

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**THAMIRES DA SILVA PAPERÁ**

AS REAÇÕES ADVERSAS FRENTE AO USO DE ANALGÉSICOS E SEDATIVOS EM  
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: implicações para a enfermagem

RIO DE JANEIRO  
2024

Thamires da Silva Papera

AS REAÇÕES ADVERSAS FRENTE AO USO DE ANALGÉSICOS E SEDATIVOS EM  
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: implicações para a enfermagem

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Tania Vignuda de Souza  
Doutora em Enfermagem

RIO DE JANEIRO  
2024

## CIP - Catalogação na Publicação

P366r      Papera, Thamires da Silva  
            As reações adversas frente ao uso de analgésicos  
            e sedativos em cuidados intensivos pediátricos:  
            implicações para a enfermagem / Thamires da Silva  
            Papera. -- Rio de Janeiro, 2024.  
            100 f.

            Orientadora: Tania Vignuda de Souza.  
            Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
            Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
            Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

            1. Criança Hospitalizada. 2. Equipe de  
            Enfermagem. 3. Reações Adversas. 4. Unidade de  
            Terapia Intensiva Pediátrica. 5. Sedação e  
            Analgesia. I. de Souza, Tania Vignuda, orient. II.  
            Titulo.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

Thamires da Silva Papera

**AS REAÇÕES ADVERSAS FRENTE AO USO DE ANALGÉSICOS E SEDATIVOS EM  
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: implicações para a enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 16 de abril de 2024

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Tania Vignuda de Souza (Presidente)**  
Doutora em Enfermagem  
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Liliane Faria da Silva (1<sup>a</sup> Examinadora)**  
Doutora em Enfermagem  
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes (2<sup>a</sup> Examinadora)**  
Doutora em Enfermagem  
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira (Suplente)**  
Doutora em Enfermagem  
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Rita de Cássia Melão de Moraes (Suplente)**  
Doutora em Enfermagem  
Faculdade de Ciências da Saúde – UnB



Documento assinado digitalmente  
**THAMIRES DA SILVA PAPER**  
Data: 12/07/2024 15:35:16-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



Documento assinado digitalmente  
**TANIA VIGNUDA DE SOUZA**  
Data: 12/07/2024 15:46:35-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Esta dissertação é toda dedicada às crianças com necessidades especiais de saúde que precisaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva e que apresentaram abstinência a medicamentos com efeitos sedativos e analgésicos, especialmente aquela que orientou meu estudo. Arthur, tenha uma longa vida!

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Professora Doutora Tania Vignuda de Souza, minha orientadora e amiga, que não mediu esforços durante essa caminhada ao meu lado. Foram dois anos mais leves por conta de estar com você. Obrigada pelos ensinamentos, palavras de carinho, compartilhamento de saberes e força durante toda essa caminhada. És minha inspiração! Tenho imenso orgulho de ser sua orientanda!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e a todos os espíritos ancestrais que me cercam e me sustentam durante todo o meu caminho.

Agradeço aos meus pais, Evanil Papera e Mary Cristina da Silva Papera, por estarem sempre ao meu lado nos momentos bons e ruins, por serem a base de tudo, por me ampararem durante toda minha caminhada e por me ensinarem o valor dos estudos e de termos pessoas boas por perto. Isso tudo só tem significado, pois tenho vocês.

À minha família por me apoiarem a todo momento, especialmente minha avó Vilma Maria e meu tio Wesley Higino.

À minha família espiritual, especialmente Mãe Simone D'Iansã e Mãe Marina D'Iansã, Geisa, Thiciany, Lanucer, Sônia Maria, Rita Nascimento e Elaine Gaspar por estarem sempre rezando e me dando forças neste caminhar.

À minha Banca Examinadora, apelidada por mim de “banca dos sonhos”, por todo o auxílio na construção do estudo, pelas palavras de força e carinho, pela acessibilidade e parceria e por me ajudarem a ser uma enfermeira melhor.

Aos grupos de pesquisa que eu já fui membro, CRIANES e Saúde da Criança – Cenário Hospitalar, por me fornecerem apoio pedagógico e amor pela pesquisa.

Aos meus parceiros e parceiras de trabalho da UTIP, especialmente Fernanda Neves, Soraya, Elena, Juliana, Jonas, Tatiana, Jeane, Claudete e Julyana Vargas por me ajudarem e estarem comigo.

Ao meu par, Bruno, por sempre entender que meus estudos estarão na frente de (quase) tudo.

Meu amor a todos.

Mata fechada  
Verde estava  
Sozinho perdido  
Sem proteção

Pés descalços  
Sentindo a terra  
Encontro um rio  
Que me leva na floresta

Cantam os pássaros  
Vejo o Sol entrar  
Sinto um abraço  
Um rastro a me guiar

Entre folhas um presente  
De quem atende  
O rufar do meu tambor  
Arolê meu pai

Oxóssi se me traz  
Prosperidade e paz  
De ofá na mão  
Energia e proteção

É dele o meu coração  
Sou filho sou caça  
Sou a flecha do caçador  
Sou filho

Okê arô! (Oxossi, 2020)

## LISTA DE SIGLAS

CAPD – *Cornell Assessment of Pediatric Delirium*

CVD – Cateter Vesical de Demora

ESPINC – Sociedade Europeia de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

FC – Frequência Cardíaca

PAI – Pressão Arterial Invasiva

PAM – Pressão Arterial Média

PICC – Acesso Central de Inserção Periférica

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

RAM – Reação Adversa a Medicamento

SOS – *Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale*

TCLE – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

TOT – Tubo Orotraqueal

TQT – Traqueostomia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

WAT-1 – *Withdrawal Assessement Tool*

## RESUMO

PAPERA, Thamires da Silva. **As reações adversas frente ao uso de analgésicos e sedativos em cuidados intensivos pediátricos:** implicações para a enfermagem. Rio de Janeiro, 2024. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A pouca sedação em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) pode gerar estresse psicológico e físico desnecessário, além de extubação acidental. Em contrapartida, a super sedação pode provocar o uso da ventilação mecânica prolongada, levando ao maior tempo de internação dentro da UTIP, além de síndrome de abstinência, tolerância e delírio. Neste sentido, delimitou-se como objeto de estudo a identidade do cuidado de enfermagem frente às reações adversas do uso de analgésicos e sedativos nas crianças gravemente doentes. Os objetivos são: descrever as reações adversas do uso de sedativos e analgésicos identificadas pela equipe de enfermagem; analisar a prática do cuidado da equipe de enfermagem frente às reações adversas do uso de sedativos e analgésicos nas crianças; e discutir as implicações da prática do cuidado da enfermagem prestada à criança que apresenta reações adversas no uso de analgésicos e sedativos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Foram entrevistados 15 membros da equipe de enfermagem que trabalhavam em uma UTIP de um hospital especializado em doenças crônicas e raras, utilizando-se a técnica de entrevista, o formulário de caracterização dos participantes, o diário de campo para observação não participante e a coleta de informações nos prontuários. Contou-se com o apoio do *software* Iramuteq para realizar a Análise Textual Discursiva. Obteve-se que as principais reações adversas identificadas pelos profissionais de enfermagem foram irritabilidade, choro e agitação. A prática do cuidado de enfermagem é desenvolvida de acordo com as reações adversas previamente identificadas e varia conforme profissional de enfermagem que atende a criança, não existindo um padrão institucional pré-estabelecido. Entre os cuidados descritos estão: banho morno, administração de doses fracionadas de sedação segundo a prescrição médica e acalento pelo familiar responsável ou pelo próprio profissional. No entanto, não foram observados registros no prontuário acerca dessas reações adversas, bem como desses cuidados relatados. Destaca-se que existe insegurança por parte da equipe de enfermagem no que tange os seus conhecimentos sobre as reações adversas relacionadas ao uso de sedativos e analgésicos e, como implicações para a prática, a falta de identidade no seu cuidado interferindo em sua autonomia e protagonismo profissional, sendo a figura do médico percebida como o mais atuante nessa temática. Conclui-se que a equipe de enfermagem

reconhece alguns sinais e sintomas das reações adversas no uso de sedativos e analgésicos. Todavia, se faz necessário um aprimoramento e atualizações frente à utilização desses medicamentos, suas reações adversas e cuidados que devem ser prestados, de modo a reconhecer sua atuação e perceber sua posição dentro da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Criança Hospitalizada; Equipe de Enfermagem; Reações Adversas; Sedação; Analgesia; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

## ABSTRACT

PAPERA, Thamires da Silva. **Adverse reactions to the use of analgesics and sedatives in pediatric intensive care:** implications for Nursing. Rio de Janeiro, 2024. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Inadequate sedation in Pediatric Intensive Care Units (PICU) can generate unnecessary psychological and physical stress, in addition to accidental extubating. On the other hand, oversedation can lead to the use of prolonged mechanical ventilation, leading to longer hospitalization in the PICU in addition to withdrawal syndrome, tolerance, and delirium. In this sense, the identity of nursing care in the face of adverse reactions from the use of analgesics and sedatives in seriously ill children was defined as the object of study. The objectives are to describe the adverse reactions caused using sedatives and analgesics identified by the nursing team; analyze the care practice of the nursing team in the face of adverse reactions from the use of sedatives and analgesics in children; and discuss the implications of nursing care practice provided to children who present adverse reactions to the use of analgesics and sedatives. This is a qualitative study. Fifteen members of the nursing team who worked in a PICU of a hospital specializing in chronic and rare diseases were interviewed, using the interview technique, the participant characterization form, the field diary for non-participant observation and data collection. information in medical records. The Iramuteq software was supported, and discursive textual analysis was used. It was found that the main adverse reactions identified by nursing professionals were irritability, crying and agitation. The practice of nursing care is developed according to previously identified adverse reactions and varies depending on the nursing professional who cares for the child, and there is no pre-established institutional standard. Among the care described are warm bath, administration of fractional doses of sedation according to medical prescription and comfort by the responsible family member or by the professional himself, however, no records were observed in the medical records regarding these adverse reactions, as well as this reported care. It is noteworthy that there is insecurity on the part of the nursing team regarding their knowledge about adverse reactions related to the use of sedatives and analgesics and, as implications for practice, the lack of identity in their care, interfering with their autonomy and protagonism professional, with the doctor being perceived as the most active on this topic. It is concluded that the nursing team recognizes some signs and symptoms of adverse reactions in the use of sedatives and analgesics, however, improvement and updates are necessary

regarding the use of these medications, their adverse reactions and the care that must be provided to recognize their performance and understand their position within the multidisciplinary team.

Keywords: Hospitalized Child; Nursing Team; Adverse Reactions; Sedation; Analgesia; Pediatric Intensive Care Unit.

## RESUMEN

PAPERA, Thamires da Silva. **Reacciones adversas al uso de analgésicos y sedantes en cuidados intensivos pediátricos:** implicaciones para la enfermería. Rio de Janeiro, 2024. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024

Una mala sedación en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) puede generar estrés psicológico y físico innecesario, además de extubaciones accidentales. Por otro lado, la sobredosificación puede llevar al uso de ventilación mecánica prolongada, provocando una hospitalización más prolongada en la UCIP además de síndrome de abstinencia, tolerancia y delirio. En este sentido, se definió como objeto de estudio la identidad del cuidado de enfermería ante las reacciones adversas por el uso de analgésicos y sedantes en niños gravemente enfermos. Los objetivos son: describir las reacciones adversas provocadas por el uso de sedantes y analgésicos identificadas por el equipo de enfermería; analizar la práctica de cuidados del equipo de enfermería ante las reacciones adversas por el uso de sedantes y analgésicos en niños; y discutir las implicaciones de la práctica de los cuidados de enfermería brindados a niños que presentan reacciones adversas al uso de analgésicos y sedantes. Este es un estudio cualitativo. Se entrevistó a quince miembros del equipo de enfermería que trabajaban en una UCIP de un hospital especializado en enfermedades crónicas y raras, utilizando la técnica de la entrevista, la ficha de caracterización participante, el diario de campo para la observación no participante y la recolección de información en historias clínicas. Se apoyó el software Iramuteq y se utilizó análisis textual discursivo. Se encontró que las principales reacciones adversas identificadas por los profesionales de enfermería fueron irritabilidad, llanto y agitación. La práctica del cuidado de enfermería se desarrolla según reacciones adversas previamente identificadas y varía dependiendo del profesional de enfermería que atiende al niño, no existiendo un estándar institucional preestablecido. Entre los cuidados descritos se encuentran: baño tibio, administración de dosis fraccionadas de sedación según prescripción médica y confort por parte del familiar responsable o por el propio profesional, sin embargo, no se observaron registros en las historias clínicas respecto a estas reacciones adversas, así como estos informaron cuidados. Se destaca que existe inseguridad por parte del equipo de enfermería respecto de su conocimiento sobre las reacciones adversas relacionadas al uso de sedantes y analgésicos y, como implicaciones para la práctica, la falta de identidad en su cuidado, interfiriendo en su autonomía y protagonismo profesional, siendo el médico el más activo en este tema. Se concluye que el equipo de

enfermería reconoce algunos signos y síntomas de reacciones adversas en el uso de sedantes y analgésicos, sin embargo, es necesario mejorar y actualizar respecto al uso de estos medicamentos, sus reacciones adversas y los cuidados que se deben brindar para reconocer su desempeño y comprender su posición dentro del equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Niño hospitalizado. Grupo de enfermería. Reacciones adversas. Sedación. Analgesia. Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	Trajetória profissional e motivação para o estudo.....	17
1.2	Justificativa e Relevância do Estudo.....	18
1.3	Questões Norteadoras, Objeto e Objetivos.....	24
1.4	Contribuições do Estudo.....	25
1.5	Fundamentação Teórica.....	25
1.5.1	<i>Utilização de Sedativos e Analgésicos em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica</i> .....	26
1.5.2	<i>Instrumentos de avaliação de reações adversas em crianças que estão utilizando analgésicos e sedativos</i> .....	27
1.5.3	<i>Diretrizes e Recomendações sobre Analgesia e Sedação em Crianças Internadas em Terapia Intensiva</i> .....	29
1.6	Referencial Teórico: o modelo do Cuidado de Marie-Françoise Collière.....	31
<b>2</b>	<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	34
2.1	Tipo de estudo.....	34
2.2	Cenário do Estudo.....	34
2.3	Participantes do Estudo.....	35
2.4	Procedimentos Metodológicos.....	35
2.5	Coleta de dados.....	37
2.6	Análise de dados.....	40
2.7	Questões éticas.....	45
2.8	Limitações do Estudo.....	46
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	48
3.1	Caracterização dos Participantes do Estudo.....	48
3.2	Informações do prontuário das crianças hospitalizadas.....	50
3.3	Dados do prontuário, entrevistas e observação não participante.....	53
3.4	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Fatorial de Correspondência (AFC) 53	
3.4.1	<i>Classificação Hierárquica Descendente e Análise Fatorial de Correspondência: apresentação das categorias e subcategorias</i> .....	58
3.4.1.1	<i>Categoria 1 – A prática de Enfermagem nos cuidados com a criança</i> .....	59
3.4.1.2	<i>Categoria 2 – Uso (in)adequado da dosagem de sedação e analgesia</i> .....	63
3.4.1.3	<i>Categoria 3 – Sinais e sintomas do uso de sedativos e analgésicos e a conduta da enfermagem</i> .....	67
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – ENFERMEIRO.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE (DIÁRIO DE CAMPO).....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE E - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA INSTITUIÇÃO CO- PARTICIPANTE.....</b>	<b>99</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Trajetória profissional e motivação para o estudo

Meu interesse acerca da assistência de enfermagem com crianças hospitalizadas emergiu durante a minha prática profissional como enfermeira plantonista dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), onde pude observar que, frequentemente, são encontradas crianças gravemente enfermas fazendo uso de medicamentos<sup>1</sup> analgésicos e sedativos em infusão intermitente por conta da doença e/ou condição que ocasionou a internação.

Na avaliação clínica da criança hospitalizada pude observar e discutir em reuniões multiprofissionais sobre alguns sinais característicos de reações adversas ao uso de sedação e analgesia, como diarreia, alucinações, tremores e olhar vago. Por conta do surgimento frequente desses sinais, foram implementadas duas escalas que são utilizadas para avaliar cada criança no que se refere ao delírio e à síndrome de abstinência, sendo elas *Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD)* e *Withdrawal Assessment Tool (WAT-1)*<sup>2</sup>, respectivamente. Entretanto, ainda há pouca participação da enfermagem na aplicação de tais escalas nesta UTIP.

Mediante esta situação, entende-se que a prática assistencial da enfermagem diante da identificação e manejo das reações adversas do uso de analgésicos e sedativos é imprescindível, sendo preciso que esses profissionais ocupem seus espaços e exerçam sua autonomia para uma melhor qualidade da assistência, promovendo a segurança da criança. Ressalta-se que esse profissional administra tais medicamentos e permanece as 24h do dia em contato com a criança, sendo possível a avaliação dos sinais e sintomas que indicam a subdosagem ou superdosagem. Portanto, reconhecer a dor e avaliar o grau de sedação de crianças em condição de gravidade durante a internação tem por objetivo evitar reações adversas, garantindo as boas práticas e a segurança da criança.

Segundo Vieira *et al.* (2022), as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são locais onde pessoas gravemente enfermas permanecem sob cuidados de equipes multiprofissionais até que obtenham melhora ou estabilização do seu quadro clínico.

---

<sup>1</sup> Medicamento é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou diagnóstica e pode conter outras substâncias além do fármaco ativo (Rang *et al.*, 2016). Com base nessa definição, será utilizado o termo medicamento por melhor se adequar a este estudo.

<sup>2</sup> Destaca-se que as escalas CAPD e WAT-1 foram adaptadas culturalmente para a língua falada no Brasil (Sanches; Griffin; Almeida, 2021; Barbosa; Duarte; Basto; Andrade, 2018).

Knobel (2016) descreveu que a criança em estado de saúde crítico pode ser compreendida como aquela que apresenta um processo patológico acelerado com a necessidade de atitudes decisivas dos profissionais para garantir a assistência segura. Ederli *et al.* (2019) informaram que a exposição a diversos procedimentos, dentro das UTIP, como inserções de cateteres venosos repetidamente, coleta de exames complementares, cirurgias, entre outros, podem fazer com que a dor e a ansiedade sejam problemas reais e significativos.

A ideia de que as crianças não sentem e/ou não possuem lembranças das experiências dolorosas é errônea e, da mesma forma que nos adultos, as crianças podem vir a sofrer diversas formas da dor, sendo estas relacionadas à doença de base, traumas, de origem psicogênica ou mesmo idiopática (Ederli *et al.*, 2020). Assim, é preciso garantir o direito da criança de não sentir dor quando houver meios para evitá-la, conforme o item 7 da Resolução n. 41 do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), de 1995, e, também, utilizar sedativos adequadamente quando necessário.

Informações sugerem que a subsedação pode gerar estresse psicológico e físico desnecessário, além de extubação acidental. Em contrapartida, a super sedação pode provocar o uso da ventilação mecânica prolongada, levando ao maior tempo de internação dentro da UTIP, além de síndrome de abstinência, tolerância e delírio (Choong, 2019; Telechea *et al.*, 2019).

De acordo com o Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS), Reação Adversa a Medicamento (RAM) é conceituada como qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas para profilaxia, diagnóstico e tratamento da doença e que apresenta relação causal específica entre medicamento e ocorrência (Cioms, 2021).

Segundo Aranda (2020), o manejo da dor e sedação é uma parte integrante dentro da UTIP por conta da situação em que se encontram os pacientes. Assim, é essencial proporcionar alívio da dor e sedação de modo adequado para evitar complicações. Entretanto, as diferentes idades dos pacientes criticamente internados nestes ambientes, a dificuldade de comunicação, a complexidade do estado clínico e os metabolismos farmacodinâmicos e farmacocinéticos dos medicamentos são dificuldades que desafiam os profissionais de saúde (Egbuta; Mason, 2021).

## 1.2 Justificativa e Relevância do Estudo

Visando a melhoria da assistência, em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que representa um avanço enquanto política pública na medida em que reconhece a seriedade dos eventos adversos no país e incrementa ações para ampliar o conhecimento sobre esta temática. Dentro desse programa, existe o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, que estabelece estratégias e ações de gestão de risco e tem como uma de suas atividades a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (Brasil, 2013).

Os medicamentos para controlar a dor e gerar conforto em crianças hospitalizadas em UTIP são baseados em substâncias sedativas, hipnóticas e/ou analgésicas. Para a aplicação da melhor terapia farmacológica nessas crianças, diversos fatores precisam ser considerados, sendo um deles o conhecimento prévio do uso de analgésicos e sedativos nesses pacientes e as repercussões possíveis dessa prática (Araújo *et al.*, 2019).

A ótima analgesia e sedação dependem da implementação de ferramentas validadas para orientar a titulação de agentes sedativos e analgésicos e diminuir sintomas de abstinência e delírio (Egbuta; Mason, 2021). Entretanto, para introduzir tais ferramentas na prática é preciso, primeiro, capacitar a equipe, especialmente a de enfermagem.

A quantidade adequada de analgésicos e sedativos previnem dor, delírio e abstinência (Mody *et al.*, 2018). No cenário da UTIP, a maior parte das crianças apresenta uma comunicação prejudicada por conta do uso de ventilação mecânica e/ou pela idade mais jovem (Ibiebele *et al.*, 2018; Laures *et al.*, 2019; Ederli *et al.*, 2019). Portanto, é fundamental que todos os profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, saibam acerca da avaliação e manejo tanto das doses ideais de analgésicos e sedativos como das implicações negativas que estes podem provocar. Afinal, são eles que preparam e administram os medicamentos.

O processo de preparo e administração de medicamentos é uma das funções assistenciais mais realizadas pela equipe de enfermagem. Assim, a abordagem sobre segurança medicamentosa dentro da UTIP merece enfoque ainda maior por conta da complexa terapia medicamentosa, o uso de diversos medicamentos associados com a gravidade e instabilidade dos pacientes (Ribeiro *et al.*, 2018).

Diante do exposto, para identificar o que existe na literatura sobre a prática da equipe de saúde nas reações adversas do uso de analgesia e sedação em UTIP, buscou-se, diante da estratégia de busca bibliográfica online, publicações científicas nacionais e internacionais, com a seguinte questão de busca: O que há na literatura sobre a prática da equipe de saúde frente às reações adversas do uso da sedação e analgesia na população pediátrica internada em UTIP?

Assim, foi estabelecido o mnemônico PICo (População, Interesse e Contexto). A população indica a equipe de saúde; o fenômeno de interesse foi a prática frente às reações adversas no uso de sedação e analgesia; e o contexto foi a criança hospitalizada na UTIP. Para realizar o levantamento bibliográfico, foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Embase, PubMed, através da base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Web of Science* (WOS) e CINAHL.

