

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Elena Araujo Martinez

OS DIREITOS DA CRIANÇA NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:
Atitudes das enfermeiras

Rio de Janeiro
Julho/ 2015

Elena Araujo Martinez

**OS DIREITOS DA CRIANÇA NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:**

Atitudes das enfermeiras

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Doutora em Enfermagem

Coorientadora: Prof^a Ana Carolina Monnerat Fioravanti-Bastos
Doutora em Psicologia

Rio de Janeiro
Julho/ 2015

Martinez, Elena Araujo

M385d Os direitos da criança na unidade de terapia intensiva pediátrica: atitudes das enfermeiras / Elena Araujo Martinez. - Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery, 2015.
228 f.

Orientadora: Isabel Cristina dos Santos Oliveira.

Coorientadora: Ana Carolina Monnerat Fioravanti-Bastos.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Direitos da criança. 2. Unidades de terapia intensiva pediátrica. 3. Criança hospitalizada. 4. Atitude. 5. Enfermagem pediátrica. – Tese. I. Oliveira, Isabel Cristina dos Santos (orient.) II. Fioravanti-Bastos, Ana Carolina Monnerat (coorient.). III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDD 610.73

Elena Araujo Martinez

OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:

Atitudes das enfermeiras.

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 16 de julho de 2015

Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira - Presidente
EEAN/UFRJ

Prof.^a Dr.^a Emmy Uehara Pires - 1^a Examinadora
Departamento de Psicologia/UFRJ

Prof.^o Dr.^o Felipe Dutra Asensi - 2^o Examinador
IMS/UERJ

Prof.^a Dr.^a Sonia Regina de Souza – 3^a Examinadora
EEAP/UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Tânia Vignuda de Souza - 4^a Examinadora
EEAN/UFRJ

Prof.^a Dra. Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes – 1^a Suplente
EEAN/UFRJ

Prof.^a Dr.^a Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues - 2^a Suplente
FENF/UERJ

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo, primeiramente, a *DEUS*, pois sem Ele, nada seria possível. Sei que foi no seu tempo e segundo a sua vontade. Obrigada pela vida, por ser quem sou, por tudo e todos que tenho e por permitir a conclusão deste sonho.

A minha mãe *GRACINDA* pelo amor e apoio incondicional, pelo tempo da sua vida dedicado a minha e por sua dedicação e entrega a seres que tanto amo – meus filhos.

Ao meu pai *AQUILINO*, que aqui não se faz presente em vida, mas que deixou a lembrança da integridade de um grande homem e a alegria do seu sorriso.

Ao meu irmão *LUIZ CLAUDIO*. Que bom que o tempo fez nossa relação amadurecer. Além de irmão és um grande amigo.

Ao meu marido *LUIS ANTÔNIO* pelos dias compartilhados e sua compreensão durante essa trajetória. Sem seu apoio nada disso seria possível. Obrigada por permanecer ao meu lado e me entender. Te Amo.

Aos meus filhos *PEDRO LUIS e PAULO HENRIQUE*. Nesses três anos, a presença de vocês foi um alimento diário e esse amor faz com que a cada dia eu tenha mais coragem para caminhar. Sei que não foi fácil... E por isso, peço perdão pelas vezes que não fui dormir com vocês, pelos finais de semana sem passear, pela minha ausência em muitos momentos. Obrigada pela ajuda, por sempre estarem por perto e por dormirem no sofá da sala para me fazer companhia, enquanto as madrugadas pareciam não ter fim. Amo vocês.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Professora *ISABEL CRISTINA*.

Em agosto de 2010, quando desejei fazer o doutorado, cheguei a esta escola e fui recebida, e acolhida por você. Você escutou as minhas ideias e inquietações. Eu sabia que teria uma grande trajetória pela frente e que não seria fácil.

Valeu todo esforço!

Primeiramente, professora *Isabel*, obrigada por acreditar e aceitar esse desafio. Inicialmente, não imaginava que seria como foi... não fazia ideia da grande aventura que vinha pela frente...

Diante de muitos desafios, acabamos precisando de parcerias, outros olhares e você possibilitou que construíssemos este estudo desenhado por saberes de disciplinas distintas, mas que se complementaram. Digo aqui, que a nobreza de sua atitude, aberta a esse diálogo, mostrou que é possível a construção de um conhecimento por meio de alianças interdisciplinares.

Sou grata a DEUS por permitir que essa trajetória fosse com você!

Obrigada pelos dias de sua vida dedicados a minha vida, pelos ensinamentos, trocas de experiências, conselhos, por ser quem você é. Obrigada pelas conversas, gargalhadas, lágrimas, confidências, por todo cuidado e preocupação ao longo desses anos.

Te tenho não apenas como a orientadora, mas como uma grande amiga. Sei que nossa história não se encerra aqui e que ainda escreveremos muito, uma no livro da vida da outra.

AGRADECIMENTOS

A professora *Ana Carolina Monnerat*, minha coorientadora. Obrigada por nossa parceria, ensinamentos, disponibilidade e compartilhar desta trajetória. Sua participação foi fundamental para o desenvolvimento deste estudo.

Ao professor *Alberto Filgueiras* pelas contribuições na análise dos dados da pesquisa.

Ao “ser criança” o meu mais profundo agradecimento. Cuidar de você me faz crescer não só como profissional, mas também como ser humano. O que faço, faço com amor e por amor ao próximo, apoiado no saber da enfermagem. Peço-lhe perdão quando lhe causei dor e quando, por algum motivo, não pude lhe ajudar.

As 144 participantes deste estudo, enfermeiras que assistem a criança de 12 Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Município do Rio de Janeiro. Obrigada por disponibilizarem seu tempo e contribuírem para o desenvolvimento deste estudo.

Ao programa de Pós-Graduação da EEAN, aos docentes e a turma do Doutorado de 2º semestre de 2012, em especial as amigas *Ana Luiza e Ana Cristina*. Fomos e somos as meninas superpoderosas. Nossa amizade e parceria tornaram esses dias mais coloridos.

