, a cartilagem e os tecidos musculoesqueléticos associados, caracterizada pela presença de dor facial e articular, limitação de abertura de boca, travamento e ruídos articulares. O objetivo deste trabalho prospectivo, duplo-cego, randomizado será avaliar a melhora de abertura interincisal e dor articular através de escala analógica visual em 60 pacientes. Neste ensaio clínico os pacientes serão divididos em 3 grupos aleatórios de acordo com a técnica de tratamento que será utilizada. Os pacientes do grupo 1 serão submetidos a artrocentese isolada e os do grupo 2 e 3 a artrocentese seguida de infiltração de ácido hialurônico ou plasma rico em plaquetas (PRP), respectivamente. Os pacientes serão reavaliados para avaliação de abertura interincisal e dor articular após 2 semanas, 1, 3 e 6 meses.

Objetivo da Pesquisa:

AAvaliar a máxima abertura interincisal após intervenção comparando os Grupos Controle, ácido hialurônico e PRP na fase pré-operatória e após 2 semanas, 1, 3 e 6 meses.

Objetivo Secundário:

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

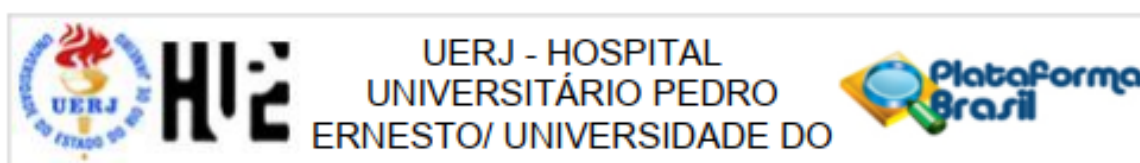
CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.383.388

Avaliar a melhora na dor após intervenção comparando os Grupos Controle, ácido hialurônico e PRP na fase pré-operatória e após 2 semanas, 1, 3 e 6 meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prezado pesquisador: Caracteriza-se como risco direto para os participantes da pesquisa a possibilidade de desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores devem se comprometer a minimizar os riscos ou desconfortos que possam vir a ser causados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Através do presente estudo esperamos obter resultados que ajudem a esclarecer as dúvidas associadas a efetividade da artrocentese e a infiltração

de PRP e AH em pacientes com dor articular e diminuição da função mandibular ao observar as mudanças de máxima abertura interincisal (MAI) e dor.

O presente estudo será um ensaio clínico prospectivo, duplo-cego, randomizado, realizado em 60 pacientes encaminhados ao Hospital Universitário

Pedro Ernesto (HUPE-UERJ), no Rio de Janeiro, apresentando distúrbios nas articulações temporomandibulares, como artralgia, deslocamento de

disco articular e doenças degenerativas da ATM, segundo os critérios de diagnóstico das doenças temporomandibulares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa. Toda a documentação pertinente foi apresentada

Recomendações:

Acertar endereço do CEP no TCLE.

Contado do Comitê de Ética em Pesquisa - Caso seja necessário você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE para esclarecimentos ou informações quanto a validade da pesquisa: Av. 28 de setembro, 77 térreo Vila Isabel – CEP 20551-030 - Tel: 21-2868.8253 – Email: cep-hupe@uerj.br.

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

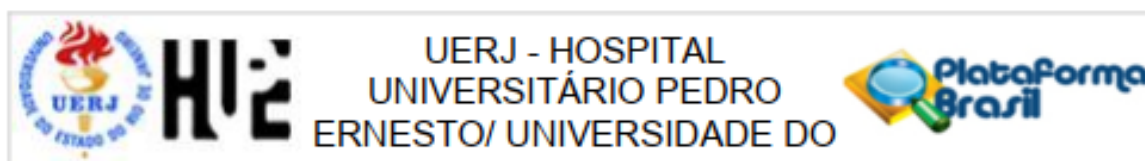
CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.383.388

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	folha_de_rosto_ass.pdf	29/01/2019 17:22:33	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_utilizacao_dos_dados_ippmg.pdf	29/01/2019 17:11:21	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_utilizacao_dos_dados_hupe.pdf	29/01/2019 17:09:30	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_de_cessao_de_audio.doc	28/01/2019 22:40:22	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	folha_de_rosto.pdf	28/01/2019 21:03:31	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	termo_de_apresentacao_ippmg.pdf	18/01/2019 00:58:33	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_apresentacao_hupe.pdf	17/01/2019 15:40:36	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_ippmg.pdf	17/01/2019 15:39:33	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.docx	17/01/2019 11:52:47	JULIANA MARIA REGO MACIEL	Aceito