Para esse levantamento, foram utilizadas palavras-chave, termos e/ou descritores cadastrados no *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: “*Child, Hospitalized*”, “*Deep Sedation*”, “*Conscious Sedation*”, “*Anti-Anxiety Agents*”, “*Anesthetics, Dissociative*”, “*Anesthesia and Analgesia*”, “*Analgesia*”, “*Intensive Care Units, Pediatric*” e “*Patient Care Team*”. Foram utilizados os booleanos AND e OR para a combinação dos descritores entre si. Nas bases de dados EMBASE e PUBMED, quando era colocado o termo “*Patient Care Team*”, a busca resultava no total de zero, portanto, nesses bancos, esse descritor não foi utilizado.

Os critérios de inclusão foram estudos primários disponíveis na íntegra, gratuitamente, nos idiomas inglês, espanhol e português. O recorte temporal foi de 2016 a 2022, utilizando-se como marco a publicação da Sociedade Europeia de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (ESPINC), que consiste em uma declaração para recomendar o monitoramento preciso da dor e do sofrimento não relacionado à dor em neonatos e crianças internadas em UTIP e a adoção de instrumentos validados para avaliar o nível de sedação, síndrome de abstinência e delírio (Harris *et al.*, 2016).

Foram excluídos estudos de testagem de analgésicos e sedativos e comparação entre propriedades farmacológicas, bem como os estudos repetidos, sendo considerados apenas um, seguindo o banco de dados que possuía maior número de publicações WOS, EMBASE, CINAHAL e PUBMED.

Para facilitar a identificação das publicações, elaborou-se o Quadro 1, que apresenta o quantitativo dos estudos segundo a base de dados, com conjugação dos descritores e sem filtros.

**Quadro 1** – Quantitativo de publicações de acordo com a base de dados, com conjugação dos descritores. Rio de Janeiro, 2023.

Descritores	Fontes de Dados				
	BVS	Embase	WOS	CINAHL	PubMed
"Child, Hospitalized" AND ("Conscious Sedation") OR ("Deep Sedation") OR ("Analgesia") OR ("Anesthesia and Analgesia") OR ("Pain Measurement")) AND "Intensive Care Units, Pediatric" AND "patient care team"	3	54	619	8	4
<b>TOTAL</b>	<b>688</b>				

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Com o cruzamento dos descritores e sem aplicação de filtros, foram encontrados 688 estudos, sendo a WOS a base de dados com maior número de artigos. Com a aplicação dos filtros de texto completo (*full text*) e recorte temporal, esse número se tornou 207. A fim de melhor visualização destas publicações, criou-se o Quadro 2.

**Quadro 2** – Quantitativo de publicações de acordo com a base de dados, com conjugação dos descritores e utilização de recorte temporal e filtro de texto completo. Rio de Janeiro, 2023.

Descritores	Fontes de Dados				
	BVS	Embase	WOS	CINAHL	PubMed
"Child, Hospitalized" AND ("Conscious Sedation") OR ("Deep Sedation") OR ("Analgesia") OR ("Anesthesia and Analgesia") OR ("Pain Measurement")) AND "Intensive Care Units, Pediatric"	2	43	158	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>				

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Após a realização da leitura de títulos e resumos, excluiu-se 187 publicações. Dessas publicações, excluiu-se quatro duplicatas e obteve-se 16 publicações, conforme demonstra o Quadro 3.

**Quadro 3** – Quantitativo de publicações finais de acordo com as bases de dados. Rio de Janeiro, 2023.

<b>Bases</b>	<b>Estudos Selecionados</b>	<b>Total</b>
BVS	0	16
Embase	1	
PubMed	0	
WOS	15	
CINAHL	0	

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Após a leitura das publicações na íntegra, observou-se que dez estudos foram escritos por profissionais médicos, quatro por enfermeiras e dois por ambas as categorias profissionais.

O país que apresentou maior quantitativo de estudos foi os Estados Unidos da América, com quatro. Ainda, dois estudos foram produzidos na Espanha, um no Brasil, um na Austrália, um na Itália, um estudo produzido na Alemanha, um no Canadá, um na Arábia Saudita, um na Turquia, um na Polônia, um multicêntrico com a participação da Itália, Alemanha, Suíça e Estados Unidos, e um multicêntrico com a participação da Holanda, Nova Zelândia e Irlanda.

Após a leitura dos artigos selecionados, foi utilizada a seleção por temática, do qual identificou-se três temáticas, a saber: (1) riscos potenciais do uso prolongado de sedativos e analgésicos; (2) gestão e protocolos de analgesia e sedação; e (3) o contexto de dor, sedação e abstinência.

Na temática 1, os estudos indicam que os **riscos potenciais do uso prolongado de sedativos e analgésicos** estão associados ao uso desses medicamentos em tempo prolongado, o que leva a existência da síndrome de abstinência seguida do delírio. Entretanto, não há consenso sobre o que seria tempo prolongado. Alguns autores relatam cinco dias como tempo prolongado, tanto para benzodiazepínicos quanto para opioides, tendo autores defendendo nove dias para opioides (Best; Asaro, 2016; Habib *et al.*, 2021; Ekinçi *et al.*, 2020; Tabacco; Tacconi, 2017). Além disso, o uso prolongado

e inadequado de sedativos e analgésicos aumentam o tempo de ventilação mecânica e, conseqüentemente, o tempo de internação (Zeilmaker-Roest *et al.*, 2017).

Os estudos indicam que é preciso aumentar o conhecimento profissional sobre o monitoramento destas reações para fornecer maior qualidade de vida aos pacientes pediátricos. Afinal, a literatura mais recente tem destacado os benefícios da sedação leve e enfatizado sobre a importância de monitorar os múltiplos fatores, incluindo a profundidade da sedação, a eficácia dos analgésicos, a retirada dos opiáceos e o desenvolvimento de delírio (Best *et al.*, 2016; Solodiuk *et al.*, 2019; Rosenberg *et al.*, 2019). De acordo com Solodiuk *et al.* (2019), há necessidade do uso de protocolos formais acerca do manejo da dor e sedação adequada.

Na temática 2, denominada **gestão e protocolos de analgesia e sedação**, os estudos apontam a existência de protocolos para gestão e manejo da analgesia e sedação e os apresentam como benefícios do cuidado à criança gravemente enferma, pois previnem sintomas de abstinência e delírio em pacientes que fazem uso dessas medicações por tempo prolongado (Daverio *et al.*, 2022; Habib *et al.*, 2021; Hanser *et al.*, 2020; Colleti *et al.*, 2020; Larson *et al.*, 2018; Tabacco *et al.*, 2017). Nessa temática, os estudos abordam questões de dose ideal para evitar as reações adversas, utilização de escalas de dor e sedação para prevenir e/ou melhor manejar tais sinais e sintomas, e a importância de diretrizes para desmame adequado, que seria uma redução diária de 20% em relação à dose inicial (Tapia *et al.*, 2022; Guerra *et al.*, 2020).

A utilização de escalas para monitoramento da dor e/ou sedação e de medidas não farmacológicas são frequentes em locais que apresentam protocolos formais (Guerra *et al.*, 2021; Walas *et al.*, 2020). Em contrapartida, constatou-se poucos cenários que faziam uso de protocolos formais e, quando este existe, são gerenciados por profissionais médicos (Daverio *et al.*, 2022; Habib *et al.*, 2021; Hanser *et al.*, 2020). Todavia, foram encontrados estudos que avaliam protocolos liderados por enfermeiras que concluem a importância desse profissional na redução de sintomas de abstinência e delírio e, conseqüentemente, no tempo de internação (Hanser *et al.*, 2020; Larson *et al.*, 2018).

Na temática 3, intitulada **o contexto de dor, sedação e abstinência**, os estudos descrevem que o uso ideal de analgesia e sedação permite a realização de procedimentos invasivos com segurança, possibilitando a sincronia do paciente com a ventilação mecânica, o que reduz o consumo de oxigênio em casos de choque e a extubação acidental (Bosch-Alcaraz *et al.*, 2020). Estudos informam que o treinamento

da equipe de saúde para implementar a avaliação da dor tem sido pouco explorada (Larson *et al.*, 2018; Ekinci *et al.*, 2020; Hanser *et al.*, 2020). Ademais, os estudos de Daverio *et al.* (2022) e de Habib *et al.* (2021) contribuem com a informação de que a interrupção diária da dose de sedativos em crianças em estado grave é possível e resulta em menor uso de sedação, extubação mais precoce e menor tempo de internação.

Destaca-se que os profissionais enfermeiros têm papel fundamental para reduzir a ocorrência de abstinência, tolerância e tempo de uso de sedativos e analgésicos em UTIP pelo fato destes estarem mais tempo à beira do leito monitorando as crianças (Hanser *et al.*, 2020; Best *et al.*, 2019; Larson *et al.*, 2018). Além disso, protocolos guiados por enfermeiras forneceram tratamento de dor e sedação consistente e oportuna, e reduziram doses de medicamentos necessários para sedação ideal (Hanser *et al.*, 2020; Larson *et al.*, 2018).

O foco das publicações analisadas perpassou pelos riscos potenciais do uso de sedação e analgesia e a utilização de protocolos pelos profissionais de saúde na gestão da assistência à criança hospitalizada em UTIP. Diante disso, é preciso aumentar o conhecimento acerca desse assunto para melhorar a prática e a qualidade do cuidado de enfermagem, de modo a permitir sua participação ativa na equipe multidisciplinar.

Ressalta-se que os estudos trazem a importância da prática assistencial da equipe de enfermagem diante da avaliação das reações adversas do uso de analgésicos e sedativos em UTIP. Desse modo, é preciso uma atuação mais presente e autônoma da enfermagem dentro da equipe de saúde, de modo a fornecer uma discussão clínica e tratamento mais seguro e eficaz para as crianças internadas na referida unidade.

### 1.3 Questões Norteadoras, Objeto e Objetivos

Diante do que foi exposto, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: Quais são as reações adversas identificadas pelo profissional de enfermagem no uso de sedativos e analgésicos em UTIP? Qual é a prática assistencial da enfermagem prestada à criança diante destas reações adversas?

Delimitou-se, então, como **objeto** deste estudo: a identidade do cuidado de enfermagem frente às reações adversas do uso de analgésicos e sedativos nas crianças gravemente doentes.

Collière (1999) atribui como identidade do cuidado de enfermagem a própria prática do cuidado de enfermagem. Dessa maneira, cuidar é tido como um ato de

reciprocidade do profissional para todo indivíduo que precisa de auxílio para a manutenção de suas necessidades vitais.

Objetivos:

- Descrever as reações adversas do uso de sedativos e analgésicos identificadas pela equipe de enfermagem;
- Analisar a prática do cuidado da equipe de enfermagem frente às reações adversas do uso de sedativos e analgésicos nas crianças;
- Discutir as implicações da prática do cuidado da enfermagem prestada à criança que apresenta reações adversas no uso de analgésicos e sedativos.

#### **1.4 Contribuições do Estudo**

Este estudo visa contribuir nas seguintes esferas: para a assistência, pretende refletir a prática da sedação e analgesia dentro de UTIP sob a ótica da equipe de enfermagem. Para a pesquisa, a maior contribuição, visa fornecer subsídio para a prática, baseado em evidência, sobre a avaliação e manejo adequado do uso de analgésicos e sedativos. No ensino, pretende-se ser uma fonte bibliográfica que gerará e distribuirá conhecimento técnico-científico para um cuidado menos traumático, além de proporcionar aos profissionais maiores conhecimentos científicos sobre as possíveis reações adversas do uso prolongado de analgesia e sedação.

O estudo também pretende fornecer subsídios para outras pesquisas sobre o tema no Grupo de Pesquisa Saúde da Criança – Cenário Hospitalar e no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente (NUPESC), do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da EEAN/UFRJ.

A temática do estudo se enquadra na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, e atualizada em 2018, no item “análise do cenário atual e experiências de sustentabilidade, eficiência e bons resultados da Atenção Hospitalar do SUS” (Brasil, 2018), por entender que tais experiências são importantes diante da prática de enfermagem no uso de sedativos e analgésicos para garantir e fortalecer a política de segurança da criança.

Assim, os sistemas de saúde são vistos como sustentáveis quando operam por um sistema organizacional com capacidade para mobilizar e alocar recursos materiais e humanos suficientes e apropriados a longo prazo, visando atender às necessidades do indivíduo (Alves *et al.*, 2019).

## **1.5 Fundamentação Teórica**

### ***1.5.1 Utilização de Sedativos e Analgésicos em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica***

A sedação diminui o estado de consciência, enquanto a analgesia reduz ou elimina a percepção da dor. Diversos analgésicos possuem algum efeito sedativo, entretanto poucos sedativos possuem efeitos analgésicos (Harris *et al.*, 2016). É fundamental tanto diferenciar a sedação da analgesia quanto saber diferenciar as necessidades de uma, de outra ou de ambas.

O estudo de Daverio *et al.* (2022) afirma, em seu resultado, que os medicamentos de primeira escolha mais utilizados dentro das UTIP europeias são fentanil e midazolam, para analgesia e sedação, respectivamente. Sendo esta combinação a mais comum entre opioides e benzodiazepínicos. Morfina e midazolam foram a segunda combinação preferida dentro das UTIP. Além disso, os medicamentos de segunda opção mais utilizados para analgesia e sedação foram a cetamina e a dexmedetomidina. Quando a sedação era difícil, os medicamentos mais usados foram cetamina, propofol e dexmedetomidina.

Um painel multiprofissional de intensivistas pediátricos italianos especialistas em analgesia e sedação em crianças gravemente doentes internadas em unidade de terapia intensiva – que inclui pediatra, neuropsiquiatra, psicólogo, neurologista, farmacologista, anesthesiologista, dois enfermeiros intensivistas e um metodologista – criaram recomendações dentro desta temática, sendo, uma delas, a atenção para os fatores de risco modificáveis, particularmente reduzindo o uso de benzodiazepínicos (Amigoni *et al.*, 2022). Esta é uma recomendação considerada forte e tem como justificativa, especialmente, o controle de delírio e síndrome de abstinência.

A síndrome de abstinência, segundo o referido estudo, é o conjunto de sintomas ocasionados pela retirada abrupta de medicamentos que induzem tolerância e/ou

dependência e é caracterizada por sinais do sistema neurológico central, gastrointestinal e autônomo do sistema nervoso.

A incidência de síndrome de abstinência por uso de opiáceos e benzodiazepínicos varia entre 22,6 e 64,6%, sendo esta alta incidência relatada em um estudo prospectivo multicêntrico realizado em UTIP italianas (Amigoni *et al.*, 2017).

Best *et al.* (2015) e Duceppe (2019) ressaltam que os fatores de risco mais conhecidos para a síndrome de abstinência em crianças são a duração dos medicamentos por infusão contínua e as doses cumulativas administradas. Além disso, Madden (2017) destaca o desenvolvimento desta síndrome após uma infusão com menos de 5 dias.

Outra recomendação de grau forte feita por Amigoni *et al.* (2022) trata dos fatores de risco modificáveis da síndrome de abstinência, especialmente de modo a evitar o desmame superior a uma redução diária de 20% em relação à dose inicial. Considerando a prevenção, os estudos indicam a eficácia dos protocolos orientados por enfermeiras na redução da dose cumulativa, sobretudo benzodiazepínicos, por meio da utilização de ferramentas de monitoramento validadas (Hanser *et al.*, 2020; Larson; Mckeever, 2018; Keogh; Long; Horn, 2015; Neunhoefffer *et al.*, 2015). Assim, o desmame deve ser implementado de forma planejada e com uma equipe especializada.

Outra reação adversa mencionada dentro de alguns estudos é o delírio que, segundo a Associação Europeia de Delírio (2014), é uma disfunção cerebral aguda que pode ocorrer em pacientes graves e está relacionado ao aumento do tempo de internação em Unidades de Terapia Intensiva, maior risco de mortalidade e maior tempo de ventilação mecânica.

De acordo com a quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5), para diagnóstico são considerados: alteração neurológica de início agudo e de percurso flutuante durante o dia, e distúrbio de atenção e alteração de cognição (Araújo; Latufo, 2014). Em crianças, está associado a distúrbios motores, comportamentais e de percepção (Meyburg *et al.*, 2017).

Os fatores de risco relacionados ao delírio ainda são pouco descritos quando se trata da população infantil. Entretanto, a presença de dor, ansiedade pela separação, ausência do cuidador, admissão em UTIP, medicações anticolinérgicas, privação do sono, procedimentos de rotina e uso de sedativos e analgésicos estão entre os fatores citados (Harris *et al.*, 2016).

A prevalência e o diagnóstico de delírio em crianças não estão bem estabelecidos por conta, principalmente, das limitações de ferramentas de triagem (Barbosa *et al.*, 2018).

### ***1.5.2 Instrumentos de avaliação de reações adversas em crianças que estão utilizando analgésicos e sedativos***

No estudo de Grant *et al.* (2012), obteve-se que os eventos mais frequentes dentro das UTIP são a gestão inadequada da sedação (30%) e manejo inadequado da dor (26%). Atualmente, existem ferramentas que avaliam as reações adversas para o uso de analgésicos e sedativos.

Dentre estas ferramentas, destaca-se a Escala *Withdrawal Assessment Tool - Versão 1* (WAT-1). Essa escala foi desenvolvida por Franck e colaboradores em 2008, validada em 2011 e traduzida para o português em 2013. É utilizada por meio da coleta de dados e análise dos parâmetros em momentos distintos, antes e após a aplicação de estímulo tátil, na observação das respostas e tempo de recuperação após o estímulo aplicado. São avaliados 11 sintomas, como: vômito, diarreia, bocejo/espirros, temperatura corporal, estado comportamental, tremores, sudorese, tônus muscular, movimentos coordenados, resposta aos estímulos táteis e tempo de retorno a tranquilidade. A pontuação varia de 0 até 12 pontos, sendo que um resultado maior que três indica síndrome de abstinência. A avaliação é iniciada no primeiro dia do desmame de medicamentos e aplicada duas vezes ao dia, até 72 horas após a última dose dos sedativos e analgésicos. A sensibilidade da WAT-1 é de 87% e a especificidade de 88% em crianças internadas em UTIP (Fernandéz-Carrion, 2013).

Outra ferramenta que pode ser citada é a *Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale* (SOS). Tal escala foi construída em 2009, na Holanda, validada em 2013, e traduzida em 2018 para língua portuguesa brasileira. A SOS é composta por 15 itens de sinais e sintomas durante a abstinência aos opioides, benzodiazepínicos e ambos, sendo eles: taquicardia, taquipneia, hipertermia, sudorese, agitação, ansiedade, tremores, distúrbio motor, tônus muscular, choro inconsolável, caretas, insônia, alucinações, vômitos e diarreia. O ponto de corte é igual ou superior a quatro, considerando essa pontuação uma alta probabilidade de síndrome de abstinência. A

sensibilidade da SOS é de 83% e especificidade de 95% para crianças internadas em estado crítico em UTIP (Ista *et al.*, 2017). As ferramentas WAT-1 e SOS fornecem uma maior compreensão científica sobre a síndrome de abstinência.

Uma ferramenta que tem o objetivo de diagnosticar todos os tipos de delírio em todas as faixas etárias pediátricas é a *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (CAPD). Esta escala foi recomendada pela *European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care* (ESPNIC) para a avaliação de diagnóstico de delírio em crianças e lactentes desde 2016, com nível de recomendação A. A tradução e adaptação para a língua portuguesa do Brasil ocorreu em 2018. A CAPD é composta por oito itens a serem observados e pontuados de 0 a 4, sendo positivo para delírio quando a pontuação total for igual ou maior que nove pontos (Barbosa *et al.*, 2018).

Diferentemente das citadas anteriormente, a escala *Comfort Behavior* (Comfort-B) permite avaliar e prevenir excessos na sedação em crianças que utilizam ventilação mecânica e analisa parâmetros subjetivos e objetivos, com variáveis que se alteram conforme a instabilidade. Ela foi validada para o português em 2008 e é considerada extensa e complexa devido à quantidade de variáveis, como: Pressão Arterial Média (PAM), Frequência Cardíaca (FC), tônus muscular, tônus facial, nível de consciência, agitação/calma, movimentos respiratórios e movimento físico (Soares *et al.*, 2014).

### ***1.5.3 Diretrizes e Recomendações sobre Analgesia e Sedação em Crianças Internadas em Terapia Intensiva***

A primeira diretriz de consenso para crianças gravemente doentes foi publicada em 2006 por um grupo de trabalho multidisciplinar de sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular da Sociedade de Terapia Intensiva Pediátrica do Reino Unido (Playfor *et al.*, 2006). Este grupo é amparado pela Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Reino Unido e conta com 13 funcionários, incluindo médicos, farmacêuticos e enfermeiros da UTIP.

As recomendações são apresentadas em formas de domínios, sendo o primeiro as intervenções não farmacológicas que incluem os fatores ambientais, relaxamento, distração, promoção do sono e orientação dia-noite. Além disso, os autores relatam que quaisquer fatores ambientais e fatores físicos corrigíveis que causem desconforto devem ser abordados juntamente com agentes farmacológicos e um padrão de sono deve ser

encorajado, atentando-se a iluminação, ruídos ambientais e orientação temporal dos pacientes (Playfor *et al.*, 2006).

O segundo domínio é a avaliação da dor e manejo analgésico, que conta com as recomendações de que todas as crianças gravemente doentes têm direito a um alívio adequado de sua dor; técnicas anestésicas locais e regionais devem ser consideradas e um dispositivo de analgesia controlada pelo paciente pode ser útil em crianças mais velhas (Playfor *et al.*, 2006).

O terceiro domínio denomina-se a avaliação da sedação e agentes sedativos comumente utilizados em UTIP e têm também, entre suas recomendações, a avaliação da dor. Tanto a dor quanto o nível de sedação deve ser regularmente avaliado com uma escala apropriada à idade do paciente e documentada rotineiramente. Além disso, o nível de sedação adequado deve ser individualizado e o relato do paciente sobre seu nível de dor deve ser respeitado. Para os pacientes que não conseguem se comunicar, deve-se avaliar quanto à presença de comportamentos e indicadores fisiológicos da dor. Outra recomendação é o estabelecimento de um plano terapêutico para analgesia individualizado e regularmente revisado (Playfor *et al.*, 2006).

O quarto domínio é a avaliação, prevenção e manejo da síndrome de abstinência. Esse domínio assinala que o potencial para a síndrome de abstinência de opioides e benzodiazepínicos deve ser considerado após 7 dias de terapia contínua e, quando subsequentemente descontinuadas, as doses podem ser rotineiramente reduzidas (Playfor *et al.*, 2006).