Aos docentes da banca examinadora (*Emmy Uehara, Felipe Asensi, Sônia Regina, Tânia Vignuda, Juliana Rezende, Benedita Maria e Marialda Christoffel*) pela participação, disponibilidade, sugestões e contribuições, as quais permitiram o aperfeiçoamento desse estudo.

A secretária *Maria de Fátima* do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN. Obrigada por sua ajuda e paciência. Suas orientações permitiram a aprovação do projeto em 13 instituições e sem pendências!

Aos amigos do NUPESC e do grupo de Pesquisa Saúde da Criança/Cenário Hospitalar, em especial a *Monique* (amiga e parceira no dia a dia), *Leila, Rita de Cássia, Rita Melão, Suzy, Soraya, Jakcilane e Keila*. As bolsistas de iniciação científica *Nathália, Gleice, Julia, Sarah e*

Marina. O valor da nossa relação não foi provado apenas nos momentos de alegria, mas, principalmente, nos momentos de dificuldades. Obrigada pelos dias compartilhados, pela confiança e credibilidade nos trabalhos desenvolvidos. Dessa amizade, fica a certeza de que cada um de nós contribuiu para o crescimento do outro.

Aos profissionais da Unidade de Pacientes Graves – UPG, do Instituto Fernandes Figueira, em especial, a equipe de enfermagem, pelo trabalho realizado junto à criança com tanta dedicação, pelo respeito e trabalho em equipe. As enfermeiras da UPG, em especial a Enfermeira *Márcia Paiva* pelo apoio e ajuda na fase de conclusão da tese. A equipe a qual faço parte (*Eliana, Thiago, Raquel e Jeane*), pelo convívio, pelas noites e noites de trabalho, e por transformarem a nossa prática em um cuidado mais humano.

A minha família, sem exceção (padrinhos, tios, tias, primos, cunhadas, sobrinhos e sogra).

Aos amigos da vida, presentes de DEUS.

Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte de saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!

Autor desconhecido

RESUMO

MARTINEZ, Elena Araujo. Os direitos da criança na unidade de terapia intensiva pediátrica: atitudes das enfermeiras. Rio de Janeiro, 2015. 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Após promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e implementação da Resolução nº41/1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, ainda observa-se dificuldades frente aos direitos da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). A presente pesquisa teve como hipótese que o componente comportamental da atitude da enfermeira durante o desenvolvimento da prática assistencial na UTIP difere do componente cognitivo e afetivo da atitude quanto aos direitos da criança hospitalizada na UTIP. Foram desenvolvidos dois estudos com objetivos de: construir e validar a escala de atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP; caracterizar as enfermeiras que atuam na UTIP; analisar os componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP; apresentar as tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP; discutir as implicações das tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem na UTIP. Método: pesquisa de abordagem quantitativa. O estudo 1 foi não experimental, correlacional, transversal, de construção e validação de uma escala de atitudes. O estudo 2 foi quase-experimental voltado para a análise da tendência dos componentes das atitudes. Foi construída uma Escala de Atitudes das Enfermeiras frente aos Direitos da Criança na UTIP (EAEDC-UTIP) com 198 itens e após validação teórica, por 15 juízes/enfermeiros especialistas em enfermagem pediátrica no Brasil, ficou composta por 99 itens distribuídos pelas dimensões dos componentes cognitivo, afetivo e comportamental. A coleta de dados foi realizada em 12 UTIP do Município do Rio de Janeiro, com uma amostra de 144 enfermeiras. Para a análise dos dois estudos foi utilizada uma subamostra de 84 enfermeiras, selecionadas a partir do teste estatístico w de Feldt, devido à inconsistência dos dados com a amostra total. A análise dos itens da escala foi realizada mediante estatística de correlação item-total, análise de componentes principais, teste de coeficiente Alfa de Cronbach e validação divergente. Para analisar os componentes das atitudes das enfermeiras foram realizados testes de diferenças de médias entre os componentes utilizando análise de variância e teste post hoc Bonferroni. Resultados: No estudo 1, após as análises, obteve-se as subescalas cognitiva, afetiva e comportamental, sendo unidimensionais, com 10 itens em cada

subescala e valores respectivamente de consistência interna de 0,676, 0,737 e 0,797. Valor Alfa de Cronbach total da escala é 0,867. No estudo 2, a análise de variância das três dimensões da escala mostrou que existem diferenças estatísticas significativas ($p < 0,000$) entre as médias dos escores dos componentes das atitudes das enfermeiras. O teste post hoc Bonferroni evidenciou resultado significativo na comparação da subescala comportamental com as outras duas subescalas ($p < 0,011$ e $p < 0,000$), contudo, não houve diferença significativa entre os dados cognitivos e afetivos ($p < 0,567$). Conclusões: Os resultados comprovaram que a escala apresenta validade teórica e de construto, confiabilidade e fidedignidade. Evidenciou-se um padrão de respostas positivas das enfermeiras nos itens das três dimensões da EAEDC-UTIP, apesar de constatar tendências conflitantes e negativas. Os resultados indicam que as enfermeiras conhecem a importância dos direitos, seus desdobramentos na prática, estabelecem e valorizam as relações com a criança e sua família durante a internação na UTIP. Contudo, seus comportamentos e ações ainda não estão direcionados em sua totalidade para a efetivação dos direitos da criança na UTIP. Esta pesquisa é considerada um ponto de partida para futuros estudos com a mesma natureza. Pautados nestes resultados, devem ser desenvolvidas novas investigações, como um desdobramento desta pesquisa, para melhor compreensão sobre a temática dos direitos da criança. Sugere-se que em futuras pesquisas sejam realizadas correlações entre as características dos participantes e as tendências das atitudes das enfermeiras, para se verificar suas possíveis influências na prática assistencial do cuidado intensivo. Pela EAEDC-UTIP ser um instrumento recém-construído, recomenda-se que seja aplicada em diferentes amostras de enfermeiras e de UTIP distribuídas pelo Brasil, com a finalidade de ter seus resultados confirmados, comparados e receber ajustes necessários para melhoria das qualidades psicométricas da escala. Novas aplicações em outras regiões do país e serviços de saúde distintos do estudado, como por exemplo, as instituições privadas, permitirão que se tenha um panorama amplo acerca da efetivação dos direitos da criança na UTIP em diferentes realidades brasileiras.