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

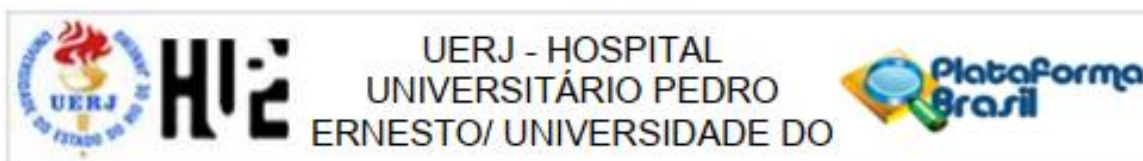
CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.383.388

Investigador	Projeto.docx	17/01/2019 11:52:47	CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/01/2019 11:52:00	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Junho de 2019

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com

ANEXO C – Parecer substanciado do CEP da instituição coparticipante 2

UFRJ - INSTITUTO DE
PUERICULTURA E PEDIATRIA
MARTAGÃO GESTEIRA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A permanência do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva: os discursos dos enfermeiros.

Pesquisador: JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09143819.3.3002.5264

Instituição Proponente: Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.371.533

Apresentação do Projeto:

A permanência do familiar acompanhante durante os procedimentos invasivos realizados na criança em unidade de terapia intensiva: os discursos dos enfermeiros.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a prática discursiva dos enfermeiros em relação à permanência do familiar acompanhante, durante a realização de procedimentos invasivos realizados pela sua equipe de enfermagem com a criança na unidade de terapia intensiva; Desvelar a prática social do enfermeiro derivante dessa prática discursiva; Analisar as práticas discursivas e sociais do enfermeiro focalizando as relações de poder na tomada de decisão sobre a permanência do familiar acompanhante, durante a realização dos procedimentos invasivos na criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendência respondida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-912
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2590-3842 Fax: (21)2562-6150 E-mail: pesquisa@ippmg.ufrj.br

**UFRJ - INSTITUTO DE
PUERICULTURA E PEDIATRIA
MARTAGÃO GESTEIRA DA**



Continuação do Parecer: 3.371.533

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa do IPPMG deliberou em Reunião Ordinária de seus membros parecer favorável à aprovação do presente projeto de pesquisa. As pendências foram adequadamente respondidas. O projeto está em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e com a Norma Operacional do Conselho Nacional de Saúde nº 001/13.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme procedimentos definidos na Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais, final ou de suspensão do projeto para serem apreciados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Desta forma, o CEP poderá acompanhar o desenvolvimento dos projetos de pesquisa por meio dos relatórios fornecidos pelo pesquisador responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1328044.pdf	13/05/2019 10:40:36		Aceito
Outros	Carta_resposta_IPPMG_13_05.doc	13/05/2019 10:36:51	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_13_05.doc	13/05/2019 10:30:15	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	folha_de_rosto_ass.pdf	29/01/2019 17:22:33	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_utilizacao_dos_dados_ippmg.pdf	29/01/2019 17:11:21	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_utilizacao_dos_dados_hupe.pdf	29/01/2019 17:09:30	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_de_cessao_de_audio.doc	28/01/2019 22:40:22	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	folha_de_rosto.pdf	28/01/2019 21:03:31	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	termo_de_apresentacao_ippmg.pdf	18/01/2019	JULIANA MARIA	Aceito

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 21.941-912

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2590-3842

Fax: (21)2562-6150

E-mail: pesquisa@ippmg.ufrj.br

**UFRJ - INSTITUTO DE
PUERICULTURA E PEDIATRIA
MARTAGÃO GESTEIRA DA**



Continuação do Parecer: 3.371.533

Outros	termo_de_apresentacao_ippmg.pdf	00:58:33	REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_apresentacao_hupe.pdf	17/01/2019 15:40:36	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_ippmg.pdf	17/01/2019 15:39:33	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	17/01/2019 11:52:47	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/01/2019 11:52:00	JULIANA MARIA REGO MACIEL CARDOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Junho de 2019

**Assinado por:
MARIANA TSCHOEPKE AIRES
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-912

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2590-3842 **Fax:** (21)2562-6150 **E-mail:** pesquisa@ippmg.uff.br