Mais recentemente, Amigoni *et al.* (2022) desenvolveram recomendações baseadas em evidências para profissionais que cuidam de crianças internadas em UTIP e necessitam de analgesia e sedação. Este estudo durou dois anos e contou com um diverso painel profissional de intensivistas pediátricos italianos especialistas em analgesia e sedação, sendo um pediatra, um neuropsiquiatra, um psicólogo, um neurologista, um farmacologista, um anestesista, dois enfermeiros de cuidados intensivos e um metodologista.

Foram geradas 17 recomendações, dentre elas: otimizar a analgesia; adotar protocolos de analgesia e sedação para administrar a dose mínima efetiva de medicamentos visando reduzir a tolerância e a incidência de analgesia e sedação difícil, além de interromper diariamente a sedação, mas com cautela; monitorar regularmente o nível de sedação e analgesia em crianças internadas em UTIP com instrumentos validados; adotar estratégias para prevenir alterações do sono em todas as crianças

admitidas em UTIP, especialmente as medidas não farmacológicas como técnicas de relaxamento, envolvimento parental e controle de fatores ambientais; trabalhar os fatores de risco modificáveis, sobretudo reduzindo os benzodiazepínicos; monitorar diariamente o *delirium* em crianças internadas em UTIP com instrumentos validados; trabalhar os fatores modificáveis da síndrome de abstinência, evitando, em especial, o desmame superior a uma redução diária de 20% da dose inicial; monitorar regularmente os sintomas de abstinência em crianças criticamente enfermas que fazem uso de analgésicos e/ou sedativos por mais de 72h com instrumentos validados; explicar aos responsáveis pela criança o significado de analgesia e sedação e, quando estas durarem mais de 48h, informá-los sobre o risco de síndrome de abstinência e *delirium* (Amigoni *et al.* 2022).

## 1.6 Referencial Teórico: o modelo do Cuidado de Marie-Françoise Collière

O referencial teórico está baseado no eixo de Identidade dos Cuidados de Enfermagem por Collière (1999, 2003).

Marie-Françoise Collière nasceu em 6 de abril de 1930, na Argélia, e faleceu em 27 de janeiro de 2005, na França. Foi historiadora, enfermeira, docente e ativista. Como professora, lecionou entre 1965 e 1994 na Universidade Lumière de Lyon II, no curso de mestrado de Ciências e Técnicas Sanitárias e Sociais. Foi habilitada com o grau de Mestre em Cuidados de Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade Estadual de Wayne, em Detroit (EUA) e obteve o Diploma de Estudos Avançados de História das Civilizações pela Universidade de Jussieu, em Paris.

Collière escreveu diversos trabalhos, entre eles *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem* (1999) e *Cuidar... a primeira arte da vida* (2003), que foram incluídos neste estudo. Collière foi pioneira ao introduzir na França, em 1965, a utilização da etno-história para abordar as situações de cuidados. Além disso, fez parte do quadro permanente de peritos da Organização Mundial de Saúde em cuidados de enfermagem de 1973 a 1996.

Collière (1999) dividiu seus estudos em três eixos principais, sendo eles: (1) Identidade dos cuidados de enfermagem; (2) Fundamentos culturais dos cuidados e (3) Natureza dos cuidados que acompanham as grandes passagens da vida. Nesta dissertação, será aplicado o eixo da identidade dos cuidados de enfermagem.

De acordo com Collière (1999), para compreender o significado primordial do cuidado, que é o de manter, garantir e desenvolver a continuidade de vida dos seres vivos, é preciso conhecer a história por trás desse cuidado. Trata-se de uma prática que surge na era cristã e é concebida, em especial, por mulheres consideradas curandeiras. Anteriormente, a prática do cuidado era desprovida de saberes e privada de uma renovação de conhecimentos, o que a fez ser considerada subalterna e sem valor social e econômico. Sob impacto da pressão médica, esse cenário muda e o cuidar se transforma em uma função de tratamento denominada cuidado de enfermagem.

Cuidar é uma função insubstituível e vital e, mesmo possuindo todos os requisitos para apropriar-se dessa função e com mais de um século de profissionalização, a enfermagem ainda procura a identidade do seu campo de competência e dos seus cuidados (Collière, 1999). Para Collière (2003), cuidar é diferente de tratar, já que o foco do ato de tratar é a doença e do cuidar está na pessoa que precisa de cuidados, não devendo nunca o tratamento substituir os cuidados.

A enfermagem precisa encontrar a sua identidade em relação à rede que pertence: a dos cuidados de enfermagem. Assim, é necessário identificar as características desses cuidados e determinar o seu campo de competência, com o intuito de ter sua contribuição sanitária e social reconhecida, de os usuários desse cuidado saberem o que esperar e dos prestadores poderem exigir condições básicas e necessárias para a sua prestação (Collière, 1999).

A atribuição de uma profissão é a forma com que o profissional age, vive, sente e o que faz no exercício de expressar sua função. Assim, cada membro da equipe de enfermagem desempenha sua função de forma distinta e de acordo com seu jeito de ser, fazer e conceber o cuidado, ao menos que seja identificado profissionais que exercem suas atribuições profissionais de forma automatizada, sem capacidade de reflexão, criatividade e iniciativa (Collière, 1999).

Collière (1999, p. 241) traz como finalidade do cuidado de enfermagem:

[...] consiste em permitir, aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social que acarreta (Collière, 1999, p. 241).

No que tange a competência de enfermagem, a referida autora (1999) menciona o domínio dos cuidados situados no cruzamento entre a pessoa, a limitação ou sua doença, as pessoas à sua volta e o meio no qual ela está inserida. Dessa forma, de três a quatro elementos estão presentes no contexto de cuidado: a pessoa ou sua história, a doença ou acontecimento memorável, as implicações que a doença causa ou preocupações diante de um acontecimento e o meio social e ambiental (Collière, 2003).

Fazendo alusão à temática deste estudo, a criança hospitalizada por doença grave, seja aguda ou crônica agudizada, sai do seu contexto social e ambiental, que inclui família, amigos, escola, entre outros, e passa a necessitar de cuidados especializados. Assim, o cuidado desenvolvido pela equipe enfermagem dentro de uma UTIP reflete o conhecimento que o profissional adquiriu durante sua formação e experiências tanto profissionais quanto pessoais.

Além disso, é preciso que a enfermagem reconheça sua autonomia e identidade para garantir o cuidado com a criança gravemente enferma em uso de sedativos e analgésicos, tendo em vista que a profissão que prescreve os medicamentos é a equipe médica, mas a administração fica sob a responsabilidade da equipe de enfermagem.

É preciso, também, entender que Collière, em seus trabalhos, tem foco na figura da profissional enfermeira, que realizou o ensino superior em enfermagem, não contendo o profissional técnico de enfermagem que, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2023), se trata do titular do diploma de Técnico de Enfermagem, que exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participação no planejamento da assistência de Enfermagem. A não inclusão deste profissional se dá pelo contraste cultural entre a realidade da autora e a brasileira, na qual, nesta última, tal profissional possui grande importância dentro do serviço, desenvolvendo e participando do processo de administração dos analgésicos e sedativos na UTIP.

## 2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

### 2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2017), se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas. Assim, todo participante da pesquisa deve ter sua opinião valorizada, porém, sem ser considerada definitiva, uma vez que o indivíduo não se esgota e seu discurso precisa ser delimitado a partir de outros pensamentos, pois é indicador do grupo em que está incluído (Minayo, 2017).

Minayo (2017) também ressalta que, na pesquisa qualitativa, os participantes agregam identidades sociais e pessoais entre si e, por isso, a fala de um sujeito é um depoimento pessoal e coletivo ao mesmo tempo.

### 2.2 Cenário do Estudo

O cenário do estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de uma Instituição pública de ensino, pesquisa e assistência, referência em doenças crônicas e raras na infância, que atende crianças e adolescentes<sup>3</sup> provenientes da demanda interna e externa através do sistema de regulação. A escolha desse cenário se deu por conta do uso de medicamentos sedativos e analgésicos frequentemente e/ou por longo período, o que pode ocasionar reações adversas como a síndrome de abstinência, delírio, entre outras.

Esta UTIP possui seis leitos de crianças e adolescentes com casos clínicos e cirúrgicos, com idades entre zero e 17 anos completos. Um desses leitos geralmente é utilizado para casos de síndrome respiratória aguda. Além disso, a UTIP é formada por equipe multiprofissional, o que inclui profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Também é uma Instituição formadora de profissionais com programas de pós-graduação *lato sensu* nos moldes de residência multiprofissional e *stricto sensu*.

A equipe de enfermagem conta com três plantões diurnos e três noturnos, contendo, pelo menos, um enfermeiro e três ou quatro técnicos de enfermagem por

---

<sup>3</sup> Durante a realização deste estudo, não houve paciente adolescente hospitalizado na UTIP.

plantão. A escala conta com profissionais servidores e contratados, apresentando diferença de carga horária entre eles. Ambos possuem uma escala fixa de 12x60, entretanto, os contratados realizam mais três plantões, denominados complementações. Além disso, há uma enfermeira chefe e uma rotina que estão presentes de segunda a sexta-feira, com uma folga por semana cada uma.

O acompanhante principal tem direito a uma vaga no alojamento que é dividido entre esta UTIP e outras unidades do hospital, como a Unidade de Terapia Intensiva Neo-Cirúrgica. Por conta dessa distribuição, é comum alguns responsáveis não conseguirem vaga no referido alojamento, sendo, então, disponibilizadas cadeiras para o descanso. Esses acompanhantes têm o direito de ficar 24h do dia no cenário, porém é solicitada a sua retirada em momentos específicos dos cuidados, assim como durante as trocas de plantões e reuniões multiprofissionais (*rounds*).

Ademais, a maioria dos medicamentos sedativos e analgésicos são preparados no próprio cenário, sendo uma exceção o cloridrato de dexmedetomidina (precedex), que, apesar de haver ampolas na unidade para alguma intercorrência e/ou início de uso, é um medicamento manipulado no setor da farmácia e entregue para a equipe de enfermagem quando a criança apresenta uma prescrição médica contendo esse medicamento.

### **2.3 Participantes do Estudo**

Fizeram parte do estudo 15 participantes, sendo sete enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, alocados na UTIP, que foram captados aleatoriamente de acordo com a disponibilidade e aceite em participar do estudo como voluntário.

Os critérios de inclusão foram: ser membro da equipe de enfermagem da UTIP, tanto servidores públicos quanto terceirizados, que estejam exercendo a função de plantonista (diurno e noturno), diarista ou chefia. Foram excluídos os profissionais de enfermagem que não faziam parte da escala do setor ou encontravam-se escalados temporariamente cobrindo licença médica e/ou férias.

### **2.4 Procedimentos Metodológicos**

Para coletar os dados, empregou-se a técnica de entrevista, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A), o formulário de caracterização dos participantes (Apêndices B e C), o roteiro de observação não participante, como diário

de campo (Apêndice D) e o formulário para coleta de informações nos prontuários (Apêndice E).

As entrevistas foram conduzidas individualmente e o roteiro semiestruturado aplicado apresentava perguntas relacionadas à identificação dos sinais e sintomas de reações adversas no uso de analgésico e sedativo, a descrição das práticas do cuidado de enfermagem relacionadas a temática e a atuação deste profissional mediante a identificação de reações adversas.

A entrevista caracterizada como semiestruturada é aquela em que o pesquisador organiza um conjunto de questões sobre o tema estudado, mas permite que o participante fale livremente sobre assuntos que surgem (Gerhardt *et al.*, 2009). Assim, é utilizado um roteiro flexível para que o entrevistado possa discorrer subjetivamente sobre a questão aplicada, enquanto o pesquisador anota as respostas na frente do participante (Lüdke; André, 2004; Gil, 2009).

O formulário de caracterização dos participantes foi utilizado para contextualizar e analisar os achados. Foram dois formulários, um voltado para o enfermeiro e outro para o técnico de enfermagem cujas informações foram: o tempo de experiência na UTIP do cenário do estudo, o tempo de formação, qualificação profissional, o vínculo empregatício, o sexo e a idade e cursos de atualização sobre a temática do estudo. Destaca-se que no formulário para o participante enfermeiro incluiu-se o item relacionado à titulação profissional e outra graduação, já no formulário para o técnico de enfermagem, adicionou-se o item de formação relativa à graduação e em qual área.

A observação não participante, segundo Cervo, Bervian e Silva (2007), acontece quando o pesquisador assume a posição de observador e expectador, evitando se envolver com o objeto que está sendo observado. Nesse sentido, o papel do observador é de permanecer atento aos eventos que acontecem ao seu redor e que podem demonstrar informações essenciais que respondam aos objetivos da pesquisa. As principais vantagens é a neutralidade, espontaneidade e objetividade na visão do pesquisador.

Durante a observação não participante foi utilizado o diário de campo que teve como finalidade obter informações detalhadas sobre a atuação da enfermagem diante das reações adversas nos diferentes momentos do cuidado, tais como higiene corporal, administração de medicamentos, exame físico e “*round* multiprofissional” (no qual ocorre a participação do profissional de enfermagem, dos médicos, assistentes sociais, fisioterapeuta e nutricionista nas decisões e discussões clínicas relacionadas à criança).

A consulta ao prontuário foi empregada para obter dados sobre o uso de dispositivos invasivos, os medicamentos sedativos e analgésicos prescritos e administrados, o tempo de uso desses medicamentos e o registro indicando a existência de reações adversas do uso prolongado de sedativos e analgésicos, bem como da prática da enfermagem frente aos sinais de reações adversas do uso de sedação e analgesia. Dessa forma, foram lidos os registros de enfermagem, o diagnóstico médico, os medicamentos utilizados e o tempo de uso desses medicamentos durante a internação da criança na UTIP. Quando a criança recebia alta do setor, esses dados não eram mais coletados.

Segundo Silva *et al.* (2019), o prontuário é “um local de centralização e integração de informações sobre a evolução clínica dos pacientes”, ou seja, é um documento que agrega todas as informações sobre as condutas profissionais e sobre a necessidade de saúde do paciente.

Destaca-se a triangulação de técnicas que, segundo Marcondes e Brisola (2014), permite que o pesquisador possa desfrutar de três técnicas ou mais com o intuito de ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa.

## **2.5 Coleta de dados**

Uma vez aprovado o projeto no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), no dia 6 de abril de 2023, informou-se à responsável do setor sobre os objetivos da pesquisa e sua aprovação no CEP e a profissional foi consultada sobre a escala de serviço da enfermagem para selecionar os prováveis participantes. Foram contatados alguns profissionais que atuavam naquele momento na unidade, para saber da sua participação como voluntário da pesquisa, de modo a marcar um encontro para a entrevista. No entanto, três desses profissionais pediram para serem entrevistados naquele momento, devido à ausência de intercorrências no plantão. Diante o aceite dos profissionais que estavam de plantão, foi solicitado à cada um que se encaminhasse à sala de repouso da enfermagem, por sugestão do próprio grupo. Neste primeiro dia de coleta, foi feita a validação do roteiro de entrevista, a fim de identificar a necessidade de ajuste das perguntas. Assim, foi acrescentada a pergunta: “Você teria alguma coisa a mais para me informar sobre este assunto?”

A partir deste primeiro momento, os dias subsequentes utilizados para a coleta da entrevista seguiu-se da mesma forma, primeiro me identificando como pesquisadora,

perguntando se seria possível a entrevista e quando disponíveis, por fim, eram entrevistados individualmente. Foram convidados 16 profissionais de enfermagem, tendo apenas um profissional técnico de enfermagem recusado a participar. As entrevistas duraram, em média, 15 minutos.

No momento da entrevista, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice F) em conjunto com a pesquisadora de modo a sanar possíveis dúvidas. Ao final da leitura, eles assinavam aceitando ser participantes da pesquisa e, então, iniciava-se o preenchimento do formulário de caracterização dos participantes, em seguida, a entrevista era realizada. Todas as entrevistas foram gravadas.

Os participantes enfermeiros foram identificados pela letra “E” e o técnico de enfermagem pelas letras “TE”, seguidas do número cardinal de acordo com a sequência da entrevista (E1, E2, ...; TE1, TE2, ...). O período da entrevista ocorreu do dia 11 de abril de 2023 a 19 de maio de 2023.

As entrevistas foram cessadas quando houve a saturação teórica dos dados. De acordo com Nascimento *et al.* (2018), a coleta de dados está saturada quando o acréscimo de novas informações se torna desnecessário por não mudar a compreensão do fato que está sendo estudado e é considerada um critério que estabelece a validade de um conjunto de dados. É um processo de validação objetiva em pesquisas que adotam métodos, abordam temas e coletam informações em setores e áreas onde é desnecessário o tratamento probabilístico da amostra. Além disso, a forma mais comum de uso do critério de saturação teórica dos dados é diante do emprego da entrevista semiestruturada com respostas em aberto, na qual o pesquisador identifica os tipos de resposta, anota as repetições e, quando nenhum novo conteúdo ou tema é registrado, constata-se o ponto da saturação (Nascimento *et al.*, 2018).

As repetições foram em relação aos sinais e sintomas que o profissional de enfermagem observava na criança, a comunicação entre os profissionais de enfermagem e medicina e o uso de pequenas doses de sedativos prescritas durante a manipulação da criança. Tal saturação foi percebida a partir da nona entrevista. Além disso, houve a saturação do universo amostral dos profissionais enfermeiros devido ao quantitativo de participantes entrevistados ser quase a totalidade de possibilidades de entrevista, faltando apenas um profissional que se encontrava de férias para a totalidade.

No que se refere à técnica de observação não participante, esta foi realizada em três períodos na tentativa de obter cuidados de enfermagem em momentos diferentes,

sendo uma realizada no horário da manhã, outra durante a tarde e a terceira no início do plantão noturno. Pela manhã, foram observados os seguintes cuidados: verificação dos sinais vitais, *round* multiprofissional, higiene corporal, exame físico, passagem de plantão e administração de medicamentos. No período da tarde, foram observados o exame físico e a administração de medicamentos. No horário da noite, foi observada a troca de fralda (Quadro 4). A observação de cada procedimento durou, em média, 25 minutos e, durante essa observação, foi utilizado o diário de campo, que consistiu em um caderno onde foi anotado o material da observação. Posteriormente, os dados foram digitados em um documento Microsoft Word.

**Quadro 4** – Momentos de observação

<b>Observação</b>	<b>Cuidados de Enfermagem</b>	<b>Data</b>	<b>Período</b>
1º momento (6 cuidados de enfermagem)	- Passagem de plantão - Exame Físico - Verificação de Sinais Vitais - Higiene Corporal - Administração de medicamentos - Comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional (através do <i>round</i> e comunicação durante o cuidado)	20.04.2023	Manhã, no horário entre 7 h e 12 h.
2º momento (1 cuidado de enfermagem)	- Troca de fralda	22.05.2023	Noite, no horário entre 19 h 20 min e 21 h.
3º momento (3 cuidados de enfermagem)	- Troca de fralda - Administração de medicamentos - Verificação de Sinais Vitais	30.05.2023	Período da tarde, entre 13 h e 16 h.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Nos dias planejados para a observação, a pesquisadora se apresentava aos profissionais informando que estaria na unidade para coletar dados da pesquisa. Portanto, não houve participação nos cuidados ou qualquer envolvimento com a equipe de plantão e com a criança hospitalizada e sua família.

Para coletar os dados do prontuário, foi necessário fazer um diagnóstico situacional das crianças previamente a fim de identificar aquelas que fizeram – ou ainda faziam – uso de sedativos e analgésicos, bem como as que apresentavam reações adversas. Esse diagnóstico foi realizado através de questionamento verbal aos profissionais de saúde da unidade para confirmar se as crianças internadas faziam uso de sedativos e analgésicos. Uma vez identificadas essas crianças, foram solicitadas autorizações dos responsáveis legais pela criança para que fosse possível o acesso aos dados. Desse modo, foram dadas informações sobre o estudo aos responsáveis, lido o TCLE (Apêndice G) e, após as assinaturas, a pesquisadora coletava os dados necessários no prontuário. Foram separados o total de cinco prontuários e os dados foram coletados no período entre abril e junho de 2023. Para garantir o anonimato, utilizou-se a letra “C” de criança seguida do número cardinal de acordo com a sequência de coleta (C1, C2, ...).

## 2.6 Análise de dados

Os dados advindos do formulário de caracterização dos participantes e os dados coletados no prontuário das crianças foram armazenados em planilhas distintas do programa Microsoft Excel, de modo a facilitar a visualização de todos os dados de cada participante e crianças. Os dados foram importantes para contextualizar as características dos participantes e das crianças com relação ao objeto de estudo.

Os dados derivados das entrevistas e da observação não participante foram todos transcritos pela própria pesquisadora, a fim de se obter o *corpus* documental para análise lexical e lematização, que foram realizadas com o apoio do *software* Iramuteq, para, após, ser feita, pela autora, a Análise Textual Discursiva mais detalhada. Tal programa é livre e ancorado no *software* R e na linguagem Phyton, possibilitando diversos processos e análises estatísticas de textos produzidos. Neste estudo, foi utilizada a versão 0.7 alpha 2.

O Iramuteq também propõe que se supere a divisão clássica entre quantitativo e qualitativo pois possibilita que se quantifique e aplique cálculos estatísticos sobre variáveis qualitativas, no caso, as entrevistas. Além disso, o programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas mais simples, como o cálculo de frequência de palavras, até análises de diversas variáveis (Camargo; Justo, 2013; Lowen *et al.*, 2015).

A agilidade, eficiência, oportunidade de análises mais robustas e com rigor estatístico são as principais vantagens do uso desse *software*. Ademais, a análise lexical consiste em um tipo específico de análise de dados realizada pelo Iramuteq sob comandos próprios com diferentes possibilidades de processar os dados – no caso deste estudo, as entrevistas e as observações não participantes –, transformando-os em segmentos de textos (ST). Assim, é identificada a frequência das palavras e criado um dicionário de formas ativas, suplementares e eliminadas que permite análises estatísticas (Acauan *et al.*, 2020).