Palavras chave: Direitos da criança, Unidades de terapia intensiva pediátrica, Criança hospitalizada, Atitude, Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

MARTINEZ, Elena Araujo. Children's rights on Intensive Care Unit: nurses' attitudes. Rio de Janeiro, 2015. 228 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

After Children's and Adolescents' Statute (1990) promulgation and Resolution nº41/1995 from Children's and Adolescent's Rights' National Council implementation, difficulties about children's rights in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) is observed. The present research had as hypothesis that behavioral component from nurses' attitudes during development of assessment in the PICU differs from attitude's cognitive and affective component about hospitalized children's rights in the PICU. Two studies were developed with aimed to: construct and validate a nurses' attitude scale about children's rights in the PICU; characterize nurses who work in PICU; analyze nurses' attitude components on children's rights in PICU; present tendency from nurses' components on children's rights in PICU; discuss nurses' attitude components tendencies to nursing assessment practice in the PICU. Method: quantitative research. Study 1 was non-experimental, co-relational, cross-sectional, of constructing and validating attitude's scale. Study 2 was almost-experimental to analyze nurses' attitudes components' tendencies. It was constructed Nurses' Attitudes Scale on Children's Rights in PICU (NASCR-PICU) with 198 items and after theoretical validation by 15 judges/specialized nurses in pediatric nursing in Brazil, it was composed by 99 items distributed by dimensions of cognitive, affectionate and behavioral components. Data collection was developed in 12 PICU in Rio de Janeiro, with a sample of 144 nurses. For both studies' analysis, a sample of 84 nurses was used, selected by Feldt' *w* statistics test, due to inconsistency off ate with the total sample. The analysis of scale's items was developed through correlation statistics item-total, analysis of main components, Cronbach Alpha coefficient test and divergent validation. To analyze nurses' attitudes components, average difference tests were developed among components using variance analysis and post hoc Bonferroni test. Results: On study 1, after analysis, cognitive, affectionate and behavioral sub-scapes were obtained with 10 items in each sub-scape and internal consistence values of, respectively, 0,676, 0,737 and 0,797. Cronbach Alpha value of the whole scale is 0,867. On study 2, variance analysis of the three scale dimentions showed that there are meaningful statistical differences ($p < 0,000$) among average scores on nurses' attitude components. Post

hoc Bonferroni test showed meaningful result in comparing behavioral sub-scale with the other two sub-scales ($p < 0,011$ e $p < 0,000$), however, there was no meaningful difference among cognitive and affective data ($p < 0,567$). Conclusions: Results showed that the scale present theoretical and construct validation confidentiality and reliability. Positive patterns of nurse's answers were showed in three dimensions of the NASCR-PICU, even though it showed conflicting and negative tendencies. Results indicate that nurses know the importance of children's rights, it's developments for practice, stabilize and value relations with children and their families during PICU admission. However, their behaviors and actions aren't yet totally targeted to effectiveness of children's rights in PICU. This research is considered a starting point for future studies of the same nature. Based on this results, new investigations should be developed, as a result from this research, in order to best on children's rights. It is suggested that in future researches, correlations among participants characterizations and nurse's attitudes' tendencies are addressed, in order to verify possible influences to assessment practice in intensive care. Since NASCR-PICU is a new constructed instrument, we recommend that it should be applied to different PICU's nurses' samples in Brazil, so its results can be confirmed, compared and receive needed adjustments to improve psychometrical scale's qualities. New applications in others regions of the country and health services, such as private institutions, will enable that there is a broaden panorama on children's rights effectiveness in PICU in different Brazilian realities.

Keywords: Children's rights, Pediatric Intensive Care Unit, Hospitalized child, Attitude, Pediatric nursing.

RESUMEN

MARTINEZ, Elena Araujo. Los derechos del niño en la unidad de cuidados intensivos pediátricos: las actitudes de las enfermeras. Rio de Janeiro, 2015. 228 f. Tese (doctorado en enfermería) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Después de la promulgación del Estatuto del Niño y Adolescente (1990) y la aplicación de la Resolución n41/1995 del Consejo Nacional para los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes también observado dificultades que enfrentan los derechos de los niños en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Esta investigación se ha planteado la hipótesis de que el componente conductual de la actitud de la enfermera durante el desarrollo de la práctica de atención UCIP difiere de componente cognitivo y afectivo de la actitud de los derechos de los niños hospitalizados en la UCIP. Se desarrollaron dos estudios objetivos: construir y validar las enfermeras actitudes escalan en comparación con los derechos del niño en la UCIP; caracterizar las enfermeras que trabajan en la UCIP; analizar los componentes de las actitudes de las enfermeras se enfrentan los derechos del niño en la UCIP; presentar las tendencias de los componentes de las actitudes de las enfermeras se enfrentan los derechos del niño en la UCIP; discutir las implicaciones de las tendencias de los componentes de las actitudes de las enfermeras para la práctica de enfermería en la UCIP. Método: enfoque cuantitativo de investigación. Estudio 1 no era experimental, correlacional, transversal, construcción y validación de una escala de actitudes. El estudio 2 fue cuasi-experimental se centró en el análisis de los componentes de tendencia de las actitudes. Fue construido una Actitud Enfermeras Escala enfrentan los Derechos del Niño en la UCIP (EAEDC-UCIP) con 198 artículos y después de la validación teórica de 15 jueces / enfermeras especialistas en enfermería pediátrica en Brasil fue compuesta de 99 artículos distribuidos por las dimensiones de los componentes cognitiva, afectiva y conductual. La recolección de datos se realizó en 12 UCIP la ciudad de Río de Janeiro, con una muestra de 144 enfermeras. Para el análisis de los dos estudios se utilizó una submuestra de 84 enfermeras, seleccionado de la prueba estadística w Feldt, debido a la inconsistencia de los datos con la muestra total. Se realizó el análisis de los ítems de la escala usando correlación estadística ítem-total, el análisis de componentes principales, alfa de Cronbach coeficiente de prueba y validación divergente. Para analizar los componentes de las actitudes de las enfermeras hacen pruebas de diferencias se realizaron entre los componentes mediante análisis de varianza y post hoc de Bonferroni. Resultados: En