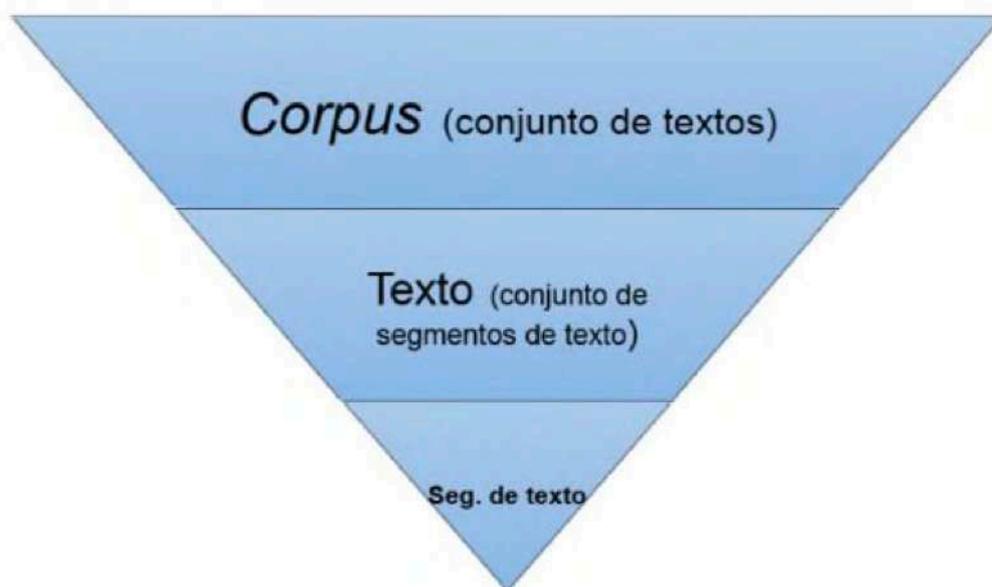
Para alcançar os objetivos da utilização do Iramuteq, o banco de dados que constitui o *corpus* de análise deve ser lido, corrigido, configurado e revisado pelo pesquisador com a finalidade de obter a maior porcentagem de aproveitamento das palavras, sendo 70% o mínimo para garantir que o corpus apresenta boa aplicabilidade (Camargo; Justo, 2013).

A partir de um único arquivo, denominado *corpus*, foram organizadas todas as entrevistas com os profissionais de enfermagem entrevistados e as observações não participantes realizadas no cenário do estudo. Cada entrevista e cada observação foi caracterizada como um texto e o conjunto desses textos constituiu o *corpus* de análise desta pesquisa. Para melhor compreensão, é apresentado, a seguir, as definições de *corpus*, texto e segmento de texto de acordo com Camargo e Justo (2013):

- *Corpus*: é um conjunto de textos construídos pelo pesquisador e que forma o objeto de análise.
- Texto: a definição é feita pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. Se a análise vai ser aplicada a um conjunto de entrevistas, cada uma delas será um texto.
- Segmento de Texto: são fragmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio *software*, em função do tamanho do *corpus*. Os segmentos de textos são considerados o ambiente das palavras. Numa análise padrão, após reconhecer as indicações dos textos a serem analisados, o *software* Iramuteq divide os textos do *corpus* em segmentos de texto.

A Figura 1, extraída do manual de uso do Iramuteq, demonstra a proporcionalidade e correlação entre os termos apresentados.

**Figura 1** – Correlação entre *corpus*, texto e segmento de texto do *software* Iramuteq



Fonte: Camargo e Justo, 2013.

O *software* viabiliza diversos tipos de análises estatísticas de dados textuais e matrizes, que são organizados e distribuídos de forma visualmente clara e facilmente compreensível por meio de gráficos, quadros e tabelas gerados pelo *software*, facilitando a exploração, busca e associação entre as palavras existentes nos textos (Acauan *et al.*, 2020). Ao todo, o programa permite cinco tipos de análises, sendo: estatísticas textuais clássicas – lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras); pesquisa de especificidades de grupos; análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente – CHD); Análise Fatorial de Correspondência (AFC); análises de similitude e nuvem de palavras.

Os recursos utilizados para a realização deste estudo foram a análise lexicográfica clássica, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

A Análise Lexicográfica Clássica identifica e reformata as unidades de texto de modo a transformar os números de textos em número de segmentos de texto e

identificar a quantidade de palavras, frequência média e hápax (quantidade de palavras que aparece apenas uma vez). Além disso, pesquisa o vocabulário e reduz palavras com base em suas raízes (lematização), cria dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares (Camargo; Justo, 2013).

A CHD, método de Reinert, é um tipo de análise qualitativa que procura obter classes de palavras através de dados textuais que apresentam significado semelhante entre si e diferente nos segmentos de textos das outras classes. Este método sistematiza a análise dos diferentes textos em um dendrograma que organiza as classes de maneira gráfica e suas possíveis associações de acordo com o radical da palavra e o contexto que ela aparece (Garbin *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2018). Assim, a partir do *corpus*, esse mecanismo faz o dimensionamento dos Segmentos de Texto classificados em função dos vocabulários de maior frequência e de valores de qui-quadrado mais elevados na classe, com a finalidade de compreender os vocábulos mais significativos para a análise qualitativa dos dados. Dessa forma, compreende-se que quanto menor o cálculo do qui-quadrado, menor será a relação entre as variáveis (Camargo; Justo, 2013; Lowen *et al.*, 2015; Nogueira *et al.*, 2019)

Já a AFC só é possível após a CHD por esta não poder ser realizada apenas aos dados textuais sem considerar os dados da CHD. Na AFC pode-se verificar as associações de dependência e independência entre as classes por meio da proximidade ou distanciamento entre as variáveis. O plano cartesiano permite visualizar estes níveis de dependência e independência das classes. Logo, as correspondências de dependência ocorrem em duas ocasiões: as categorias se encontram presentes no mesmo quadrante e as categorias estão próximas das linhas e/ou colunas. Já as associações de independência acontecem quando as classes estão em quadrantes distintos (Veraszto *et al.*, 2018).

Para o processamento dos dados pelo Iramuteq, primeiramente precisa-se preparar o *corpus* textual. Nessa etapa, as transcrições já realizadas foram salvas em um documento no formato Microsoft Word. O *corpus* gerado foi composto de 12 páginas e salvo no formato “texto”.

Entretanto, o resultado da transcrição das entrevistas e o material do diário de campo das observações não participante nem sempre foram claros e adequados o suficiente, sendo necessário ajustes de digitação, pontuação, acentuação, grafia e concordância nominal e verbal de algumas palavras e frases. Sendo assim, foram uniformizadas e padronizadas algumas palavras, retirando fontes em negrito, itálico ou

sublinhado, vícios de linguagem e letras maiúsculas presentes no meio das frases, além de ter sido suprimido o uso de diminutivos e o texto ter sido formatado em um único parágrafo.

Cada entrevista foi separada por uma linha de comando composta por códigos específicos para reconhecimento do programa, de acordo com o seu manual. As linhas de comando foram iniciadas por quatro asteriscos (\*\*\*\*) seguidos de espaço, mais um asterisco (\*) e o codinome que era necessário para cada entrevistado, como “OBS1; ENF1 e TE1”. Técnicos de enfermagem e enfermeiros não foram separados em *corpus* distintos por não haver o objetivo de comparar práticas entre eles. A pesquisadora contou com suporte de um profissional que possui expertise no *software* para preparar o material e gerar os dados.

Na sequência, o arquivo digital gerado foi importado para o programa LibreOffice por ser o recomendado pelo manual do Iramuteq e se utilizou as seguintes opções de salvamento: tipo de documento (texto – escolha da codificação) + salvar + “utilizar o formato texto escolha codificação” + “conjunto de caracteres” e marcar a opção “unicode (UTF-8)” + marcar na opção quebra de parágrafo: “LF” + clicar em “ok”. Dentro do *software*, o arquivo gerado foi introduzido com as seguintes atitudes, conforme orienta o tutorial do Iramuteq: em edição (preferências), optou-se pelo idioma da interface português e, em definições, optou-se pelo padrão UTF8 *all languages*.

É necessário informar que nenhum dos resultados obtidos no Iramuteq produz análise dos dados, sendo a pesquisadora o elemento central neste processo. É ela quem opera e interpreta o material gerado, buscando nexos com o texto original para compreender os discursos e admitir conclusões a partir desses dados. O programa não substitui a responsabilidade da pesquisadora na interpretação dos dados e conclusão dos resultados, apenas viabiliza a codificação e categorização do grande volume de informações (Acauan *et al.*, 2020).

O uso do *software* Iramuteq, neste estudo, foi um apoio para a realização da Análise Textual Discursiva, que se trata de uma metodologia de análise de informações qualitativas que tem como finalidade produzir novas compreensões e fazer um movimento interpretativo (Moraes; Galiazzi, 2011) por considerar o contexto de quem fala. Assim, a contribuição principal da Análise Textual Discursiva é a produção de novas compreensões do material em análise. O procedimento acontece em três etapas, sendo: identificação de unidades sensoriais (unitização); estabelecimento de aglutinações em cadeia (categorização); e construção de novas compreensões

(metatextos) (Moraes; Galiuzzi, 2011; Lima; Ramos, 2017). Assim, permite aprofundar o conhecimento sobre os temas de investigação e, com a imersão nos dados, sentidos originais vão sendo concebidos sobre o objeto (Galiuzzi; Ramos, 2013; Lima; Ramos, 2017).

As etapas amparadas pelo Iramuteq são as de unitização e categorização inicial e intermediária (Ramos *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2021). As etapas finais da categorização e a construção de metatextos são possíveis apenas na realização manual do pesquisador (Lima; Ramos, 2017).

Assim, na Análise Textual Discursiva (Moraes; Galiuzzi, 2016), a categorização é construída após a etapa de unitização do *corpus*, porém esses processos ocorrem de maneira concomitante. Em sequência, as ideias disponíveis são revisitadas constantemente e reclassificadas. Esse movimento, produz as seguintes categorias: (1) iniciais, que, com o uso do Iramuteq, é alcançada por meio da CHD para subcategorias/subcorpus; (2) intermediárias, que, no Iramuteq, é possível pela análise das CHD para as categorias/corpus; (3) finais, que não é possível chegar a essa parte via *software*. Essa última é mais ampla e expressa os significados essenciais para atingir os objetivos da pesquisa. O conjunto de categorias, particularmente as categorias finais, dá estrutura ao texto a ser produzido e é chamado de metatexto. Este apresenta as ideias reconstruídas durante o processo analítico em constante movimento entre interpretar e descrever (Moraes; Galiuzzi, 2016; Lima; Ramos, 2017). Desse modo, a Análise Textual Discursiva é essencialmente um processo misto, sempre que suportado pelo *software*.

Além disso, o uso do *software* permite a obtenção de dados mais criteriosos e com menos envolvimento emocional da pesquisadora sobre o *corpus* estruturado, qualificando o processo de apresentação dos resultados próprios desta pesquisa.

## 2.7 Questões éticas

Para análise ética da instituição proponente e da instituição coparticipante, o projeto foi submetido em 1 de dezembro de 2022, por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado em 26 de dezembro de 2022 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob o número de parecer 5.838.273 (CAAE: 65703022.8.0000.5238); e aprovado em 6 de abril de 2023 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante, sob o número de parecer 5.989.062 (CAAE: 65703022.8.3001.5269).

As coletas de dados foram realizadas após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição proponente e coparticipante, bem como após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante profissional de enfermagem para sua participação na entrevista e pelo responsável da criança para coleta de informações do prontuário. Ambos os termos foram impressos em duas vias, sendo uma da pesquisadora e outra entregue ao participante, conforme estabelecido pela Resolução n. 466 de 2012 e reforçado pela Resolução n. 510 de 2016.

As informações contidas nos termos foram transmitidas de forma clara, objetiva e inteligível e foi fornecido tempo para reflexão acerca do aceite ou não. Além disso, foram retiradas todas as dúvidas geradas no decorrer da leitura e explicação dos documentos.

Os dados da pesquisa estarão sob posse da pesquisadora por um período de cinco anos e nenhum participante custeou ou recebeu qualquer pagamento por sua participação neste estudo, sendo-a totalmente voluntária.

É fundamental ressaltar que esta pesquisa não feriu o artigo número 6 da Resolução n. 580 de 22 de março de 2018, pois o participante não foi retirado dos seus afazeres profissionais. O dia e o horário da coleta foram agendados após acordo prévio entre a autora e o participante, em local próprio e reservado dentro da Instituição, desde que não interferisse no expediente do profissional.

Dentre os riscos envolvendo esta pesquisa, estiveram relacionados a possibilidade de surgir algum constrangimento com relação à sensação de desconhecimento sobre as reações adversas do uso prolongado de analgésicos e sedativos. Tais riscos foram amenizados conforme a pesquisadora ia demonstrando compaixão quando o constrangimento surgia, de modo que não julgava e informava não haver problema com o desconhecimento.

Com relação aos benefícios potenciais, os participantes não obtiveram diretamente. Contudo, indiretamente, a contribuição ao participarem pode vir a ampliar o entendimento científico da prática da equipe de enfermagem frente às reações adversas no uso prolongado de sedativos e analgésicos para, então, melhorar a qualidade da assistência, garantir a segurança do paciente, fornecer autonomia para enfermagem como membro da equipe multiprofissional e gerar um cuidado mais integral e adequado de crianças gravemente enfermas.

O anonimato e sigilo dos participantes foram mantidos e o desejo de não participar e/ou se retirar durante a pesquisa iniciada foi respeitado, sem nenhum

prejuízo para o participante. Entretanto, não houve nenhum participante que tenha desejado não participar.

## **2.8 Limitações do Estudo**

Dentre as limitações, para além das que já estão contidas dentro da abordagem qualitativa, houve a dificuldade de coletar algumas informações de prontuário pela falta de registro adequado da equipe de enfermagem, além de poucas observações não participantes por haver poucas crianças em uso de sedativos e analgésicos durante o período estabelecido para a coleta dados, contrastando com a presença de algumas crianças intubadas por longos períodos, tendo como desfecho o óbito. Com relação à coleta de informações de prontuário, algumas crianças encontravam-se hospitalizadas por meses e sem acompanhantes regulares, não sendo possível obter a autorização, o que reduziu o quantitativo de prontuários estudados.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

Dos 15 entrevistados, sete possuem o cargo de Enfermeiro e oito possuem o cargo de Técnico de Enfermagem. Com relação ao sexo, onze são do sexo feminino e quatro são do sexo masculino. Dentre os Enfermeiros, todos possuíam especialização e/ou residência (Pós-Graduação *Lato Sensu*), sendo duas especializações em neonatologia e pediatria, duas em saúde da criança, uma em neonatologia, duas em pediatria e uma em oncologia; ainda, cinco possuíam mestrado e duas eram doutoras (Pós-Graduação *Stricto Sensu*), todos na saúde da criança, exceto uma que fez mestrado em saúde coletiva. Entre os técnicos de enfermagem, dois deles possuíam graduação em Enfermagem.

O tempo de atuação na área de Enfermagem de todos os participantes variou entre 7 e 37 anos e, entre eles, dez possuíam o mesmo tempo de formado na enfermagem e de atuação na área de pediatria. O tempo de atuação na UTIP variou entre 8 meses e 37 anos, conforme distribuído no Quadro 5.

**Quadro 5** – Caracterização dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2023.

Participante	Sexo	Idade	Tempo de formação	Tempo de atuação como profissional	Tempo de atuação na pediatria	Tempo de atuação em UTIP	Tempo de atuação na UTIP do cenário	Vínculo Empregatício	Maior titulação	Curso de especialização/ Residência	Curso de atualização sobre o tema
E1	M	40	11 anos	11 anos	11 anos	11 anos	11 anos	Terc.	Especialização	Neonatologia e Pediatria	Não.
E2	F	46	26 anos	25 anos	25 anos	20 anos	20 anos	Serv.	Doutorado	Saúde da Criança	Não.
E3	F	41	19 anos	19 anos	19 anos	19 anos	17 anos	Serv.	Doutorado	Saúde da Criança	Não.
E4	F	46	25 anos	24 anos	10 anos	8 meses	8 meses	Serv.	Mestrado	Neonatologia	Não.
E5	F	37	6 anos	7 anos	7 anos	7 anos	7 anos	Terc.	Especialização	Neonatologia e Pediatria.	Não.
E6	F	40	18 anos	18 anos	17 anos	17 anos	17 anos	Serv.	Mestrado	Pediatria	Não.
E7	F	46	26 anos	25 anos	25 anos	25 anos	25 anos	Serv.	Mestrado	Pediatria e Oncologia	Não.
TE1	M	51	32 anos	30 anos	30 anos	30 anos	30 anos	Terc.	Técnico	-	Sim.
TE2	F	57	37 anos	37 anos	37 anos	37 anos	37 anos	Serv.	Técnico	-	Sim.
TE3	M	41	20 anos	20 anos	8 anos	8 anos	8 anos	Serv.	Técnico	-	Sim.
TE4	M	40	18 anos	16 anos	16 anos	16 anos	16 anos	Serv.	Enfermeiro	-	Não.
TE5	F	47	23 anos	16 anos	12 anos	12 anos	4 meses	Terc.	Técnico	-	Sim.
TE6	F	58	40 anos	30 anos	30 anos	30 anos	30 anos	Terc.	Técnico	-	Sim.
TE7	F	43	26 anos	22 anos	22 anos	20 anos	20 anos	Terc.	Técnico	-	Não.
TE8	F	46	31 anos	24 anos	16 anos	16 anos	16 anos	Serv.	Enfermeira	-	Não.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

### 3.2 Informações do prontuário das crianças hospitalizadas

Dos cinco prontuários selecionados, todas as crianças possuíam alterações no sistema respiratório como o motivo de internação, sendo elas: bronquiolite, insuficiência respiratória, pneumonia e choque séptico de foco pulmonar. A coleta de dados ocorreu durante o outono brasileiro, podendo ser uma justificativa para essas crianças estarem internadas por questões respiratórias. Os diagnósticos clínicos de base foram a prematuridade e a síndrome de Down.

O tempo de internação na UTIP variou entre 14 e 26 dias e todas fizeram uso de tubo-oro-traqueal (TOT). Uma delas precisou de traqueostomia (TQT) por conta da insuficiência respiratória e falha nas tentativas anteriores de extubação. O tempo de uso do TOT variou entre 9 e 22 dias, a criança que precisou utilizar traqueostomia permaneceu com o dispositivo por 22 dias e não havia previsão de retirada no momento da coleta.

Todas as crianças precisaram de sondagem nasoenteral para alimentação (variando o tempo de uso entre 15 e 22 dias) e acesso venoso profundo (com o tempo de uso entre 6 e 19 dias), sendo que três dessas crianças precisaram trocar o acesso venoso profundo por um cateter central de inserção periférica (PICC) devido ao tempo de uso ter sido longo e ainda ser necessário um acesso para antibioticoterapia. Quatro crianças fizeram uso de cateter vesical de demora (CVD) por um período de 9 a 19 dias e três utilizaram cateter de pressão arterial invasiva (PAI) em um intervalo entre 7 e 15 dias.

Sobre o uso de sedativos, todas as crianças utilizaram cloridrato de midazolam, somado a outros medicamentos como o cloridrato de dexmedetomidina (precedex) ou o cloridrato de cetamina, intermitentemente. O período de uso do midazolam variou entre 12 e 22 dias; o precedex entre 13 e 24 dias e o cloridrato de cetamina entre 15 e 16 dias. Quatro crianças fizeram uso do bloqueador neuromuscular brometo de rocurônio (Rocuron) entre 6 e 12 dias. Com relação a analgesia, todos fizeram uso intermitente de citrato de fentanila (fentanil) por tempo entre 12 e 22 dias.

Em três dos prontuários, havia o registro de enfermeiros sobre a presença de febre, agitação, irritabilidade, taquicardia e choro das crianças que faziam uso de sedação e analgésico e, a partir desses sinais, foi constatado o cuidado de acalantar a criança, administrar o analgésico dipirona sódica (dipirona) e aplicar compressa fria. Entretanto, somente em um prontuário foi identificado o registro do profissional de enfermagem de haver a possibilidade de síndrome de abstinência. Destaca-se que tal

registro foi feito logo em seguida à anotação do médico no prontuário, que trouxe o resultado da avaliação pela escala de WAT-1 = 3, solicitando a observação de sinais e sintomas sobre a abstinência aos medicamentos sedativos.

**Quadro 6** – Informações a partir da coleta de informações no prontuário das crianças. Rio de Janeiro, 2023.

Criança	Diagnóstico de Internação	Diagnóstico de base	Tempo na UTIP (em dias)	Tempo de TOT (em dias)	Tempo de SNE (em dias)	Tempo de Acesso Venoso Profundo	Tempo de Sedativos (em dias)	Tempo de Analgésicos (em dias)	Relato sobre o relato	Profissional que relata	Sinais e Sintomas relatados no prontuário	Cuidados após relato
C1	Bronquiolite por RSV	Sd. Down	25	22*	22	9 dias	22 de Midazolam e 24 de Precedex	22 de Fentanil	Sim	Enfermeiro	Febre e Agitação	Compressa de água fria e medicação antitérmica SOS
C2	Bronquiolite por RSV	Insuficiência Respiratória	18	14	18	19 dias	16 de Midazolam e Cetamina; 17 de Precedex; e 07 de Rocurônio	14 de Fentanil	Sim	Enfermeiro	Taquicardia, febre e abstinência	Não relatado
C3	Choque Séptico de foco pulmonar	Sd. Down	26	17	26	30 dias	17 de Midazolam; 15 de Cetamina; 13 de Precedex e 12 de Rocurônio.	17 de Fentanil	Não	-	-	-
C4	Bronquiolite	Prematuridade	20	17	Transferida com SNE	18 dias	15 de Midazolam; 07 de Rocurônio	15 de Fentanil	Não	-	-	-
C5	Bronquiolite e Pneumonia	Prematuridade	14	09	15	16 dias	12 de Midazolam; 06 de Rocurônio	12 de Fentanil	Sim	Enfermeiro	Irritação, choro agitado	Acalento

\* Foi realizada traqueostomia pelo fato de a criança não ter suportado a extubação após 3 tentativas relatadas e associada ao tempo prolongado de TOT.  
Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

### 3.3 Dados do prontuário, entrevistas e observação não participante

Diante dos dados coletados através dos prontuários, entrevistas e observações, pode-se obter o tempo médio de utilização dos principais sedativos nesta UTIP, sendo o midazolam com 16,4 dias, o precedex com 18 dias e a cetamina com 15,5 dias. É importante lembrar que as cinco crianças fizeram uso do midazolam, três do precedex e duas da cetamina. O único analgésico utilizado em todas as crianças foi o fentanil, com 16 dias de tempo médio. O Quadro 7 mostra o tempo médio de cada medicamento utilizado, as principais reações adversas relatadas pelos profissionais, as práticas relatadas pelos profissionais e as práticas observadas pela pesquisadora durante as observações não participantes.

**Quadro 7** – Informações sobre o tempo de sedativos e analgésicos, as reações adversas e as práticas tanto relatadas quanto observadas pela pesquisadora. Rio de Janeiro, 2023.

Sedativos e analgésicos utilizados nas crianças	Tempo médio de utilização dos sedativos e analgésicos	Reações mais relatadas pelos profissionais	Reações observadas pela pesquisadora	Práticas relatadas pela equipe de enfermagem	Práticas observadas pela pesquisadora
Midazolam	16,4	Abstinência, irritabilidade, agitação, taquicardia, diarreia, torpor, sensório comprometido, olhar vago, movimentos descoordenados, sono irregular, hipertonia, sudorese e febre.	Choro, irritabilidade, taquicardia, diarreia, tremores, hipertonia, olhar vago e febre.	Comunicação à equipe médica, realização de medicamentos, acalento e banho com água morna.	Realização de medicamentos, acalento, colo, sucção não-nutritiva, banho com água morna e comunicação à toda a equipe de saúde presente (médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnicos).
Fentanil	16				
Precedex	18				
Cetamina	15,5				

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

### 3.4 Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

A CHD possibilitou o conjunto de diferentes segmentos de texto por classes em função de seu vocabulário, visto que a agregação deles foi repartida considerando a

presença ou ausência das formas lematizadas, o que constituiu diversos agrupamentos lexicais. Cada classe apresentou termos semelhantes entre si de acordo com parâmetros léxicos em comum e termos diferentes dos segmentos de texto de outras classes geradas. No *corpus* gerado, foram encontrados 151 segmentos de texto com cinco classes de segmentos de texto.

Os dados foram agrupados em dendrogramas que ilustram as correlações das classes entre si. Sendo assim, com base nas classes geradas, o *software* calculou e forneceu os segmentos de texto mais peculiares e permitiu a contextualização dos termos típicos de cada classe. Dessa forma, estas tiveram vários segmentos de texto em função de uma classificação. Na pesquisa em tela, as principais características encontradas nos resultados obtidos através do processamento do Iramuteq foram:

- Número de textos: 18;
- Número de Segmentos de Textos (STs) totais: 208;
- Número de ocorrências (palavras): 7053;
- Média de palavras por texto: 391,83;
- Média de palavras por ST: 33.90 (dentro da expectativa da média);
- Número de classes (ou categorias) formadas na CHD: 5;
- Número de STs classificados: 151 de 208 (72.60% de retenção do corpus);
- Hápax: 6,05% (das ocorrências).

O aproveitamento do material foi de 72,60%, sendo considerado adequado por estar acima de 70%, como é orientado por autores já mencionados (Camargo; Justo, 2013; Ratinaud, 2014).

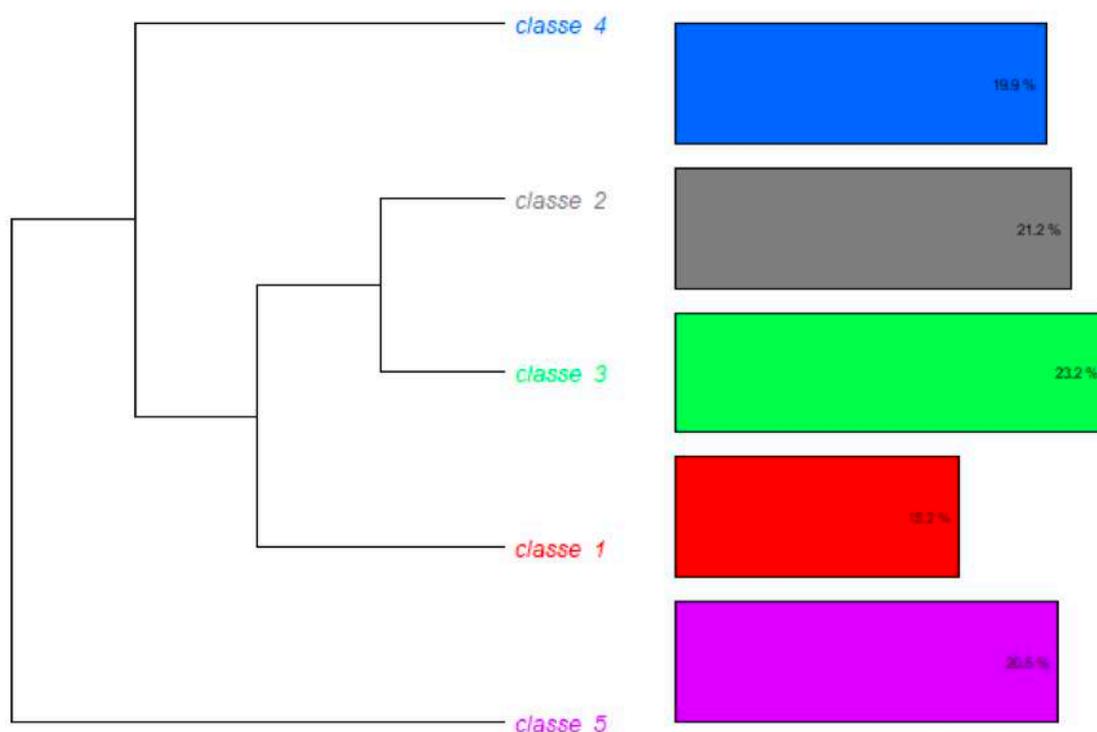
Além da saturação teórica para interromper a coleta de dados nas entrevistas, também foi possível utilizar o coeficiente Hápax disponibilizado pelo *software*, que pode ser utilizado como indicador preliminar da ocorrência – ou não – de saturação do *corpus* (Martins *et al.*, 2020). Quanto maior este índice, mais palavras diferentes existem no *corpus* (Ratinaud, 2014). Neste estudo, o índice Hápax foi de 6,05%, o que confirma a saturação do *corpus* e sugere que os diálogos ocorreram em convergência com o que estava sendo proposto, sem perda de foco ou assuntos desconexos.

O *corpus* gerou um dendrograma com cinco classes, de acordo com a nomenclatura padrão do Iramuteq, as quais são consideradas categorias intermediárias

sob a ótica da análise textual discursiva, sendo o total de segmentos de texto classificado de 151. A seguir, apresenta-se a distribuição das classes e a porcentagem dos segmentos de texto dentro delas:

- Classe 1: 15,2%;
- Classe 2: 21,2%;
- Classe 3: 23,2%;
- Classe 4: 19,9%;
- Classe 5: 20,5%.

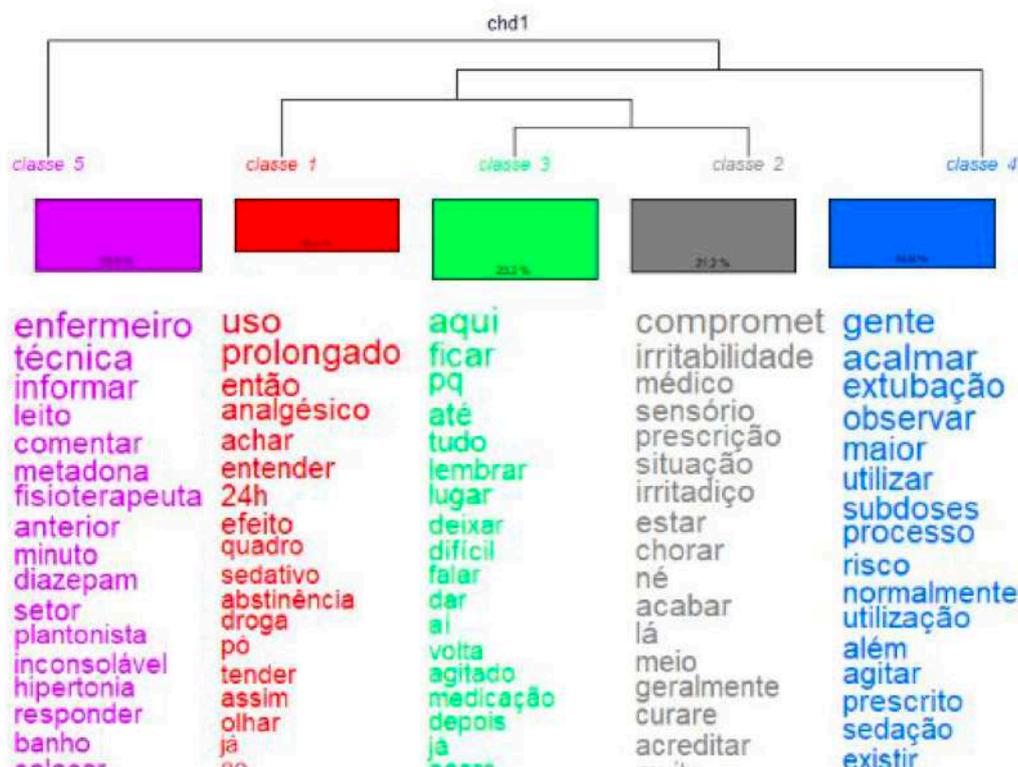
A CHD apresenta um dendrograma que demonstra a divisão das classes de forma gráfica e exhibe a inter-relação de um conjunto de itens que participam de alguns fatores comuns. Na Figura 2, é apresentado o **dendrograma retirado do software, em formato horizontal, que** indica a representatividade de cada classe e, na Figura 3, é apresentado o dendrograma em formato vertical com as palavras mais representativas de cada classe.



**Figura 2** – Dendrograma horizontal das cinco classes obtidas (CHD)

Fonte: *Software Iramuteq* (2023).

**Figura 3** – Dendrograma vertical das cinco classes obtidas (CHD)



Fonte: *Software Iramuteq* (2023).

Pode ser observado que as classes 3 e 5 foram as com maior porcentagem de aproveitamento, sendo 23,2% e 20,5%, respectivamente. Isto significa que essas classes foram as mais representativas no *corpus*.

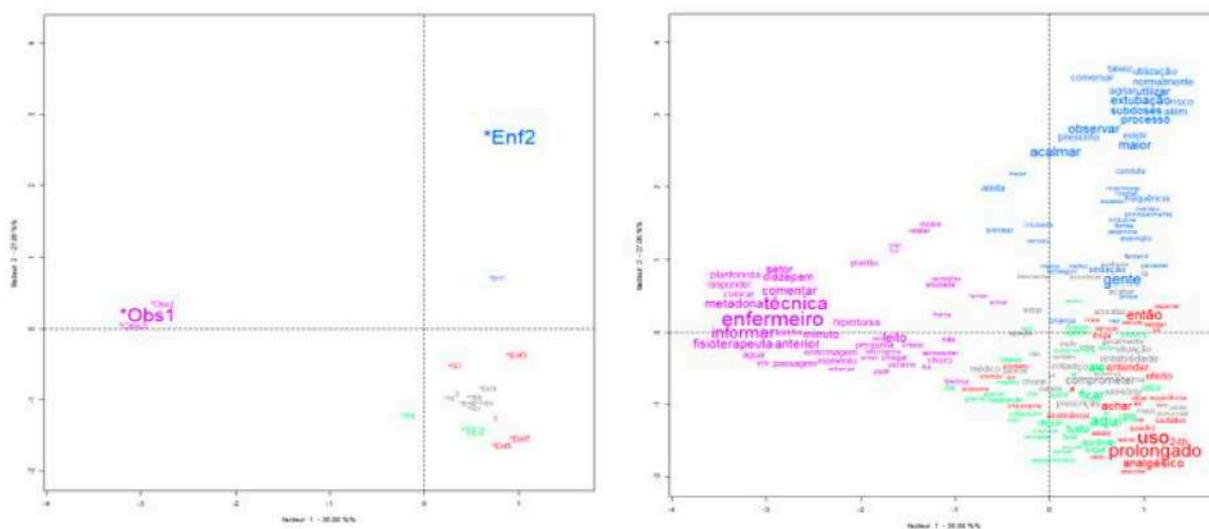
É preciso frisar que a leitura do dendrograma é feita da esquerda para a direita, de acordo com as afinidades entre as classes. No dendrograma apresentado (Figura 2), pode-se perceber que há níveis de ramificação. Primeiramente, há uma ramificação em duas categorias principais. A primeira categoria é representada pela classe 5 e a segunda sofre uma nova ramificação em outras duas categorias, isolando a classe 4, e se dividindo em mais duas outras categorias, a classe 1 e outra ramificação, na qual são encontradas as classes 2 e 3.

As categorias intermediárias são geradas a partir da proximidade e distanciamento das unidades de significado, o que ocorre por meio da formação de segmento de texto (Moraes; Galiazzi, 2016; Ramos *et al.*, 2019; Martins *et al.*, 2020) e segundo a frequência das palavras e ocorrência dos vocábulos, até atingir a estrutura mais estável (Camargo; Justo, 2013; Ratinaud, 2014).

Os títulos conferidos para as cinco categorias, de acordo com o método de análise textual discursiva, resultam da interpretação dos pesquisadores a partir das unidades de significados de maior densidade em cada categoria. Conforme necessite, pode-se gerar subcategorias de acordo com os segmentos de texto para compreender as estruturas de formação de cada categoria (Moraes; Galiazzi, 2016).

Após aprofundar a compreensão da formação das categorias intermediárias (ou classes) surgidas do Iramuteq, podemos avançar para a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que se trata de dados internos passíveis de aplicação apenas após a CHD. A AFC objetiva demonstrar as possibilidades de associações entre as categorias intermediárias, conforme pode ser visualizado na Figura 4.

**Figura 4** – Classes AFC: representantes dos textos (esquerda), palavras mais recorrentes (direita)



(direita)

Fonte: *Software* Iramuteq (2024).

Nos planos cartesianos, as aproximações e distanciamentos entre as classes podem ser identificados por meio da posição nos quadrantes.

O plano cartesiano à direita corresponde à AFC das palavras que compõem cada uma das cinco categorias intermediárias. É percebido que as palavras variam com relação ao tamanho de acordo com a representatividade em cada categoria. As palavras “enfermeiro”, “técnica”, “informar” e “comentar” são as que mais aparecem e formam a classe 5 (cor rosa). Já as palavras “gente”, “acalmar”, “extubação”, “observar”, “subdoses” e “processo” são as mais recorrentes da classe 4 (cor azul). “Uso”, “prolongado”, “analgésicos”, “24 horas”, “abstinência” e “sedativos” foram as palavras mais recorrentes dentro da classe 1 (cor vermelha), enquanto as palavras que mais

apareceram na classe 2 (cor cinza) foram “comprometimento”, “irritabilidade”, “prescrição”, “médico” e “chorar”. Por último, a classe 3 (cor verde) apresentou as palavras a seguir: “aqui”, “ficar”, “lembrar” e “lugar” como as mais aparentes. Essa representação gráfica permite visualizar a justaposição e aderência dos termos, favorecendo a interpretação diante das associações entre as categorias intermediárias.

Já no plano cartesiano à esquerda são apresentados os principais componentes de cada categoria intermediária, sendo possível perceber a presença das observações apenas na classe 5 e com maior poder de independência. Além disso, é importante observar o participante denominado Enf2 destacado na Figura 3, dentro da classe 4, o que demonstra uma maior independência das falas desse participante frente aos outros. Pode-se perceber ainda os participantes advindos das classes 1, 2 e 3, indicando um maior nível de dependência entre essas classes.

Destaca-se, também, os níveis de independência das classes 5 e 4 entre si e das demais. O que indica a existência de peculiaridades dentro dessas classes que fazem com que elas sejam únicas e com pouca conexão com as demais.

### ***3.4.1 Classificação Hierárquica Descendente e Análise Fatorial de Correspondência: apresentação das categorias e subcategorias***

Por meio da CHD, o Iramuteq apresentou cinco classes advindas do *corpus* textual. De acordo com o conteúdo presente nos segmentos de texto, foram estruturadas três categorias finais e dez subcategorias a partir da Análise Textual Discursiva, com o objetivo de concentrar as informações com maior similaridade, conforme demonstrado no Quadro 7.

**Quadro 7** – Quadro associado às categorias e subcategorias apresentadas pelo Iramuteq

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Classes</b>
1 – A prática de Enfermagem nos cuidados com a criança	Higiene corporal	Classe 5
	Administração de medicamento	
	Informações sobre as reações adversas da criança com outros membros da equipe de saúde	

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Classes</b>
2 – Uso (in)adequado da dosagem de sedação e analgesia	Subdosagem	Classe 4
	Prevenção dos riscos de acidentes	
3 – Sinais e sintomas do uso de sedativos e analgésicos e a conduta da enfermagem	Abstinência	Classe 1
	Limitações sobre o uso de analgésicos e sedativos	
	Outras sintomatologias do uso prolongado	Classe 2
	Comunicação à equipe médica e seguimento da prescrição	
	Relatos das experiências com as reações adversas de sedativos e analgésicos	Classe 3

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Optou-se por sequenciar na ordem de nascimento das classes e não pela ordem numérica.

#### 3.4.1.1 Categoria 1 – A prática de Enfermagem nos cuidados com a criança

Esta categoria foi composta unicamente pela classe 5, que foi destacada das demais, e reuniu as três observações não participantes, junto com apenas um segmento de texto advindo de cada participante: TE6 e TE7.

Dividiu-se essa categoria em três subcategorias que englobam os cuidados que mais foram observados dentro dos segmentos de texto e, então, da observação não participante. Essas subcategorias foram intituladas “higiene corporal”, “administração de medicamentos” e “informações sobre as reações adversas da criança com outros membros da equipe de saúde”.

As palavras que mais apareceram nessa classe foram “enfermeiro”, “técnico”, “informar” e “comentar”. Assim, os principais segmentos de texto dessa classe são relacionados com a prática de observar os sinais e sintomas, agir diante deles e, caso necessário, comunicar a outros profissionais, como podemos conferir abaixo:

criança permanece chorando muito [...] o exame físico do enfermeiro plantonista é feito durante o banho [...] enfermeira rotina diz que vai tentar acalantar com colo e médica pede para adiantar a metadona

prescrita [...] a equipe de saúde tenta estratégias e a técnica de enfermagem responsável pela criança informa que dará um banho de banheira com água morna já que a criança não tem acesso venoso. Em todos os momentos que é tentado colocar a criança em leito, o choro piora [...] enfermeiro plantonista também é informado, mas está ocupado com outra criança [...] fisioterapeuta decide não insistir em Ventilação Não Invasiva e deixá-la com cateter nasal (OBS1).

[...] técnica de enfermagem pede para a criança se acalmar “oh menino fique calmo, pois assim eu não consigo tirar seu cocô” e a criança não se acalma. A enfermeira pergunta se ela quer ajuda e ela responde não precisar [...] a técnica diz “ele precisa é de bolinhos” ambas riem, mas a técnica comenta que ele está irritado assim, mas deve ser por causa da medicação que parou ontem e a enfermeira concorda (OBS2).

residente de enfermagem faz morfina intravenosa e acaricia o paciente. Entra uma técnica de enfermagem de outro setor e pergunta como ele está, a residente responde que está com queda plantar, fazendo hipertonia, episódios febris e os médicos têm informado que pode ser síndrome de abstinência (OBS3).

embora eles entrem com a metadona e o Diazepam, essas coisas, as vezes nem isso é o suficiente, parece que a gente está dando água com açúcar para a criança (TE7).

aí, dei um banho morno para ver se isso acalmava, vi se era fralda e essas coisas e ela foi se acalmando com o tempo. Aí, depois, a mãe chegou e acalentou mais ainda (TE6).

Constata-se nos trechos das observações e nas falas dos profissionais a tentativa de amenizar o sofrimento da criança durante os cuidados realizados pela enfermagem. Banho de imersão com água morna, utilização de acalento tanto materno quanto dos profissionais e administração de medicamentos são cuidados que foram utilizados para conter a agitação e irritabilidade da criança, indicando que não são utilizados somente os recursos farmacológicos. Em contrapartida, a TE7 informa a sensação de insuficiência desses cuidados ao utilizar medicamentos para conter as reações adversas. É importante salientar que ambas as técnicas de enfermagem que relataram esses sintomas possuem mais de 20 anos na pediatria e a TE6 possui 30 anos no cenário de estudo. Nenhuma destas possui graduação.

As UTIP são consideradas ambientes frios e hostis para as crianças e, geralmente, associada à traumas para elas e suas famílias. Quando a criança possui a experiência de apresentar irritação diante de uso de sedativos e analgésicos, o estresse familiar pode se tornar ainda mais avassalador. Para amenizar isto, Araújo *et al.* (2021) aconselham a criação de uma rede social de apoio formada pelas mães, familiares e

profissionais de saúde com o intuito de fornecer auxílio e gerar melhores resultados sobre a internação.

Diante da coleta de dados do prontuário, foi possível constatar que a criança que fez o menor tempo de sedação e analgesia venosa foi a C5, com 12 dias de uso de midazolam e fentanil, e 06 dias de bloqueador muscular (rocurônio).

Foram identificados, também, alguns medicamentos utilizados no desmame de sedação e analgesia, tanto na fala de participantes quanto durante as observações, sendo eles: metadona, diazepam e morfina. De fato, segundo Harris *et al.* (2016), foi demonstrado, em estudo internacional, que os medicamentos mais empregados no desmame de sedação e analgesia são a metadona e a morfina enterais, dentro do grupo de opiáceos; o lorazepam e o clorazepato entre os benzodiazepínicos; e a clonidina e a dexmedetomidina entre os agonistas alfa-2. Em um estudo que reconheceu o perfil de desmame ventilatório em UTIP no Brasil, os medicamentos mais administrados foram o lorazepam, a metadona e a clonidina (Araújo *et al.*, 2019).

No que tange os cuidados não medicamentosos, não há consenso na literatura sobre o que pode ser feito para amenizar os sinais e sintomas na UTIP. Porém, autores recomendam intervir diante da sintomatologia, utilizando recursos como o acalento quando houver irritabilidade (Hanser *et al.*, 2020; Best *et al.*, 2019).

É observado que a equipe de enfermagem apresenta conhecimento sobre a identificação dos principais sinais e sintomas relacionados às reações adversas como tolerância, abstinência e delírio. É preciso, então, apropriar-se deste conhecimento e colocá-lo em prática, tendo em vista que, segundo Collière (1999), um dos princípios da identidade do cuidado de enfermagem é a individualidade. Sendo assim, a identidade é uma forma de individualização inserida em uma rede de cuidados de enfermagem que precisa encontrar sua individualidade em relação à rede geral que pertence, ou seja, a dos cuidados.

A criança que apresenta reações adversas tende a ficar mais irritada e menos tolerante a certos cuidados. Diante da técnica de observação, pode-se constatar que há planejamento da assistência de enfermagem no sentido de concentrar alguns procedimentos como exame físico, higiene corporal e cuidados fisioterapêuticos no mesmo momento. Essa atitude pode ocasionar reduzidos números de contatos estressores, podendo acalmar a criança que está recebendo tais cuidados.

Collière (1999) também fala sobre a relação entre quem presta e quem recebe os cuidados. Tal relação não pode ser vivida a não ser que tenha por finalidade descobrir e

reconhecer a informação necessária para prestar os cuidados apropriados, recorrer a diferentes fontes de conhecimento para compreender o sentido do cuidado, inserir este em uma ação profissional, permitir uma interação saudável entre a pessoa tratada e os que a cercam, promover a coordenação com outros profissionais da área da saúde e contribuir para assegurar a continuidade do cuidado, além de trazer referências importantes para a avaliação do cuidado prestado.