el estudio 1 después del análisis, se obtuvieron las subescalas cognitivas, afectivas y de comportamiento, siendo unidimensional, con 10 elementos en cada subescala y valores de consistencia interna, respectivamente, 0.676, 0.737 y 0.797. Alfa de Cronbach total valor de la escala es 0.867. En el estudio 2, el análisis de la varianza de las tres dimensiones de la escala mostró que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,000$) entre las puntuaciones medias de los componentes de las actitudes de las enfermeras. La prueba post hoc de Bonferroni mostró resultado significativo de subescala de comportamiento en comparación con los otros dos subescalas ($p < 0,011$ y $p < 0,000$), sin embargo, no hubo diferencia significativa entre los datos cognitivas y afectivas ($p < 0,567$). Conclusiones: Los resultados mostraron que la escala presenta teórica y la validez de constructo, confiabilidad y honradez. Se mostró un patrón de respuestas positivas enfermeras artículos en las tres dimensiones del EAEDC-UCIP, a pesar de señalar tendencias contradictorias y negativas. Los resultados indican que las enfermeras saben de la importancia de los derechos, su desarrollo en la práctica, y establecer relaciones de valor con los niños y sus familias durante la hospitalización en la UCIP. Sin embargo, su comportamiento y acciones no están dirigidas en su totalidad a la realización de los derechos del niño en la UCIP. Este estudio se considera como punto de partida para otros estudios de la misma naturaleza. Guiados por estos resultados, nuevas investigaciones deberían desarrollarse como una rama de la investigación para una mejor comprensión sobre el tema de los derechos del niño. Se sugiere que en el futuro las correlaciones de investigación se llevan a cabo entre las características de los participantes y las tendencias de las actitudes de las enfermeras, para verificar su posible influencia en la práctica de atención de cuidados intensivos. Por EAEDC-UCIP ser un instrumento de nueva construcción, se recomienda para ser aplicado en diferentes muestras de enfermeras y UCIP en todo Brasil, con el propósito de tener los resultados confirmados compararon y recibir los ajustes necesarios para mejorar las propiedades psicométricas de la escala . Nuevas aplicaciones en otras regiones del país y de los diferentes servicios de salud estudiados, por ejemplo, las instituciones privadas, se les permite tener una visión general acerca de la realización de los derechos del niño en la UCIP en diferentes realidades brasileñas.