Então, para garantir um cuidado integral, a enfermagem precisa encontrar sua singularidade dentro dos cuidados que presta para não só identificar, mas também participar do tratamento e manejo da criança que apresenta reações adversas após o uso de medicamentos sedativos e analgésicos.

Em estudo de Neunhoeffler *et al.* (2015), a participação de enfermeiras na tomada de decisão de protocolos de analgesia e sedação tem sido apontado com melhores resultados, incluindo redução significativa no tempo de ventilação mecânica. Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de um protocolo de analgesia e sedação orientado por enfermeiras em crianças em uso de ventilação mecânica e, também, a ocorrência de abstinência. Como conclusão, constatam que a implementação deste protocolo diminuiu a incidência de abstinência em crianças gravemente doentes e reduziu as doses totais de benzodiazepínicos.

De acordo com o estudo de Keogh, Long e Horn (2015), cujo objetivo foi desenvolver e implementar diretrizes para a gestão da analgesia e sedação em UTIP, um ponto forte é que a enfermeira conhece o paciente e seus requisitos e, assim, é capaz de identificar alterações, usar dados objetivos e pedir revisão do uso de analgésicos e sedativos caso necessário.

Além disso, os estudos sobre manejo de sedação que possuem enfermeiras aplicando protocolos apresentam resultados favoráveis com benefícios diretos aos pacientes, como diminuição da ventilação mecânica, redução do tempo de internação e menor ocorrência de abstinência, tolerância e delírio (Hanser *et al.*, 2020; Best *et al.*, 2019; Larson *et al.*, 2018; Keogh *et al.*, 2015). Daverio *et al.* (2022) demonstraram que tanto a analgesia quanto a sedação foram monitoradas mais por enfermeiros (92% e 84%, respectivamente) se comparada com médicos (47% e 60%, respectivamente).

É indispensável identificar as características dos cuidados, do serviço de enfermagem e explicar o processo dos cuidados de enfermagem a fim de obter o reconhecimento de sua contribuição social e sanitária e, principalmente, para os

usuários dos cuidados saberem o que esperar e os prestadores exigirem os meios e condições necessárias para sua prestação (Collière, 1999).

Segundo Collière (1999), o cuidado de enfermagem se manifesta a partir de uma reflexão e devem ser descritos com suas características individuais de acordo com cada situação vivenciada e não definidas.

Dessa maneira, a enfermagem deve buscar suporte técnico-científico com os tipos de situações que vier a encontrar com relação às reações adversas que a criança hospitalizada pode sofrer. Ademais, cabe também à enfermagem descobrir sua autonomia dentro da equipe de saúde para melhorar o cuidado, o que requer atualização e capacitação constante.

Toda situação de cuidados é o encontro entre uma pessoa que vive uma doença, deficiência ou dificuldade que pode ter efeitos sobre sua saúde com a pessoa que irá cuidar. Assim, os sujeitos do cuidado e sua família são a primeira fonte de conhecimento, não apenas pelo que dizem de si, mas por tudo o que se pode captar do que deixam através da expressão não verbal. Assim, os sujeitos que irão receber o cuidado detêm o fio condutor que serve para guiar os profissionais de enfermagem (Collière, 1999).

Dessa maneira, a enfermeira tem capacidade técnica e científica para identificar as reações adversas do uso de sedativos e analgésicos e pode, inclusive, contribuir para uma melhor qualidade na prática de prevenção dos sinais e sintomas e redução do uso desses medicamentos.

#### *3.4.1.2 Categoria 2 – Uso (in)adequado da dosagem de sedação e analgesia*

Nesta categoria, foi obtida a classe 4 e reuniu falas dos participantes ENF1, ENF2, ENF3 e TE7. As palavras mais recorrentes nesta classe foram “gente”, “acalmar”, “extubação”, “observar”, “subdoses” e “processo”. Assim, considerando os segmentos de texto e as palavras já citadas, dividiu-a em duas subcategorias intituladas “subdosagem” e “prevenção de riscos de acidentes”

Os segmentos de texto que aparecem nesta classe apresentam relação com a prática de realizar subdoses de sedativos para prevenir possíveis acidentes durante a manipulação da criança, de acordo com a prescrição médica. Podemos conferir isso conforme partes dos segmentos abaixo:

se ela não estiver bem sedada, a equipe por observar que ela se agita e tem o risco de extubação acidental ou de um risco para segurança dessa criança, a gente acaba utilizando as doses fracionadas de sedação que estão prescritas e acaba fazendo várias vezes durante o plantão (ENF2).

até porque o risco de queda é maior, o risco de extubação, de arrancar os outros dispositivos também é maior, então essa criança que já está agitada, a gente acaba tendo que prender essa criança mais ainda e isso as vezes piora inclusive a agitação psicomotora da criança (ENF3).

se ela está ainda intubada, a gente vai fazer um *bolus* de sedação, alguma coisa que está prescrita para essa criança se acalmar e voltar a sedar [...] porque para gente não existe nenhuma prática para resolver o problema a não ser fazer a sedação que está prescrita, então, a nossa ação é essa, porque não tem que acalmar essa criança, não tem que fazer (ENF1).

para ver se acalma que é o que a gente tenta fazer [...] a gente faz o que é possível (TE7).

A utilização de doses fracionadas de sedativos com o objetivo de conter a agitação da criança em estado crítico foi bastante citado entre os profissionais. Essas doses, na prática, são os chamados “*bolus*” ou, em pediatria, “bolinhos” que consistem em pequena quantidade concentrada de sedativos e/ou bloqueadores neuromusculares, prescritos como “se necessário” e que funcionam para melhorar a manipulação de crianças em uso de dispositivos invasivos, especialmente quando em ventilação mecânica, pelos profissionais.

Durante a hospitalização das crianças em estado grave na UTIP, são utilizados medicamentos sedativos para contribuir de maneira significativa no tratamento prestado por possuir ação tranquilizante, reduzindo a ansiedade e suprimindo reflexos indesejados e, juntamente com analgésicos, promovendo a cessação da dor (Reinoso *et al.*, 2020).

De acordo com os dados dos prontuários, os medicamentos mais utilizados em infusão contínua foram midazolam, fentanil e dexmedetomidina. Os mais utilizados, prescritos como “se necessário”, foram midazolam e cetamina.

Essa informação corrobora com a estimativa afirmada por Santana *et al.* (2023) que informam que a maioria das UTIP utiliza, pelo menos, cinco tipos de medicamentos simultâneos, entre eles o midazolam, fentanil, morfina, clonazepam e diazepam. Klein *et al.* (2022) demonstram, também, em sua revisão sistemática, que os medicamentos mais utilizados para sedação e analgesia em UTIP foram fentanil, midazolam e morfina. Dessa forma, os efeitos pretendidos e potenciais de ação exigem conhecimento por parte

de quem prescreve e, também, de quem administra para prevenir reações adversas e indesejáveis (Santana *et al.*, 2023).

Anteriormente, eram administradas doses elevadas para gerar o efeito desejado de sedação e analgesia, entretanto, atualmente, a indução é realizada com níveis mais baixos para proporcionar melhor conforto e recuperação (Barbosa *et al.*, 2020).

Entretanto, o que se constata é uma dificuldade de gerar o melhor efeito diante da menor dose de sedativo e analgésico. Crianças com sedação e/ou analgesia inadequadas possuem maior risco de perda de acesso vascular, extubação traqueal acidental, queda, transtorno de estresse pós-traumático e alterações de neurodesenvolvimento (Coletti-Júnior *et al.*, 2020).

Nesta conjuntura, se destaca a utilização de *bolus* para reduzir esses riscos supracitados. Todavia, na revisão sistemática de Klein *et al.* (2022), apenas um dos estudos informa sobre a existência do uso dessa estratégia, o que os autores entendem como um aumento no risco de viés dos outros estudos que não apresentam essa informação, em função da não quantificação exata dos medicamentos administrados.

A utilização destas doses fracionadas pela equipe de saúde fornece maior segurança durante o cuidado com a criança, porém o uso em larga escala retrata uma inadequada sedação ou analgesia dessa criança. A equipe de enfermagem demonstra, em suas falas, a importância dada para a manipulação da criança não oferecer riscos de qualquer evento indesejável e a preocupação com a utilização dessas doses. É preciso, então, que essas doses fracionadas sejam comunicadas para a reavaliação da sedação e registradas para a quantificação exata dos medicamentos que estão sendo infundidos.

Destaca-se que, nesta classe, a maior parte dos participantes são enfermeiros com 11 anos ou mais de atuação no cenário. Tanto a ENF2 quanto a ENF3 são doutoras em saúde da criança e servidoras. O ENF1 é terceirizado e possui especialização, no entanto, constata-se o desconhecimento do ENF1 acerca da prática de enfermagem diante das reações adversas.

Sendo a sedação e a analgesia importantes componentes no cuidado da maior parte das crianças internadas em UTIP, é preciso que os profissionais, especialmente de enfermagem, apresentem competências em teorias, técnicas, processos e atividades vistos como as melhores opções para o cuidado com o paciente (Santos *et al.*, 2020; Santana *et al.*, 2023).

Dessa maneira, é fundamental que o enfermeiro, junto com a equipe multidisciplinar, esquematize um plano de cuidados que forneça ajustamento do sono e

vigília, realização correta do desmame de sedativos e analgésicos, mobilização precoce, ambiente agradável e comunicação efetiva com a criança e sua família (Camargo *et al.*, 2020). Além disso, o enfermeiro pode realizar intervenções a fim de uma assistência de qualidade, como checar doses e administrar medicamentos prescritos, fornecer informações à equipe médica que ajude na titulação de medicamentos, monitorar e manejar o estado de consciência e resposta da sedação infundida (Barbosa *et al.*, 2020).

Segundo Collière (1999), em situações mais graves e/ou mais complexas haverá a necessidade de recorrer a uma competência mais especializada para iniciar e vigiar o tratamento e esta competência é delegada, então, à enfermeira. Assim, os campos de tratamento, reparação e manutenção da vida dependem das competências da profissional.

Todavia, o campo de competência médica tende a sobrepor toda a zona do campo de competência de enfermagem e, juntamente com a natureza dos serviços e das instituições de saúde, arrisca-se a invadi-lo quase que completamente a ponto de não deixar espaço para tudo o que depende dos cuidados de manutenção de vida, ou seja, os cuidados da enfermeira (COLLIÈRE, 1999). No caso do presente estudo, os cuidados da enfermagem.

Essa sobreposição dita por Collière pode ser constatada na questão dos medicamentos sedativos e analgésicos, onde o médico é considerado o detentor do saber enquanto a enfermeira (e os técnicos de enfermagem) tem o ato de apenas “fazer”, ou seja, administrar o medicamento, especialmente em algumas instituições. Isso faz com que os cuidados de manutenção da vida sejam invadidos por outros profissionais e, de certa forma, excluídos da enfermagem. Por isso, é preciso uma enfermagem que obtenha conhecimento sobre as infusões que estão sendo realizadas e sobre sua profissão para o melhor exercício de sua função e maior protagonismo dentro dos serviços de saúde.

Collière (1999) ainda afirma que o processo dos cuidados de enfermagem é uma construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe os cuidados. Assim, tal processo é criado a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação e decifrando-as com a ajuda dos conhecimentos para compreender o seu significado e como usá-lo na ação de cuidar.

Em 2003, Collière instiga sobre a prestação dos cuidados de enfermagem ainda ficar à sombra de exames e tratamentos médicos, o que é visto como cuidado invisível

ou simplesmente inexistente – a menos que dependa do livre arbítrio do profissional de enfermagem.

Portanto, é preciso que a enfermagem identifique seu lugar como principal provedora dos cuidados com a criança com possíveis reações adversas e decifre os conhecimentos que lhes cabem, mudando ainda mais o cenário de ficar à sombra de outros profissionais e demonstrando sua importância, protagonismo e autonomia dentro das instituições.

### *3.4.1.3 Categoria 3 – Sinais e sintomas do uso de sedativos e analgésicos e a conduta da enfermagem*

Esta categoria comportou as classes 1, 2 e 3 por apresentarem conexão mais forte entre elas. Elas informam segmentos de texto que dizem sobre as causas e consequências do uso de analgésicos e sedativos, especialmente o uso por um longo tempo, os sinais e sintomas mais observados diante desse uso e os relatos sobre experiências advindas dentro do cenário de estudo.

A classe 1 foi subcategorizada em “abstinência” e “limitações sobre o uso de analgésicos e sedativos”. Essa classe apresentou as palavras “uso”, “prolongado”, “analgésicos”, “24 horas”, “abstinência” e “sedativos” como os termos mais recorrentes e contou com os profissionais TE7, ENF7, ENF5, ENF3, ENF4, TE5, ENF1, TE3 e TE4. A classe informa mais sobre as causas e efeitos advindos do uso prolongado de sedativos e analgésicos, sendo a abstinência o destaque dentro dos sinais e sintomas e as limitações que os profissionais percebem com relação ao uso de analgésicos e sedativos, como explicitado a seguir:

a gente tem muitas crianças que fazem abstinência ao uso dos sedativos (ENF5).

principalmente de internações prolongadas de tempo de sedação e de uso de sedativos concomitantemente prolongados, essas crianças tendem a sofrer mais [...] com a retirada deles [...] eles fazem mais essa síndrome de abstinência, com mais frequência (ENF3).

a gente tenta fazer isso porque para a enfermagem eu acho que a gente fica um pouco limitado (ENF3).

então, muita criança faz abstinência com o uso prolongado [...] passa mais de 24 horas acordada [...] a gente conhece pouco as drogas, a gente

conhece pouco os efeitos das drogas, a gente conhece pouco os efeitos adversos dela [...] a gente sabendo que muita criança faz esse quadro de abstinência, acho que a gente já podia evitar o quadro de abstinência (ENF7).

acho que devia ter um tempo já estabelecido para isso [...] ter um limite de tempo para criança ficar com a droga (TE3).

A classe 2 é composta pelos profissionais TE3, ENF4, ENF1, ENF6, TE1, TE5, TE4, TE8, TE2, TE7, ENF2 e as palavras mais associadas à essa classe foram “comprometimento”, “irritabilidade”, “prescrição”, “médico” e “chorar”. Sendo assim, foram criadas subcategorias denominadas “outras sintomatologias do uso prolongado” e “comunicação à equipe médica e seguimento da prescrição”. Abaixo, encontram-se os segmentos de texto que podem exemplificar isso:

torporosa, ausência de sensório, sensório comprometido, entre outras coisas também. A criança apresentou torpor, abstinência, irritabilidade por conta de muitos sedativos e curare (TE3).

parece que a criança fica dependente [...] irritabilidade, choro irritadiço, rigidez, as crianças ficam meio rígidas quando choram (ENF4).

a gente acaba fazendo muito o que vem de prescrição médica. Da nossa autonomia, é mais seguir a prescrição médica (ENF1).

pode ser de muitos sedativos e aí a criança acaba desenvolvendo uma febre muito alta caracterizada por maligna e que mesmo assim a criança precisa ser sedada. O primeiro passo é comunicar ao médico para ver a conduta que ele irá tomar (TE1).

aí geralmente a gente procura ver logo com o médico para ver se dá para melhorar aquilo ali (TE2).

A classe 3 tem a peculiaridade de apresentar as experiências destes profissionais e não foi subcategorizada. As palavras mais aparentes foram: “aqui”, “ficar”, “lembrar” e “lugar”. Os profissionais mais presentes foram o TE2, ENF5, TE6, ENF3, ENF7, ENF6, TE3, TE1 e TE7. Dessa forma, foi dado o nome de “relatos das experiências com as reações adversas de sedativos e analgésicos” para ela. Nessa categoria intermediária, foi percebido o que os profissionais veem dentro do cenário, como demonstrado a seguir:

o pessoal controla muito bem isso para não pesar muito a mão [...] aqui eu vejo que tem essa preocupação de não atropelar a criança (TE2).

mas aqui foi o lugar que mais vi (ENF5).

tem várias que passam aqui, inclusive crianças que fazem [...] até alucinação depois. De achar que está vendo coisa (ENF7).

a gente passa por isso sempre (TE7).

aqui a gente teve uma criança, uma menina, que ela ficou com uma agitação que foi muito difícil (ENF6).

a gente, aqui no serviço, é orientado a fazer se o médico falar para fazer [...] se não, continua tudo do jeito que está (TE1).

Alguns profissionais relatam possuir o saber com relação à identificação e à causa das reações adversas. Entretanto, é possível constatar a sensação de limitação e de falta de autonomia advinda desses profissionais diante do que pode ser feito após o ato de identificar tanto a abstinência quanto outras sintomatologias. Assim, perpassando entre o conhecimento e desconhecimento em torno desta temática.

Klein *et al.* (2021) informam que a síndrome de abstinência é um tema pouco explorado, principalmente nas publicações da enfermagem brasileira, e aconselham essa categoria profissional a apropriar-se de tal temática a fim de realizar uma assistência integral.

O conhecimento de como o uso destes medicamentos está associado a resultados negativos, independente da classe do fármaco, em crianças hospitalizadas em UTIP contribui para melhor direcionamento da assistência prestada de modo a criar protocolos que admitem manejos diferenciados nesses pacientes (Vieira *et al.*, 2022).

O uso de sedativos/hipnóticos e analgésicos, infusões contínuas por um período superior a 3-5 dias, o uso de relaxantes musculares simultaneamente, a interrupção abrupta desses medicamentos, características do paciente e fatores do sistema de saúde são aspectos que têm sido associados com o aparecimento de reações adversas, como a síndrome de abstinência (Araújo *et al.*, 2019; Ávila-Alzate *et al.*, 2020; Stormorken, 2021).

Além disso, em conformação com esta dissertação, outros estudos informam que os principais sintomas além de abstinência aos medicamentos sedativos e analgésicos são tremores, agitação, choro inconsolável e insônia. Entretanto, esses sinais e sintomas são variáveis, se sobrepõem aos de outras doenças e podem ser afetados pela idade do paciente e tipo de medicamento usado, o que dificulta seu reconhecimento e torna a abstinência subnotificada (Duceppe *et al.*, 2019; Ávila-Alzate *et al.*, 2020; Klein *et al.*, 2021).

Apesar da existência de estudos que ilustrem o uso de medicamentos, protocolos e métodos de desmame para prevenir e amenizar os sinais e sintomas de reações adversas, especialmente de abstinência, ainda não há um padrão-ouro preestabelecido, havendo a necessidade de estudos sobre a eficácia e a segurança dos métodos e medicamentos usados (Klein *et al.*, 2022). Todavia, é recomendado trabalhar os fatores de risco modificáveis para as reações adversas, em especial, não realizando a interrupção abrupta, ou seja, evitando o desmame superior a uma redução diária de 20% em relação à dose ideal (Amigoni *et al.*, 2022).

Ademais, outras estratégias de manejo incluem analgesia multimodal, sedação direcionada e avaliação de abstinência e delírio com ferramentas validadas, como a utilização de escalas (Ista *et al.*, 2017; Barbosa *et al.*, 2018; Duceppe, 2019; Stormorken, 2021; Amigoni *et al.*, 2022).

Em se tratando da avaliação e constatação dos sinais e sintomas da síndrome de abstinência, existem escalas validadas como a *Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale* (SOS) e a *Withdrawal Assessment Treatment* (WAT-1), já relatadas inicialmente neste estudo. Porém, Klein *et al.* (2022) percebeu grande disparidade entre os protocolos e as avaliações dos pacientes na utilização de escalas. Os instrumentos, segundo o mesmo autor, utilizados para a avaliação da Síndrome de Abstinência podem discernir entre a abstinência causada por opioides e por benzodiazepínicos, mesmo contemplando diferentes sinais e sintomas.

É possível constatar que os profissionais possuem o conhecimento das circunstâncias que podem causar as reações adversas, mesmo que eles não tenham a percepção sobre esse conhecimento e se sintam limitados sobre o que fazer diante disso, reforçando o protagonismo apenas da figura do profissional médico por prescrever os medicamentos, como pode ser visto principalmente nas falas do TE1, TE2 e ENF1.

Segundo Conrad *et al.* (2020), é objetivo de toda equipe de saúde oferecer atendimento de excelência de forma a minimizar a dor, a ansiedade e as complicações iatrogênicas. Para alcançar este equilíbrio, o enfermeiro intensivista pediátrico tem papel fundamental, pois a presença desse profissional à beira do leito, muitas vezes, o faz ser o primeiro a detectar presença de abstinência. Sendo assim, é preciso que o enfermeiro possua conhecimentos e obtenha ferramentas para avaliar e descrever com precisão os sinais e sintomas das crianças para que advoguem em nome dessa população.

Observa-se que a atitude destacada pelos profissionais de enfermagem dentro da equipe de saúde é a comunicação à equipe médica. De fato, a comunicação efetiva interfere tanto no desfecho clínico do paciente quanto no bem-estar dos profissionais, já que há diminuição do estresse entre os membros da equipe (Santos *et al.*, 2021). Entretanto, esta não é a conduta única da equipe de enfermagem.

Toda a equipe de saúde tem papel fundamental dentro da identificação e ação com relação às reações adversas do uso de sedativos e analgésicos. Todavia, observa-se uma falta de autonomia e protagonismo da equipe de enfermagem, seja por não conhecer o código de ética profissional, seja por apresentar pouco saber sobre o que pode ser feito diante da identificação de sinais e sintomas tanto da síndrome da abstinência quanto de outras reações adversas. Dessa forma, é preciso treinar e capacitar esses profissionais sobre como agir diante dessas reações e fornecer conhecimentos sobre sua própria profissão, de modo a não serem apenas cumpridores de prescrições médicas, mas serem profissionais pensantes e atuantes dentro dessa temática.

A enfermagem tem o papel técnico dos procedimentos e o papel moral da consciência profissional, da generosidade que cada profissional desenvolve na expressão da função. Assim, a identidade dos cuidados de enfermagem fundamenta-se em dois eixos antagônicos, mas complementares, o da permanência e o da modificação permanente. O esforço de encontrar uma identidade aos cuidados de enfermagem para o tornar identificáveis – e não idênticos – consiste em aceitar o reconhecimento de características permanentes que terão que se ajustar a situações mutáveis (Collière, 1999).

Os cuidados de enfermagem são influenciados pelas crenças e valores transferidos e generalizados tanto pela equipe de enfermagem quanto pela equipe multiprofissional. Mas também são influenciados pela instituição e valores tecnológicos, econômicos, sociais e, até mesmo, jurídicos. Essa concepção não pode deixar ser influenciada e, posteriormente, transformada pelos valores rígidos, dogmáticos e normativos, somente assim os profissionais de enfermagem serão capazes de clarificarem os hábitos, crenças e valores que ditam seus comportamentos e guiam as suas ações no âmbito do seu trabalho (Collière, 1999).