Palabras clave: Derechos del niño, Unidades de cuidados intensivos pediátricos, Hospitales infantiles, Actitud, Enfermería pediátrica.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Quadro 01 | Total dos estudos segundo o banco de dados e a conjugação dos descritores. | 27 |
| Quadro 02 | Total dos estudos segundo o banco de dados, a conjugação dos descritores e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. | 27 |
| Quadro 03 | Identificação do nível de concordância entre os 15 juízes considerando a aglutinação do nível concordo totalmente com concordo parcialmente, e discordo totalmente com discordo parcialmente. | 69 |
| Quadro 04 | Identificação da seleção dos itens para compor a escala de atitudes, mediante a análise dos 15 juízes. | 70 |
| Quadro 05 | Resultado da contribuição dos juízes na análise semântica para a construção dos itens. | 71 |
| Quadro 06 | Quantitativo de itens positivos e negativos da escala | 74 |
| Quadro 07 | Amostra de enfermeiras participantes do estudo. | 77 |
| Quadro 08 | Distribuição das respostas das enfermeiras nos itens da subescala cognitiva, apresentadas em percentual e média, e identificação do tipo de tendência do componente da atitude. | 132 |
| Quadro 09 | Distribuição das respostas das enfermeiras nos itens da subescala afetiva, apresentadas em percentual e média, e identificação do tipo de tendência do componente da atitude. | 133 |
| Quadro 10 | Distribuição das respostas das enfermeiras nos itens da subescala comportamental, apresentadas em percentual e média, e identificação do tipo de tendência do componente da atitude. | 134 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------|--|-----|
| Figura 01 | Esquema detalhado do caminho metodológico para construção e validação da EAEDC-UTIP. | 60 |
| Figura 02 | Gráfico de sedimentação da Subescala Cognitiva | 102 |
| Figura 03 | Gráfico de sedimentação da Subescala Afetiva | 111 |
| Figura 04 | Gráfico de sedimentação da Subescala Comportamental | 123 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 01 | Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo suas características pessoais. | 78 |
| Tabela 02 | Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo sua graduação a nível superior. | 79 |
| Tabela 03 | Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo o desenvolvimento de pós-graduação lato sensu. | 80 |
| Tabela 04 | Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo o desenvolvimento de pós-graduação stricto sensu. | 81 |
| Tabela 05 | Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo realização de cursos e treinamentos. | 82 |
| Tabela 06 | Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo vínculo empregatício. | 83 |
| Tabela 07 | Análise da amostra do estudo - teste w de Feldt. | 91 |
| Tabela 08 | Resultado do Alfa de Cronbach antes e depois da utilização de uma subamostra dos participantes. | 92 |
| Tabela 09 | Análise 1 da subescala cognitiva – Estatística de correlação de item total. | 94 |
| Tabela 10 | Análise 2 da subescala cognitiva – Estatística de correlação de item total. | 95 |
| Tabela 11 | Análise 3 da subescala cognitiva – Estatística de correlação de item total. | 96 |
| Tabela 12 | Versão final da subescala cognitiva – Estatística de correlação de item total. | 97 |
| Tabela 13 | Primeira Análise de Componentes Principais da subescala cognitiva. | 98 |
| Tabela 14 | Matriz de componentes - análise 1 da subescala cognitiva. | 99 |
| Tabela 15 | Segunda Análise de Componentes Principais da subescala cognitiva. | 100 |
| Tabela 16 | Matriz de componente - análise 2 da subescala cognitiva. | 100 |
| Tabela 17 | Análise final subescala cognitiva – Análise de Componentes Principais. | 101 |
| Tabela 18 | Matriz de componente - análise final da subescala cognitiva. | 101 |
| Tabela 19 | Análise 1 da subescala afetiva – Estatística de correlação de item total. | 103 |
| Tabela 20 | Análise 2 da subescala afetiva – Estatística de correlação de item total. | 104 |
| Tabela 21 | Versão final da subescala afetiva – Estatística de correlação de item total. | 105 |
| Tabela 22 | Primeira Análise de Componentes Principais da subescala afetiva. | 106 |
| Tabela 23 | Matriz de componente - análise 1 da subescala afetiva. | 107 |
| Tabela 24 | Segunda Análise de Componentes Principais da subescala afetiva. | 108 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 25 | Matriz de componente- análise 2 da subescala afetiva. | 108 |
| Tabela 26 | Terceira Análise de Componentes Principais da subescala afetiva. | 109 |
| Tabela 27 | Matriz de componente- análise 3 da subescala afetiva. | 110 |
| Tabela 28 | Análise final subescala afetiva – Análise de Componentes Principais. | 110 |
| Tabela 29 | Matriz de componente - análise final da subescala afetiva. | 111 |
| Tabela 30 | Análise 1 da subescala comportamental – Estatística de correlação de item total. | 113 |
| Tabela 31 | Análise 2 da subescala comportamental – Estatística de correlação de item total. | 114 |
| Tabela 32 | Análise 3 da subescala comportamental – Estatística de correlação de item total. | 115 |
| Tabela 33 | Versão final da subescala comportamental – Estatística de correlação de item total. | 116 |
| Tabela 34 | Primeira Análise de Componentes Principais da subescala comportamental. | 117 |
| Tabela 35 | Matriz de componente - análise 1 da subescala comportamental. | 118 |
| Tabela 36 | Segunda Análise de Componentes Principais da subescala comportamental. | 119 |
| Tabela 37 | Matriz de componente - análise 2 da subescala comportamental. | 120 |
| Tabela 38 | Terceira Análise de Componentes Principais da subescala comportamental. | 121 |
| Tabela 39 | Matriz de componente - análise 3 da subescala comportamental. | 121 |
| Tabela 40 | Análise final subescala comportamental – Análise de Componentes Principais. | 122 |
| Tabela 41 | Matriz de componente - análise final da subescala comportamental. | 122 |
| Tabela 42 | Valores de Alfa de Cronbach para as três subescalas da EAEDC-UTIP. | 124 |
| Tabela 43 | Número de itens finais da EAEDC-UTIP, subdivididos pelas subescalas. | 124 |
| Tabela 44 | Cargas componenciais dos itens das subescalas e da escala EAEDC-UTIP obtidas pela análise de componentes principais e seus coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach). | 125 |
| Tabela 45 | Matriz correlacional das 3 subescalas da EAEDC-UTIP. | 126 |
| Tabela 46 | Percentis e Escore Z da EAEDC-UTIP | 127 |
| Tabela 47 | Análise de variância das 3 subescalas - médias dos componentes das atitudes das enfermeiras. | 130 |
| Tabela 48 | Teste post hoc Bonferroni das 3 subescalas da EAEDC-UTIP. | 130 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------|---|
| ANOVA | Análise de Variância |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CNS/MS | Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| EAEDC-UTIP | Escala de atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| EEAN | Escola de Enfermagem Anna Nery |
| FNCA | Fundo Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| FUNABEM | Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor |
| HESFA | Hospital Escola São Francisco de Assis |
| IPAI | Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro |
| KMO | Kayser-Meyer-Olkin |
| LILACS | Literatura Latino -Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEDLINE | Medical Literature Analysis and Retrieval System Online |
| NUPESC | Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| SciELO | Scientific Eletronic Library Online |

| | |
|--------|--|
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| UNIRIO | Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| UTIP | Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 23 |
| 1.1 | TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO | 23 |
| 1.2 | RELEVÂNCIA DO ESTUDO | 26 |
| 1.3 | SITUAÇÃO PROBLEMA | 31 |
| 1.4 | HIPÓTESE DO ESTUDO | 39 |
| 1.5 | OBJETIVOS DOS ESTUDOS | 39 |
| 1.6 | CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS | 40 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 42 |
| 2.1 | O CONTEXTO HISTÓRICO DA INFÂNCIA | 42 |
| 2.2 | LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA | 45 |
| 2.3 | ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO ESPAÇO HOSPITALAR | 50 |
| 2.4 | ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA | 55 |
| 3 | METODOLOGIA | 59 |
| 3.1 | ESTUDO 1: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP (EAEDC-UTIP). | 59 |
| 3.1.1 | Tipo de Estudo | 59 |
| 3.1.2 | A Construção e Validação da Escala | 60 |
| 3.1.3 | Amostra e Local do Estudo | 75 |
| 3.1.4 | Aspectos Éticos da Pesquisa | 84 |
| 3.1.5 | Limitações do Estudo | 84 |
| 3.1.6 | Procedimento de Coleta de Dados | 85 |
| 3.1.7 | Procedimentos de Análise dos Dados | 87 |
| 3.1.8 | Apresentação dos Resultados | 92 |
| 3.1.8.1 | Análise dos itens da subescala cognitiva | 92 |
| 3.1.8.2 | Análise dos itens da subescala afetiva | 102 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 3.1.8.3 | Análise dos itens da subescala comportamental | 112 |
| 3.2 | ESTUDO 2 – ANÁLISE DA TENDÊNCIA DOS COMPONENTES DAS ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP. | 128 |
| 3.2.1 | Tipo de Estudo | 128 |
| 3.2.2 | Amostra do Estudo | 128 |
| 3.2.3 | Procedimentos de Coleta de Dados | 128 |
| 3.2.4 | Procedimentos de Análise dos Dados | 129 |
| 3.2.5 | Apresentação dos Resultados | 129 |
| 3.2.6 | Apresentação das Tendências das Atitudes das Enfermeiras | 131 |
| 4 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 136 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE UTIP DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 136 |
| 4.2 | PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA EAEDC-UTIP | 140 |
| 4.3 | TENDÊNCIA DOS COMPONENTES DAS ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP | 146 |
| 4.3.1 | Conhecimentos da enfermeira frente aos direitos da criança na UTIP | 147 |
| 4.3.2 | Sentimentos da enfermeira frente aos direitos da criança na UTIP | 155 |
| 4.3.3 | Comportamentos da enfermeira frente aos direitos da criança na UTIP | 160 |
| 4.4 | COMENTÁRIOS FINAIS | 167 |
| 5 | CONCLUSÕES | 169 |
| | REFERÊNCIAS | 173 |
| | APÊNDICES | 186 |
| 1 | GRUPAMENTOS DE COMPORTAMENTOS LEVANTADOS NAS TEMÁTICAS PREVALENTES, COM BASE NA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. | 186 |
| 2 | ITENS CONSTRUÍDOS PARA A ESCALA DE ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP – PRIMEIRA VERSÃO | 189 |

| | | |
|----|--|-----|
| 3 | CARTA AOS JUÍZES | 199 |
| 4 | ESCALA DE ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP – ANALISADA PELOS JUÍZES | 200 |
| 5 | CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTUDO DE ACORDO COM A AUTARQUIA GOVERNAMENTAL, ÁREA PROGRAMÁTICA, TIPO DE ATENDIMENTO, NÚMERO DE LEITOS E QUANTITATIVO DE ENFERMEIRAS. | 205 |
| 6 | APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PARECER DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE. | 206 |
| 7 | APROVAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA DAS INSTITUIÇÕES COPARTICIPANTES. | 207 |
| 8 | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE | 218 |
| 9 | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 221 |
| 10 | VERSÃO FINAL VALIDADA DA EAEDC-UTIP | 227 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

A área da saúde da criança sempre foi um campo de grande interesse desde o meu curso de graduação em enfermagem e, naquele momento, o que chamava atenção eram as peculiaridades dessa clientela em fase de crescimento e desenvolvimento.

Como primeira oportunidade profissional, em 1998, tive a aproximação com a assistência à criança hospitalizada em uma instituição privada e, no ano seguinte, em um hospital municipal. Nesse período, o desenvolvimento das minhas atividades, junto à criança, estava voltado para a assistência em internação clínica, cirúrgica e atendimento de emergência.

Sentindo a necessidade de aperfeiçoamento teórico-prático na área, busquei a pós-graduação em enfermagem pediátrica pela Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, em 1999.

Em 2002, ampliei minha experiência sendo admitida em uma instituição privada, mais especificamente, em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), voltada para a assistência em pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica.

No ano de 2005, busquei os concursos públicos tendo a oportunidade de ser aprovada e admitida, em momentos distintos, em três instituições federais, dando prioridade, em 2006, por uma instituição pública federal, no Município do Rio de Janeiro, referência nacional na saúde da mulher, da criança e do adolescente.

Nessa instituição, fui também lotada na UTIP e comecei a me questionar sobre o desenvolvimento da prática assistencial da enfermagem junto à criança grave. O dia a dia na UTIP começou a causar desconforto ao observar as dificuldades que algumas enfermeiras¹ tinham na relação com a criança e sua família²/acompanhante. Esses questionamentos ganharam mais força e senti a necessidade de esclarecê-los.

¹ Neste estudo, utiliza-se o termo enfermeiras devido à predominância do sexo feminino na profissão, evidenciada tanto pelo aspecto numérico como pelas concepções acerca do trabalho de enfermagem.

² Considera-se família: “Um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico, estruturadas na cultura da família, na classe social a qual pertence, em outras influências e determinações do “ambiente” em que vivem, incluindo valores e normas de outras culturas” (PATRÍCIO, 1994, p. 97).

Durante o desenvolvimento de minhas atividades na referida UTIP, observei que as enfermeiras tinham dificuldades de ouvir a criança e sua família/acompanhante, sendo que a comunicação era estabelecida quanto aos aspectos formais da assistência, o que geravam dúvidas e conflitos, devido a uma grande restrição das informações sobre a hospitalização infantil.

Nessa UTIP, durante a admissão da criança³, o primeiro contato da enfermeira com o familiar/acompanhante é demorado devido complexidade da internação e gravidade do quadro clínico. Isso, normalmente, acontece porque só existe uma enfermeira escalada por plantão e essa atua nos cuidados imediatos à criança.

Em alguns casos, o familiar/acompanhante permanece muito tempo aguardando para saber notícias e a enfermeira, logo que possível, coleta o histórico da criança, informa a rotina do setor e da instituição, e solicita o que será necessário providenciar para prestar os cuidados de higiene e conforto. Nesse momento, o familiar/acompanhante é informado sobre a restrição de permanência na UTIP e que, normalmente, limita-se a pai e mãe, sendo o horário de visita de 9h às 21h. Com isto, eles retornam para sua residência ou ficam em espaços de circulação do hospital. Esta visita, também, se estende aos avós, acontecendo as segundas-feiras de 14h às 16h.