Assim, quando a assistência não possibilita que os profissionais expressem suas capacidades criativas e restringe suas possibilidades de realização e inovação, acaba por fornecer ao trabalho o sentido de atividade destrutiva, sem incentivo ou potencialização de possíveis virtudes de seus trabalhadores. Dessa forma, é importante permitir aos

profissionais que expressem o seu modo de ser na Enfermagem e na equipe de saúde para um cuidado integral à criança (Pivoto *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2019).

A partir da possibilidade de expressão, os profissionais de enfermagem podem obter maior autonomia, protagonismo e conhecimento acerca do que fazer, de modo que não cause danos à criança e obtenham maior segurança e qualidade no cuidado.

Além disso, uma preocupação fornecida nesta categoria vem ao encontro da ideia da enfermagem de que a prática mais importante dentro da equipe de saúde é a de comunicar e cumprir a prescrição médica. Collière (1999) informa que o papel da enfermagem ultrapassa a simples execução da prescrição médica e a relação com a pessoa adoecida e sua família, sendo, então, a fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando o mesmo a ser prestado e contribuindo para relativizar os cuidados técnicos ou facilitar sua compreensão e/ou aceitação.

Ainda, Collière (2003) relata que o status dado à enfermeira como auxiliar do médico, em que ela é sujeita a cumprir unicamente a decisão e prescrição médica, tornou impossível e indesejável qualquer interrogação sobre a natureza dos cuidados, impedindo a prestação da função legítima de cuidar perante as pessoas que precisam de cuidados.

Assim, é preciso ter em mente que a autonomia da enfermagem vem do processo de sua função ser exercida de maneira única, sem precisar de interferência de outros profissionais. O cumprimento da prescrição médica não deve ser considerado uma autonomia dos profissionais, mas sim uma parte da prática de enfermagem que pode ser negada quando em não conformidade com o tratamento da criança, ou mesmo quando esta é colocada em risco.

Para isso, é preciso conhecimento sobre o tratamento fornecido à criança e o código de ética dos profissionais de enfermagem (2017), que informa ser dever do profissional de enfermagem recusar-se a executar prescrição médica e de enfermagem quando não constar assinatura e número de registro do profissional prescritor (exceto em casos de urgência e emergência) e em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade dela, devendo esclarecer com o prescritor e registrando no prontuário.

Ribeiro *et al.* (2019) informam que a prevalência de relações de dominação e subordinação acarreta um processo de assujeitamento, interferindo na decisão da enfermeira de pensar, questionar, ocupar diferentes espaços e exercer sua autonomia como sujeito na equipe. Sendo assim, a autora aponta que para romper esse assujeitamento é preciso considerar todas as formas de manifestação da subjetividade,

possibilitando aos profissionais de enfermagem expressarem e buscarem concretizar seus desejos e vontades.

Collière (2003) retrata e critica em suas obras que todo o movimento de profissionalização da enfermagem é ancorado na figura da enfermeira – mulher –, que fica assimilada aos cuidados que presta a ponto de ser confundida com esses cuidados, já que tudo, desde as qualidades, as nobres motivações, a formação que visa modelar seu comportamento e, principalmente, as expectativas do médico estão aí para identificar uma boa ou má enfermeira e responder pelo que ela deve ser, não por aquilo que ela deve fazer. É a concepção do que ela deve ser que orienta o que ela faz e como deve fazer, de modo a exigir obediência e submissão. Sendo assim, a sociedade tende a perceber a enfermeira de maneira similar à qual a profissional percebe a si mesma: pelo seu papel moral e não a finalidade profissional da sua função.

A autora afirma, ainda, que o desejo de prestar os cuidados às pessoas em situação de adoecimento ultrapassa a simples motivação ideológica e utiliza o conteúdo da relação para dar aos cuidados outras bases que vão além da compaixão e tecnicidade.

Os efeitos do pensamento de tecnicidade centrado na doença sobre a prática da enfermagem foram uma herança antiga de valores morais e religiosos adotados no modelo biomédico, que valoriza o cuidado como técnica prática ou procedimentos técnicos que fundamentam as ações da enfermagem. A posteriori, novas características influenciaram a prática da enfermagem, que encontra sua razão de ser na pessoa que está sendo tratada. Isso quer dizer que os cuidados só possuem sentido quando fazem relação com a realidade do doente, forma como vive, maneira com que enfrenta sua doença, o contexto social em que está inserido, sua idade, sexo, hábitos alimentares e de higiene e como vive com a doença (Collière, 1999).

Assim, é importante cumprir a prescrição médica, quando esta estiver disponível, conforme a melhor necessidade clínica da criança, mas tendo em mente que não é a única forma de fornecer o cuidado de enfermagem. Afinal, a enfermagem é a profissão que está mais presente do lado da criança e, portanto, melhor identificando as necessidades de cuidado e as possibilidades de reajustes de tratamentos, caso preciso. Desse modo, a participação da enfermagem nos *rounds* é uma forma de mostrar seus conhecimentos e discutir o melhor manejo das questões advindas das crianças como membro da equipe de saúde.

Na observação não participante, foi identificada a falta de participação da enfermagem, tanto da enfermeira da rotina quanto da plantonista. Assim, carece de a

enfermagem estar presente em espaços que demonstrem à equipe multiprofissional e à própria categoria a sua importância e seu protagonismo.

Para Collière (1999), o papel de uma profissão é a expressão da função individual que cada um desenvolve de uma maneira, ou seja, na equipe de enfermagem, cada membro irá desenvolver sua atividade de acordo com seus princípios, formação acadêmica e conhecimento teórico-científico.

O princípio da identidade dos cuidados é complexo e composto pela interligação única e singular de várias variáveis, como idade, sexo, parentesco e profissão. Além disso, é caracterizado pela individualidade da rede à qual pertence e responsável por distinguir o aspecto original, particular e singular de um objeto, indivíduo ou grupo em relação a outros. Para os cuidados de enfermagem, há uma necessidade de discernir sua finalidade original e evidenciar os aspectos singulares ou as circunstâncias específicas deste tipo de cuidados em relação aos que podem prestar às outras pessoas, como, por exemplo, o cuidado materno, a intervenção médica ou de outro profissional (Collière, 1999).

Desse modo, para identificar os cuidados de enfermagem é preciso reconhecer sua natureza e as referências que participam da sua elaboração, como o conhecimento, os instrumentos, as crenças e os valores que o fundamentam para a construção do processo de cuidados de enfermagem. Então, para definir a natureza dos cuidados de enfermagem, é primordial identificar o fundamento destes, porque fazem parte da atividade do cotidiano e permanente da vida (Collière, 1999).

Sendo assim, os cuidados e o olhar da equipe de enfermagem são indispensáveis dentro do contexto de sedação e analgesia e gera diversos benefícios dentro de UTIP. Portanto, o reconhecimento desse trabalho precisa ser tanto do profissional de enfermagem quanto da população e de outros profissionais.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes identificam como principais reações adversas causadas no uso de sedativos e analgésicos por crianças hospitalizadas em UTIP: choro, irritação, tremores e abstinência. Além disso, foi possível avaliar as práticas assistenciais que a equipe de enfermagem realiza em seu cuidado, tendo destaque o acalento e o banho morno.

Se por um lado o profissional de enfermagem demonstra conhecimento acerca das reações adversas, por outro não toma decisões e posicionamento frente à equipe de saúde sobre o cuidado de enfermagem a ser implementado. Mesmo realizando cuidados para além da prescrição médica, esses profissionais apresentam dificuldade na identificação destas práticas como importantes dentro do contexto de cuidado à criança.

É importante frisar que não deveria haver soberania de profissionais dentro da equipe de saúde, sendo essencial cada saber específico para o melhor tratamento e discussão clínica dos casos. Diante disso, a enfermagem pode e deve reconhecer seu espaço e ocupá-lo.

Destaca-se que, nos prontuários, houve carência dos registros de sinais e sintomas na evolução do enfermeiro e nas anotações dos técnicos de enfermagem. Nas entrevistas, os profissionais demonstraram interesse em participar e saber mais sobre o assunto após a coleta e, nas observações, ficou claro a tentativa de atuação dos profissionais de enfermagem frente às reações adversas.

A UTIP é um cenário onde a enfermagem necessita de conhecimento e atuação rápida em diversas áreas, tendo em vista a complexidade do público que ali se encontra. Assim, é preciso obter o conhecimento sobre os sedativos e analgésicos para prevenir e tratar quaisquer reações adversas que possam vir a existir.

Diante disso, a equipe de enfermagem conhece acerca da identificação de sintomatologias das reações adversas. Porém, não há conhecimento suficiente do seu papel dentro da equipe de saúde, tendo como principais falas a importância da comunicação ao profissional médico e o cumprimento da prescrição desse profissional, mesmo diante a recursos – não medicamentosos – observados que podem auxiliar no tratamento da criança acometida por reações adversas.

É necessário, então, que a equipe de enfermagem perceba sua posição e identidade dentro da equipe multiprofissional e se sinta parte essencial, não apenas como cumpridora de ordens. Afinal, a enfermagem não é subordinada a nenhuma outra

categoria profissional, mas sim trabalha em conjunto com todos os profissionais responsáveis pela criança com o objetivo de melhorar a condição clínica desta.

A insegurança desses profissionais pode advir de uma deficiência no conhecimento ou na autonomia profissional. Sendo assim, é preciso treinar e capacitar a equipe de enfermagem para conhecer sua atuação e limites, tendo em vista o código de ética de enfermagem e revendo conhecimentos acerca de matérias como farmacologia. Afinal, o conhecimento farmacológico não pode ser apenas do prescritor, tendo em vista que os profissionais graduados em enfermagem possuem conhecimento de farmacologia desde a graduação e são eles que administram os medicamentos, sendo tão responsáveis em relação às suas consequências quanto quem prescreve.

Durante as entrevistas, foram identificadas algumas contribuições já de imediato. Diversos profissionais, após o encerramento da gravação, ficaram interessados em saber o que poderiam fazer para melhorar a assistência, visando reduzir as reações adversas nas crianças em uso de sedação e analgesia, especialmente as que permaneceram por tempo prolongado em uso de ventilação mecânica. Assim, constata-se a preocupação com o tratamento da criança internada e a vontade de conhecer mais sobre a própria prática.

Para isto, recomenda-se a realização de mais estudos, especialmente nacionais, com os profissionais de enfermagem que cuidam do público infantil, para objetivar um melhor manejo e cuidado centrado na principal figura: a criança. Ademais, trabalhos que aumentem a autonomia do profissional de enfermagem dentro dos espaços que podem ser ocupados por eles podem ser de grande valor para a categoria.

A realização deste trabalho em apenas uma UTIP com características específicas foi uma limitação. Assim, propõe-se a replicação em outros cenários.

## REFERÊNCIAS

AMIGONI A. *et al.* High doses of benzodiazepine predict analgesic and sedative drug withdrawal syndrome in paediatric intensive care patients. **Acta Paediatr.**, v. 103, n. 12, p. e538-43, dez. 2014. DOI: <https://doi-org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1111/apa.12777>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.12777>. Acesso em: fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Recommendations for analgesia and sedation in critically ill children admitted to intensive care unit. **Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care**, v. 2, n. 9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s44158-022-00036-9>. Disponível em: <https://janesthanalgcritcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s44158-022-00036-9>. Acesso em: 5 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Withdrawal Assessment Tool-1 monitoring in PICU: a multicenter study on iatrogenic withdrawal syndrome. **Pediatr. Crit. Care Med.**, v. 18, n. 2, p. e86-e91, 2017. DOI: <https://doi-org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1097/PCC.0000000000001054>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28157809/>. Acesso em: 5 fev. 2022.

ARANDA, J.V. **Neonatal and pediatric pharmacology: therapeutic principles in practice**. 5 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2020.

ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais - o DSM-5. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAÚJO, G. G. *et al.* O estresse da hospitalização na infância na perspectiva do enfermeiro. **Rev. Recien.**, São Paulo, v. 11, n. 33, p. 186-194, 2021. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.186-194>. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/363>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ARAÚJO, M. M. *et al.* Perfil do uso de sedoanalgesia em crianças sob ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Residência Pediátrica**, v. 9, n. 3, p. 246-51, 2019. DOI: [10.25060/residpediatr-2019.v9n3-09](https://doi.org/10.25060/residpediatr-2019.v9n3-09). Disponível em: <https://residenciapediatria.com.br/sumario/47>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BARBOSA, M. S. R. *et al.* Tradução e adaptação transcultural da escala Cornell Assessment of Pediatric Delirium para língua portuguesa. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 30, n. 2, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180033>. Disponível em: <https://criticalcarescience.org/artigo/detalhes/0103507X-30-2-9>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BARBOSA, T. P. *et al.* Associação entre nível de sedação e mortalidade de pacientes em ventilação mecânica em terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019006903628>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/8v7dYpfSsjFmp7DM95s3hrB/?lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2022.

BARNES, S.; YASTER, M.; KUDCHADKARM S. R. Gestão de sedação pediátrica. **Pediatr. Rev.**, v. 37, p. 203-12, 2016.

BEST, K. M.; ASARO, L. A.; CURLEY, M. A. Q. Sedation Management for Critically Ill Children with Pre-Existing Cognitive Impairment. **The Journal of Pediatrics**, v. 206, p. 204-11.e1, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.10.042>. Disponível em: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(18\)31549-X/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(18)31549-X/abstract). Acesso em: 24 maio 2022.

\_\_\_\_\_.; BOULLATA, J. I.; CURLEY, M. A. Q. Risk factors associated with iatrogenic opioid and benzodiazepine withdrawal in critically ill pediatric patients: a systematic review and conceptual model. **Pediatr. Crit. Care Med.**, v. 16, n. 2, p. 175- 83, 2016. DOI: <https://doi-org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1097/PCC.0000000000000306>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560429/>. Acesso em: 24 maio 2022.

BOSCH-ALCARAZ, A. *et al.* Discomfort of the critically ill paediatric patient and correlated variables. **Aust. Crit. Care.**, v. 33, n. 6, p. 504-10, 2020. DOI: 10.1016/j.aucc.2020.02.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32605846/>. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados a Assistência em Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 10 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 10 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Ações para a promoção da Segurança do Paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, 2013. Disponível em: [https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/%281%29RDC\\_36\\_2013\\_COM\\_P.pdf/ca75ee9f-aab2-4026-ae12-6feef3754d13](https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/%281%29RDC_36_2013_COM_P.pdf/ca75ee9f-aab2-4026-ae12-6feef3754d13). Acesso em: 20 nov. 2023.

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, 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**, 6. ed. Sao Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 176 p.

CHOONG, K. Picu-acquired complications: the new marker of the quality of care. **ICU Manag. Pract.**, v. 19, n. 2, p. 85–8, 2019.

CIOMS. Cumulative Pharmacovigilance Glossary, Geneva, Switzerland: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 2021.

COLLETI JUNIOR, J. *et al.* Practices related to assessment of sedation, analgesia and delirium among critical care pediatricians in Brazil. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. eAO5168, jan. 2020. DOI: 10.31744/einstein\_journal/2020AO5168. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/praticas-relacionadas-a-avaliacao-de-sedacao-analgesia-e-delirium-entre-pediatras-intensivistas-no-brasil/>. Acesso em: 24 maio 2022.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar... a primeira arte da vida**, 2. ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, 2003. 440 p.

\_\_\_\_\_. **Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem**. 4. ed. Coimbra: Ledil, 1999. 388 p.

COSTA, A.; REIS, L.; MOREIRA, A. Computer Supported Qualitative Research. **Advances in Intelligent Systems and Computing**, v. 1068, p. 189-205, 2019. DOI: [http://doi.org/10.1007/978-3-030-31787-4\\_16](http://doi.org/10.1007/978-3-030-31787-4_16). Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-31787-4\\_16](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-31787-4_16). Acesso em: 2 jul. 2023.

DAVERIO, M. *et al.* Pain and sedation management and monitoring in pediatric intensive care units across Europe: an ESPNIC survey. **Crit. Care**, v. 26, n. 88, 2022. DOI: <https://doi-org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s13054-022-03957-7>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35361254/>. Acesso em: 24 maio 2022.

DUCEPPE, M. A. *et al.* Frequency, risk factors and symptomatology of iatrogenic withdrawal from opioids and benzodiazepine in critically ill neonates, children and adults: a systematic review of clinical studies. **J. Clin. Pharm. Ther.**, v. 44, n. 2, p. 148-56, 2019. DOI: <https://doi-org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jcpt.12787>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30569508/>. Acesso em: 24 maio 2022.

EGBUTA, C.; MASON, K. P. Current state of analgesia and sedation in the pediatric intensive care unit. **J. Clin. Med.**, v. 10, n. 9, p. 1847, 2021. DOI: <https://doi-org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.3390/jcm10091847>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33922824/>. Acesso em: 24 maio 2022.

EKINCI, F. *et al.* Sedation and Analgesia Practices in Pediatric Intensive Care Units: A Survey of 27 Centers from Turkey. **J. Pediatr. Intensive Care.**, v. 10, n. 4, p. 289-97, set. 2020. DOI: 10.1055/s-0040-1716886. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34745703/>. Acesso em: 28 maio 2022.

EDELVINO, M. A. L. *et al.* Segurança do paciente: uma análise do aprazamento de medicamentos. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 4, p. 87-91, 2019.

FERNÁNDEZ-CARRIÓN, F. *et al.* Síndrome de abstinencia en Cuidados Intensivos Pediátricos. Incidencia y factores de riesgo. **Med. Intensiva**, v. 37, n. 2, p. 67-74, 2013. Disponível em: <http://www.medintensiva.org/es/linkresolver/sindrome-abstinencia-cuidados-intensivos-pediatricos-/S0210569112000952/>. Acesso em: 30 maio 2022.

GALIAZZI, M. C.; RAMOS, M. G. Aprendentes do aprender: um exercício de Análise Textual Discursiva. **Indagatio Didactica**, v. 5, n. 2, p. 868-83, 2013. DOI: <https://doi.org/10.34624/id.v5i2.4450>. Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/4450>. Acesso em: 19 jan. 2024.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Análise lexical do Código de Ética Odontológica. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 47, n. 2, p. 79–84, 2018.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GRANT, M. J. *et al.* Investigative Team. Prospective evaluation of sedation-related adverse events in pediatric patients ventilated for acute respiratory failure. **Crit. Care Med.**, v. 40, n. 4, p. 1317-23, abr. 2012. DOI: [10.1097/CCM.0b013e31823c8ae3](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31823c8ae3). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22425823/>. Acesso em: 02 jun. 2022.

GUERRA, G. G. *et al.* Canadian Critical Care Trials Group. Music Use for Sedation in Critically ill Children (MUSiCC trial): a pilot randomized controlled trial. **J. Intensive Care**. v. 9, n. 1, p. 7, jan. 2021. DOI: [10.1186/s40560-020-00523-7](https://doi.org/10.1186/s40560-020-00523-7). Disponível em: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-020-00523-7>. Acesso em: 28 maio 2022.

HANSER, A. *et al.* A nurse-driven analgesia and sedation protocol reduces length of PICU stay and cumulative dose of benzodiazepines after corrective surgery for tetralogy of Fallot. **Ped. Nursing**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jspn.12291>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jspn.12291>. Acesso em: 2 jun. 2022.

HARRIS, J. *et al.* Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. **Intensive Care Med**. v. 42, n. 6, p. 972-86, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-016-4344-1>. Acesso em: 02 jun. 2022.

HORTA, W. A. Nota preliminar sobre o histórico de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 3, n. 2, p. 33-38, set. 1969.

\_\_\_\_\_. Metodologia do processo de enfermagem. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 24, n. 6, p. 81, out.-dez. 1971.

\_\_\_\_\_. Conceito de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 2, n. 2, p. 1-5, 1968.

\_\_\_\_\_. Dois instrumentos básicos em enfermagem. **Rev. Esc Enf. USP**, v. 4, n. 1-2, p. 3, mar.-set. 1970a.

\_\_\_\_\_. Contribuição a uma teoria de enfermagem. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 22, n. 3-6), p. 119-125, jul.-dez. 1970b.

\_\_\_\_\_. Processo de enfermagem. **Ciência e Cultura**, v. 24, n. 6, p. 534, jun. 1972. Suplemento.

\_\_\_\_\_. Teoria das necessidades humanas básicas. **Ciência e Cultura**, v. 25, n. 6, p. 568, jun. 1973. Suplemento.

IBIEBELE, I. *et al.* Pediatric admissions that include intensive care: a population-based study. **BMC Health Serv. Res.**, v. 18, p. 264, 2018. DOI: [10.1186/s12913-018-3041-x](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3041-x). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29631570/>. Acesso em: 2 jun. 2022.

ISTA, E. *et al.* Withdrawal symptoms in critically ill children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: a first evaluation. **Crit. Care Med.**, v. 36, n. 8, p. 2427-32, 2008. DOI: <https://doi-org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1097/CCM.0b013e318181600d>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18596622/>. Acesso em: 28 maio 2022.

\_\_\_\_\_. Construction of the Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale (SOS) for critically ill children. **Intensive Care Med.**, v. 35, p. 1075–81, abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Psychometric evaluation of the Sophia Observation withdrawal symptoms scale in critically ill children. **Pediatr. Crit. Care Med.**, v.14, n. 8, p. 761-69, ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Sophia Observation withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium scale: A tool for early screening of delirium in the PICU. **Aust. Crit. Care**, pii: S1036-7314, n. 17, p. 30283-7, 2017.

KEOGH, S. J. *et al.* Practice guidelines for sedation and analgesia management of critically ill children: a pilot study evaluating guideline impact and feasibility in the PICU. **BMJ open**, v. 5, n. 3, p. e006428, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006428>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e006428>. Acesso em: 5 jun. 2022.

KLEIN K. *et al.* Síndrome de abstinência pediátrica identificação, fatores de riscos e tratamento. **Rev. Recien.**, São Paulo, v. 11, n. 36, p. 54-64, 2021. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.54-64>. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/491>. Acesso em: 5 jun. 2022.

KUDCHADKAR, S. R.; YASTER, M.; PUNJABI, N. M. Práticas de sedação, promoção do sono e triagem de delírios no cuidado de crianças mecanicamente ventiladas: um alerta para a comunidade de cuidados críticos pediátricos. **Crit. Care Med.**, v. 42, p. 1592-600, 2014.