Muitos acompanhantes, no auge do processo de internação, fazem poucos questionamentos, devido ao impacto emocional, tendo dificuldades de enfrentamento, medo do desconhecido e apreensão quanto à nova realidade (SILVEIRA; NEVES, 2011; CÔA; PETTENGILL, 2011). Devido a isto, eles não assimilam facilmente as informações transmitidas nas primeiras horas de internação e, conseqüentemente, permanecem com muitas dúvidas.

Frente a essa constatação e na tentativa de compreender como a comunicação acontecia na assistência de enfermagem à criança em todos os espaços de atendimento na referida instituição ingressei no mestrado em 2008, pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), desenvolvendo a dissertação intitulada “Comunicação na assistência de enfermagem à criança: maneiras, influências e estratégias” (MARTINEZ, 2009).

Como pontos relevantes do resultado da pesquisa e que chamaram atenção foi que a comunicação não se limita apenas aos aspectos das mensagens verbais e não verbais emitidas,

³ Neste estudo, o termo criança será utilizado de acordo com o artigo 2º do ECA que considera a criança como “a pessoa até doze anos de idade incompletos” (BRASIL, 2012b, p.7).

mas a forma como ela acontecia, os elementos que influenciavam a comunicação e as estratégias utilizadas para a enfermeira se comunicar com a criança hospitalizada (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Foi evidenciado que essa comunicação não ocorre de maneira linear, mas por meio de uma rede articulada de informações e relações pessoais, familiares e institucionais que se retroalimentam. Ficou claro que comunicação no seu sentido pleno ocorre durante todo o contexto assistencial junto à criança, envolvendo a própria criança, a família, a equipe multiprofissional e o serviço (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Outro resultado observado foi que a forma como a comunicação é estabelecida, na assistência de enfermagem à criança, está impregnada de elementos que apontam para a necessidade de reflexão sobre os direitos da criança hospitalizada e identifiquei também que as enfermeiras, como líderes de equipe, possuem ações distintas durante sua prática assistencial, no que diz respeito a esses direitos. Tais ações estavam relacionadas ao direito da criança em ser acompanhada 24 horas pela família e receber visitas; o não reconhecimento da criança como ser capaz de decidir sobre seu tratamento, ou seja, ter conhecimento sobre sua doença e respeito a sua opinião; falta de amparo psicológico para a criança e sua família; restrição a atividades lúdicas e educacionais; poucas informações do diagnóstico para a família e a sua restrição em vivenciar o processo de morte e morrer (MARTINEZ, 2009).

Essa lacuna identificada nos resultados da dissertação de mestrado vem ao encontro da realidade que vivencio no desenvolvimento das minhas atividades como enfermeira de UTIP em uma instituição de referência nacional na saúde da criança. Observo em minha prática assistencial que as ações desenvolvidas pelas enfermeiras durante a assistência à criança na UTIP não correspondem aos seus conhecimentos e sentimentos frente aos direitos da criança hospitalizada.

Diante dessa inquietação, em 2010, comecei a participar do Grupo de Pesquisa – Saúde da Criança/Cenário Hospitalar do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente (NUPESC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Vivenciar as atividades do grupo de pesquisa reforçou o desejo do desenvolvimento desse estudo, como também oportunizou a participação, junto com as bolsistas de iniciação científica, no Projeto Integrado de Pesquisa /CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) “Enfermeira, Hospital e Estatuto da Criança e do Adolescente: Implicações para a Enfermagem Pediátrica”, coordenado pela Prof^a Dr^a Isabel Cristina dos

Santos Oliveira, o que permitiu o aprofundamento sobre a temática e o direcionamento para a elaboração deste estudo.

1.2 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Com base nas referidas inquietações, desenvolvi uma revisão bibliográfica⁴ com o intuito de caracterizar a produção científica nacional de enfermagem acerca dos direitos da criança hospitalizada, em destaque na UTIP.

O levantamento foi realizado em setembro de 2012. Em um primeiro momento, foram identificados os descritores que se relacionavam à temática, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): unidades de terapia intensiva pediátrica, criança hospitalizada, equipe de enfermagem, enfermagem pediátrica, direitos da criança (defesa da criança - sinônimo) e enfermeiras. Esses descritores foram conjugados de 2 em 2 utilizando o operador booleano *and*.

A busca eletrônica foi realizada nos principais bancos de dados utilizados para publicação científica na área da saúde, em nível nacional, visto que o fundamento desse estudo são as leis brasileiras que garantem os direitos da criança hospitalizada, e são eles: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Quanto aos critérios de inclusão foi estabelecido que as publicações deveriam ser artigo de pesquisa, dissertação ou tese; estar disponível na íntegra; e serem desenvolvidos com profissionais de saúde, em destaque a equipe de enfermagem.

Como critérios de exclusão foram retiradas as publicações que não continham resumo nos bancos de dados; fossem pesquisas de revisão, relatos de experiência, pesquisas histórica e documental; pesquisas internacionais; que estivessem repetidas nos bancos de dados; e não tivessem enfermeiras entre os autores. Também ocorreu a exclusão das dissertações e teses que foram publicadas como artigos.

⁴ Estudo apresentado no 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 3º Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem, realizado em Porto Alegre/RGS, Brasil, em 2012 ; no 17º Seminário Nacional de Pesquisa Em Enfermagem, realizado em Natal/RN, em 2013; no 65º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado no Rio de Janeiro, Brasil, em 2013; no V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e I Seminário Internacional de Saúde da Criança, Adolescente e Família, .realizado em Gramado- RS, Brasil, 2013.

A primeira leitura ocorreu a partir da disponibilização do resumo on-line para que fosse analisado o conteúdo do estudo. Essa aproximação permitiu identificar os elementos que apontassem para os direitos da criança hospitalizada. Uma vez identificados, as publicações disponíveis foram analisadas na íntegra. No caso de publicações duplicadas, as mesmas foram mantidas nos bancos de dados na seguinte ordem: CINAHL, LILACS, MEDLINE, SciELO e CAPES.