LARSON, G. E.; MCKEEVER, S. Nurse titrated analgesia and sedation in intensive care increases the frequency of comfort assessment and reduces midazolam use in paediatric patients following cardiac surgery. **Aust. Crit. Care.**, v. 31, n. 1, p. 31-36,

jan. 2018. DOI: 10.1016/j.aucc.2017.02.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28284593/>. Acesso em: 7 jun. 2022.

LAURES, E. *et al.* Práticas de avaliação da dor na unidade de terapia intensiva pediátrica. **J. Pediatr. Nurs.**, v. 48, p. 55-62, 2019. DOI: [doi:10.1016/j.pedn.2019.07.005](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.07.005). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31325800/>. Acesso em: 5 jun. 2022.

LIMA, V. M. R.; AMARAL-ROSA, M. P.; RAMOS, M. G. Análise Textual Discursiva apoiado por software: IRaMuTeQ e a análise de subcorpus. **New Trends Qualitative Research**, v. 7, p. 1-9, 2021. DOI: <http://doi.org/10.36367/ntqr.7.2021.1-9>. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/298>. Acesso em: 19 jan. 2024.

\_\_\_\_\_.; RAMOS, M. G. Percepções de interdisciplinaridade de professores de Ciências e Matemática: um exercício de Análise Textual Discursiva. **Revista Lusófona de Educação**, v. 36, p. 163-177, 2017. DOI: 10.24140/issn.1645-7250.rle36.11. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/5997/3710>. Acesso em: 19 jan. 2024.

LOWEN, I. M. V. *et al.* Managerial nursing competencies in the expansion of the family health strategy. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 6, p. 964–970, 2015.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 8. ed. São Paulo: EPU, 2004. cap. 3, p. 25-44.

MACHADO, V. V. *et al.* Evaluation of pain in the pediatric patient by nurse in the hospital. **Journal of pediatric intensive care**, v. 1, n. 2, p. 87–93, 2012. DOI: <https://doi.org/10.3233/PIC-2012-015>. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-pediatric-intensive-care/pic015>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Rev. UNIVAP.**, São Paulo, v. 20, n. 35, jul. 2014.

MATHIAS, T. L.; GUIDONI, C. M.; GIROTTO, E. Tendências de eventos toxicológicos relacionados a medicamentos atendidos por um Centro de Informações Toxicológicas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/G7MkPFPkpbPPZC3G46QgQbn/>. Acesso em: 08 jul. 2022.

MEYBURG, J. *et al.* Patterns of postoperative delirium in children. **Pediatr. Crit. Care Med.**, v. 18, n. 2, p. 128-33, 2017.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 8 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MODY, K. *et al.* Benzodiazepínicos e desenvolvimento de delírio em crianças gravemente doentes: estimação do efeito causal. **Crit. Care Med.**, v. 46, p. 1486-91, 2018. DOI: 10.1097/CCM.0000000000003194. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727363/>. Acesso em: 5 jun. 2022.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 3. ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2016. 264 p.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?lang=en>. Acesso em: 6 ago. 2023.

NOGUEIRA, I. S. *et al.* Atenção ao idoso: práticas de educação permanente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. 1-9, 2019.

PATEL, A. K.; BELL, M. J.; TRAUBE, C. *Delirium* em cuidados críticos pediátricos. **Pediatr. Clin. North. Am.**, v. 64, p. 1117-32, 2017.

PIVOTO F. L.; FILHO W. D. L.; LUNARDI V. L.; SILVA P.A. Organization of work and the production of subjectivity of the nurse related to the nursing process. **Esc Anna Nery.**, v. 21, n. 1, p. e20170014, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/b6WJbkmFP55HbXP86QvsTPs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 set. 2023.

PLAYFOR, S. *et al.* Diretrizes de consenso sobre sedação e analgesia em crianças gravemente doentes. **Cuidados Intensivos Med.**, v. 32, p. 1125-36, 2006.

RAMOS, M. G.; LIMA, V. M. R.; AMARAL-ROSA, M. P. IRAMUTEQ Software and Discursive Textual Analysis: Interpretive Possibilities. *In*: COSTA, A.; REIS, L.; MOREIRA, A. Computer Supported Qualitative Research. WCQR 2018. Advances in Intelligent Systems and Computing, v. 861, p. 58-72, 2019. DOI: [http://doi.org/10.1007/978-3-030-01406-3\\_6](http://doi.org/10.1007/978-3-030-01406-3_6). Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-01406-3\\_6](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-01406-3_6). Acesso em: 22 jan. 2024.

RANG, H. P. *et al.* **Rang & Dale: Farmacologia**. 8 ed. São Paulo: Elsevier, 2016. 784 p.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires – 0.7 alpha 2**. 2014. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 8 set. 2023.

REINOSO, G.; ACOSTA, C.; VIZCARRA, D. Procedimentos de sedoanalgesia em emergências: Cuidados de enfermeira. **Medicina Infantil**, v. 27, n. 2, p. 210-25, 2020.

RIBEIRO, G. S. R. *et al.* Análise do aprazamento de enfermagem em uma UTI: foco na segurança do paciente. **Rev. Pesq. Univ. Fed. Estado Rio J.**, v. 10, n. 2, p. 510-15, abr.-jun. 2018. DOI: [10.9789/2175-5361.2018.v10i2.510-515](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.510-515). Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6113>. Acesso em: 21 set. 2023.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; MOTA, M. S. Productivity of subjectivity and autonomy of nursing professionals in Pediatrics. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 41–48, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0591>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NXFxXnFhckN37ftLfNnH3LS/?lang=en>. Acesso em: 21 set. 2023.

ROSENBERG, L.; TRAUBE, C. Sedation strategies in children with pediatric acute respiratory distress syndrome (PARDS). **Ann. Transl. Med.**, v. 7, n. 19, p. 509, out. 2019. DOI: [10.21037/atm.2019.09.16](https://doi.org/10.21037/atm.2019.09.16). Disponível em: <https://atm.amegroups.org/article/view/29656/html>. Acesso em: 5 jun. 2022.

SANCHES, G. M. L.; GRIFFIN, C. M. C.; ALMEIDA, F. A. Adaptação cultural da withdrawal assesment tool version (wat – 1) para língua portuguesa falada no Brasil. **Nursing Edição Brasileira**, São Paulo, v. 24, n. 283, p. 6818–31, 2021. DOI: [10.36489/nursing.2021v24i283p6818-6831](https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i283p6818-6831). Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2111>. Acesso em: 5 jun. 2022.

SANTANA, A. V. B. *et al.* Assistência de enfermagem: os desafios enfrentados no processo da sedação. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, p. e19012441133, 2023. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41133>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41133>. Acesso em: 20 out. 2023.

SANTOS, C *et al.* Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 2, 2020.

SANTOS, T. O.; LIMA, M. A. C.; ALVES, V. S.; RIBEIRO, M. C. A. *et al.* Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Rev. Mult. Psic.**, v.15, n. 55, p. 159-68, maio 2021. ISSN 1981-1179. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i55.3030>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3030>. Acesso em: 15 out. 2023.

SILVA, P. S. *et al.* Opioid and benzodiazepine withdrawal syndrome in PICU patients: which risk factors matter? **J. Addict. Med.**, v. 10, n. 2, p. 110–16, 2016. DOI: <https://doi-org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1097/ADM.000000000000197>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26927302/>. Acesso em: 5 jun. 2022.

SILVA, V. A. *et al.* Auditoria da qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários em um hospital universitário. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 28-33, jul. 2019.

SOARES, M. Z. L.; MOHALLEM, A. G. C.; BRANDI, S.; CUNHA, M. L. R. Comparação entre as escalas de Comfort-Behavior e Ramsay em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. dor**, v. 15, p. 1, jan.-mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140007>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rdor/a/ZKwVp6f8pFtPm59QKvttkRw/?lang=en>. Acesso em: 6 ago. 2022.

SOLODIUK, J. C. *et al.* Effect of a Sedation Weaning Protocol on Safety and Medication Use among Hospitalized Children Post Critical Illness. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 49, p. 18-23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.08.001>. Disponível em: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(19\)30209-X/abstract](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(19)30209-X/abstract). Acesso em: 2 jun. 2022.

SOUZA, M. A. R. de. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03353, 2018.

TABACCO, B.; TACCONI, C.; AMIGONI, A. Survey on monitoring analgesia and sedation in the Italian Pediatric Intensive Care Units. **Minerva Anestesiol**, v. 83, n. 10, p. 1010-16, out. 2017. DOI: 10.23736/S0375-9393.17.11707-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28358177/>. Acesso em: 17 jun. 2022.

TAPIA, R. *et al.* Validity and Reliability of the Richmond Agitation-Sedation Scale in Pediatric Intensive Care Patients: A Multicenter Study. **Front. Pediatr.**, v. 9, p. 795487, jan. 2022. DOI: 10.3389/fped.2021.795487. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2021.795487/full>. Acesso em: 17 jun. 2022.

TELECHEA, H. *et al.* Evaluación del uso de sedación y analgesia en niños con asistencia ventilatoria mecánica. **Arch Pediatr Urug.**, v. 90, n. 1, p. 6-11, 2019.

VERASZTO, E. V. *et al.* Evaluation of concepts regarding the construction of scientific knowledge by the congenitally blind: an approach using the correspondence analysis method. **Ciênc. Educ.**, v. 24, n. 4, p. 837-57, 2018.

VERLAAT, C. W. *et al.* Randomized controlled trial of daily interruption of sedatives in critically ill children. **Paediatric anaesthesia**, v. 24, n. 2, p. 151-56, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/pan.12245>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pan.12245>. Acesso em: 5 jul. 2022.

VET, N. J. *et al.* Sedação ideal em pacientes de terapia intensiva pediátrica: uma revisão sistemática. **Cuidados Intensivos Med.**, v. 39, p. 1524-34, 2013.

VIEIRA, T. *et al.* Uso de sedativos e analgésicos e desfechos hospitalares em terapia intensiva pediátrica: estudo de coorte. **BrJP.**, v. 5, n. 2, abr.-jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220030-pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/m9BbgKbVbjxkCYX4QDPYZxq/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2022.

WALAS, W. *et al.* Skin conductance measurement for the assessment of analgosedation adequacy in infants treated with mechanical ventilation: A multicenter pilot study. **Adv. Clin. Exp. Med.**, v. 29, n. 9, p. 1117-21, set. 2020. DOI: 10.17219/acem/126286. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32937040/>. Acesso em: 5 jul. 2022.

ZEILMAKER-ROEST, G. A. *et al.* An international survey of management of pain and sedation after paediatric cardiac surgery. **BMJ Paediatr Open.**, v. 1, n. 1, p. e000046, jul. 2017. DOI: 10.1136/bmjpo-2017-000046. Disponível em: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/1/1/e000046>. Acesso em: 20 jun. 2022.

ZUPPA, A. F.; CURLEY, M. A. Q. Analgesia de sedação e bloqueio neuromuscular no cuidado crítico pediátrico: visão geral e paisagem atual. **Pediatr. Clin. North. Am.**, v. 64, p. 1103-16, 2017.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Você associa algum sinal e sintoma apresentado pela criança ao uso prolongado de analgésico e sedativo? Se sim, qual(is)?
2. Me conte sobre alguma experiência que teve acerca de reação adversa no uso prolongado de sedativo e/ou analgésico.
3. Como você atua na identificação de reação adversa no uso prolongado de sedativo e/ou analgésico?

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS  
PARTICIPANTES – TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nº entrevista: \_\_\_\_ ( ) Técnico de Enfermagem (TE)

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Não informado

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de atividade profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de atividade profissional na Pediatria: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência em UTIP: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência na UTIP do cenário de estudo: \_\_\_\_\_

Vínculo: ( ) servidor ( ) terceirizado

Participou de atividades de qualificação/treinamento profissional nos últimos 3 anos acerca de medicamentos sedativos e analgésicos e/ou suas reações adversas:

( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

( ) Não.

E sobre cuidados com crianças em cuidados críticos?

( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

( ) Não.

Possui graduação: ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Não

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS  
PARTICIPANTES – ENFERMEIRO**

Nº entrevista: \_\_\_\_ ( ) Enfermeiro (E)

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Não informado

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de atividade profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de atividade profissional na Pediatria: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência em UTIP: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência na UTIP do cenário de estudo: \_\_\_\_\_

Vínculo: ( ) servidor ( ) terceirizado

Formação profissional na enfermagem: ( ) Doutorado. Área: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado. Área: \_\_\_\_\_

( ) Especialização. Área: \_\_\_\_\_

( ) Residência. Área: \_\_\_\_\_

Possui outra graduação: ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Não

Exerce esta graduação: ( ) Sim. ( ) Não

Participou de atividades de qualificação/treinamento profissional nos últimos 3 anos acerca de medicamentos sedativos e analgésicos e/ou suas reações adversas:

( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

( ) Não.

E sobre cuidados com crianças em cuidados críticos?

( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

( ) Não.

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE  
(DIÁRIO DE CAMPO)**

Momento da reunião multiprofissional (*round*) – participação da enfermagem nas discussões clínicas da criança

Momento do exame físico pelo enfermeiro

Momento da higiene corporal da criança

Momento de administração do medicamento

**APÊNDICE E - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO  
PRONTUÁRIO**

Diagnóstico de internação da criança: \_\_\_\_\_

Outros diagnósticos: \_\_\_\_\_

Tempo de permanência na UTIP: \_\_\_\_\_

Uso de quais dispositivos invasivos:

TOT Tempo: \_\_\_\_\_  TQT Tempo: \_\_\_\_\_

SNG Tempo: \_\_\_\_\_  SNE Tempo: \_\_\_\_\_

Acesso Venoso Periférico Tempo: \_\_\_\_\_

PICC Tempo: \_\_\_\_\_

Acesso Venoso Profundo Tempo: \_\_\_\_\_

Cateter semi implantado Tempo: \_\_\_\_\_

Cateter totalmente implantável Tempo: \_\_\_\_\_

CVD Tempo: \_\_\_\_\_

PAI Tempo: \_\_\_\_\_

Medicações sedativas utilizadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de infusão:  infusão contínua  se necessário

Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Medicações analgésicas utilizadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de infusão:  infusão contínua  se necessário

Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Relato sobre reações adversas pelo profissional da saúde:  Sim  Não

Se sim, quais profissionais relataram?

\_\_\_\_\_

Quais sinais e sintomas foram relatadas? (por data)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Algum diagnóstico foi dado após o relato?

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Não

Algum tratamento foi aplicado?

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Não

Quais cuidados de enfermagem foram relatados após esta identificação?

---

---

## APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UFRJ


 Ministério da Saúde  
 FIOCRUZ  
 Fundação Oswaldo Cruz

 INSTITUTO NACIONAL  
 FERNANDES FIGUEIRA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Resolução 466/2012 e 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: A prática de enfermagem frente as reações adversas do uso prolongado de analgésicos e sedativos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Pesquisadoras responsáveis: **Thamires da Silva Papera** – E-mail: [thamipapera@gmail.com](mailto:thamipapera@gmail.com) – Telefone: (21) 96423-3867 e **Tania Vignuda de Souza** - E-mail: [tvignuda2013@gmail.com](mailto:tvignuda2013@gmail.com) – Telefone:(21) 99434-9690

Instituição responsável pela pesquisa: Escola de Enfermagem Anna Nery

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova - Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20211-110

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “A prática de enfermagem frente as reações adversas do uso prolongado de analgésicos e sedativos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica”, pois você é profissional de enfermagem atuante em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com experiência de, pelo menos, 3 meses neste cenário. Este estudo pretende melhorar a qualidade dos cuidados com as crianças gravemente enfermas e valorizar a atuação e autonomia da enfermagem frente as reações adversas do uso prolongado de sedativos e analgésicos, afinal, são estes profissionais que costumam manipular e administrar estes medicamentos. Possui como objetivos: descrever as reações adversas do uso prolongado de sedativos e analgésicos identificadas pela equipe de enfermagem; analisar a atuação da equipe de enfermagem frente as reações adversas do uso prolongado de sedativos e analgésicos nas crianças; e discutir as implicações dos cuidados de enfermagem prestados à criança que apresenta reações adversas no uso prolongado de analgésicos e sedativos.

Nesta pesquisa, a coleta de dados será realizada através da entrevista semiestruturada, do preenchimento de um formulário sobre sua vida profissional, da coleta de informações como o relato da equipe de enfermagem sobre a sua prática frente as reações adversas após uso prolongado de sedativos e analgésicos no prontuário da criança e a observação não participante. Neste momento, você pode autorizar, de forma voluntária, a entrevista semiestruturada que irá durar cerca de 40 minutos e será gravada através de um gravador de voz para, posteriormente,

ser transcrita e a observação não participante que será realizada em outro momento oportuno. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação e, para isto, utilizaremos codinomes.

Os riscos relacionados a pesquisa estão relacionados a possibilidade de surgir algum constrangimento com relação a sensação de desconhecimento sobre as reações adversas do uso prolongado de analgésicos e sedativos. Caso relate desconforto, a pesquisa poderá ser pausada por alguns minutos e reiniciada após sua melhora ou, até mesmo, ser cancelada caso o desconforto permaneça. Como benefícios, este estudo pretende entender a prática da equipe de enfermagem acerca das reações adversas do uso prolongado de sedativos e analgésicos para, então, melhorar a qualidade da assistência, garantir a segurança do paciente, fornecer autonomia para enfermagem como membro da equipe multiprofissional e gerar um cuidado mais integral e adequado de crianças gravemente enfermas.

Você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo a você. O pesquisador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se for julgado que seja necessário para o seu bem-estar.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais e você não terá qualquer despesa com a realização deste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido indenização e/ou ressarcimento, caso ocorra algum dano eventual por conta da pesquisa.

Você poderá retirar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Caso haja alguma situação de não conformidade durante a etapa da coleta de dados, a pesquisadora poderá vir a pausar a pesquisa e a coleta dos dados.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados tanto a equipe participante quanto para a Instituição após a conclusão do estudo e será realizada por meio de palestras ou reuniões em grupo, presencial ou virtualmente. Além disso, pretende-se publicar artigos e apresentar tais resultados em eventos científicos.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepeeanhfa@gmail.com; Telefone: 21-3938-0962).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) também se encontra à disposição

para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552- 8491).

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF número \_\_\_\_\_, pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coação sobre os objetivos.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura \_\_\_\_\_

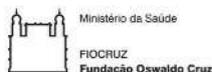
Telefone \_\_\_\_\_

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

## APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução 466/2012 e 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: A prática de enfermagem frente as reações adversas do uso prolongado de analgésicos e sedativos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Pesquisadoras responsáveis: **Thamires da Silva Papera** – E-mail: [thamipapera@gmail.com](mailto:thamipapera@gmail.com) –  
Telefone: (21) 96423-3867 e **Tania Vignuda de Souza** - E-mail: [tvignuda2013@gmail.com](mailto:tvignuda2013@gmail.com) –  
Telefone:(21) 99434-9690

Instituição responsável pela pesquisa: Escola de Enfermagem Anna Nery

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova - Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20211-110

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Eu Thamires da Silva Papera, responsável pela pesquisa “A prática de enfermagem frente as reações adversas do uso prolongado de analgésicos e sedativos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica”, estou fazendo um convite para seu filho (a) participar como participante deste estudo. Esta pesquisa pretende descrever as reações adversas do uso prolongado de sedativos e analgésicos identificadas pela equipe de enfermagem; analisar a atuação da equipe de enfermagem frente as reações adversas do uso prolongado de sedativos e analgésicos nas crianças; e discutir as implicações dos cuidados de enfermagem prestados à criança que apresenta reações adversas no uso prolongado de analgésicos e sedativos.

Acreditamos que ela seja importante porque pretendo entender a prática da equipe de enfermagem acerca das reações adversas do uso prolongado de sedativos e analgésicos para, então, melhorar a qualidade da assistência, garantir a segurança do paciente, fornecer autonomia para enfermagem como membro da equipe multiprofissional e gerar um cuidado mais integral e adequado de crianças internadas.

Para a realização serão coletados dados no prontuário de seu filho(a) que se encontra internado neste setor. É possível que aconteça o seguinte risco: quebra de confidencialidade, mas para evitar isso o prontuário será identificado por um número que somente eu e os pesquisadores da minha equipe saberemos. É importante esclarecer que, caso você decida não

participar, não usaremos os dados do prontuário seu filho(a). Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com alguma das pesquisadoras. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Não haverá gastos para você. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você poderá ter acesso aos resultados dessa pesquisa por meio de apresentação individual e banners.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepeeahesfa@gmail.com; Telefone: 21-3938-0962).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) também se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552- 8491).

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF número \_\_\_\_\_, pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coação sobre os objetivos.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

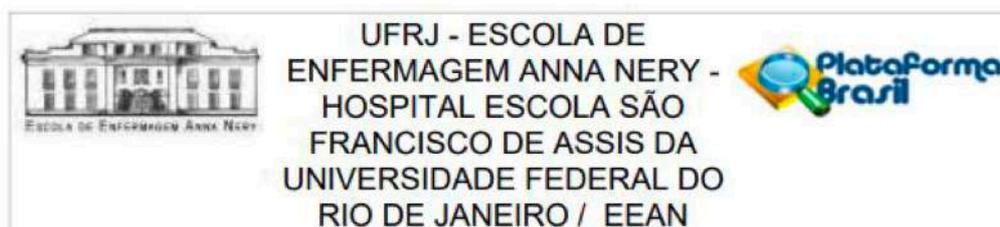
Telefone \_\_\_\_\_

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE



Continuação do Parecer: 5.838.273

Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/12/2022 17:40:31	Thamires da Silva Papera	Aceito
Outros	cartachefia.pdf	01/12/2022 17:39:04	Thamires da Silva Papera	Aceito
Declaração de concordância	CartadeAprovacaoiffThamires.pdf	01/12/2022 17:37:55	Thamires da Silva Papera	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/12/2022 17:35:55	Thamires da Silva Papera	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/12/2022 17:35:25	Thamires da Silva Papera	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/12/2022 17:30:19	Thamires da Silva Papera	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Dezembro de 2022

Assinado por:  
**Maria Angélica Peres**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275  
**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE



Continuação do Parecer: 5.989.062

Investigador	projetodissertacaoPapera.pdf	01/12/2022 17:45:32	Thamires da Silva Papera	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/12/2022 17:40:31	Thamires da Silva Papera	Aceito
Outros	cartachefia.pdf	01/12/2022 17:39:04	Thamires da Silva Papera	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Abril de 2023

---

**Assinado por:**  
**MARIA DE FATIMA JUNQUEIRA MARINHO**  
 (Coordenador(a))

<b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716 - Flamengo (Prédio da Genética - Térreo, sala 1)			
<b>Bairro:</b> FLAMENGO	<b>CEP:</b> 22.250-020		
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO		
<b>Telefone:</b> (21)2554-1730	<b>Fax:</b> (21)2552-8491	<b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br	