Para facilitar a identificação das publicações, foi elaborado o quadro 01 que apresenta o quantitativo dos estudos segundo o banco de dados e a conjugação dos descritores.

Quadro 01 – Total dos estudos segundo o banco de dados e a conjugação dos descritores.

| Banco de dados / Descritores | CINAHL | LILACS | MEDLINE | SCIELO | CAPES | Total |
|--|------------|------------|-------------|-----------|------------|-------------|
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Enfermeiras | 256 | 30 | 276 | 2 | 37 | 601 |
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Direitos da criança | 2 | 2 | 15 | 0 | 1 | 20 |
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Criança Hospitalizada | 126 | 36 | 140 | 0 | 33 | 335 |
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Enfermagem Pediátrica | 365 | 109 | 753 | 6 | 56 | 1289 |
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Equipe de Enfermagem | 4 | 33 | 57 | 2 | 31 | 127 |
| Total | 753 | 210 | 1241 | 10 | 158 | 2372 |

Após a identificação do quantitativo de publicações nos bancos de dados foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão o que permitiu a identificação de publicações que contemplavam o objetivo desta revisão bibliográfica, como apresentado no quadro 02.

Quadro 02 – Total dos estudos segundo o banco de dados, a conjugação dos descritores e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

| Banco de dados / Descritores | CINAHL | LILACS | MEDLINE | SCIELO | CAPES | Total |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Enfermeiras | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Direitos da criança | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Criança Hospitalizada | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Enfermagem Pediátrica | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica and Equipe de Enfermagem | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 2 | 4 | 0 | 1 | 2 | 09 |

Para facilitar a organização dos nove estudos restantes, foi construído um quadro sinóptico, para cada banco de dados, contendo os seguintes itens: referência, título da publicação, resumo/síntese, categoria das autoras, tipo de estudo, cenário, participantes do estudo, procedência do estudo e observações. O recorte temporal emergiu do próprio levantamento, contemplando publicações de 1999, ano em que foi identificada a primeira publicação nos bancos de dados acerca da temática, até 2009.

Após a leitura na íntegra dos nove estudos, constatou-se que 88,9% foram pesquisas qualitativas e após a seleção dos recortes temáticos dos resultados foram identificados elementos referentes aos direitos da criança hospitalizada na UTIP. Na seleção, identificou-se aspectos relacionados aos direitos, a saber: assistência centrada na doença, a permanência do familiar/acompanhante por tempo integral junto à criança na UTIP, sistematização para avaliação e manejo da dor da criança, informações sobre a hospitalização da criança na UTIP, o brincar e atividades lúdicas, estratégias para vivenciar o processo de morte e morrer, assistência integral a criança e espiritualidade.

Vale destacar que os dados subjetivos investigados trouxeram aspectos que apontavam para os direitos da criança hospitalizada na UTIP nos resultados das pesquisas, contudo não como foco central, sendo a síntese da revisão bibliográfica, apresentada por agrupamento das temáticas que emergiram das publicações.

Sobre o processo de hospitalização na UTIP, Molina et al (2007) e Cardoso (2009) apontam que, a criança adoecida vivencia uma experiência estressante, tem sua rotina alterada e é afastada do convívio social. Observa-se nos referidos estudos que a assistência de enfermagem, muitas vezes, está sustentada em modelos de assistência centrado na patologia, evidenciando uma prescrição repetitiva e mecanizada, sendo o objetivo principal da assistência à recuperação da saúde da criança com base na instalação de medidas terapêuticas.

Observa-se pouca reflexão por parte das enfermeiras sobre o processo de trabalho em sua totalidade, tornando a assistência na UTIP fragmentada, focada nas alterações do corpo biológico, limitando-se à realização de procedimentos técnicos e não respeitando a individualidade da criança (BARBOSA; RODRIGUES, 2004; CARDOSO, 2009).

Especificamente na UTIP, Pauli e Bousso (2003) acrescentam que as enfermeiras sentem dificuldades em oferecer uma assistência integral à criança. Essas autoras ressaltam que a gravidade da criança e seu estado de coma ou sedação, distanciam o profissional de um cuidado mais sensível. Essa realidade se constitui numa barreira a ser superada na busca de uma assistência centrada nas reais necessidades da criança, independente de sua gravidade.

Por outro lado, cuidar da criança vai muito além da sintomatologia e progressão da doença. Dessa forma, torna-se imprescindível no cuidado intensivo valorizar as necessidades de saúde da criança, como psicológicas, emocionais e sociais, suas características de crescimento e desenvolvimento, seu contexto familiar e envolvimento da família nos cuidados (PAULI; BOUSSO, 2003; CARDOSO, 2009).

Apesar dessa valorização quanto à presença do familiar durante a hospitalização, três estudos buscaram compreender as dificuldades da relação entre o acompanhante e a enfermeira (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999; PAULI; BOUSSO, 2003; MOLINA et al, 2007). As autoras esclarecem que muitos profissionais não possuem conhecimento da presença do familiar/acompanhante como um direito da criança, que existe uma relação de dominação-subordinação entre as enfermeiras e eles, e que a UTIP normalmente não possui um espaço adequado para sua acomodação.

Outro aspecto apontado é que a relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e a família, é fria, distante e que são poucos os profissionais que se preocupam em estabelecer uma relação mais próxima (BARBOSA; RODRIGUES, 2004; MOLINA et al, 2007). A equipe, por vezes, até aceita a permanência dos familiares quando esses podem facilitar o desenvolvimento da assistência, principalmente, quando a criança está muito agitada. Por outro lado, as enfermeiras ressaltam que os familiares atrapalham e incomodam durante os cuidados prestados à criança (CARDOSO, 2009).

Frente a isso e em busca dos benefícios para uma assistência integral à criança, os estudos apontam que essa relação deveria ser de cooperação e parceria, contudo a presença do familiar nem sempre é valorizada e muitas vezes ele é visto como um fiscalizador das atividades desenvolvidas pela enfermeira (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999; PAULI; BOUSSO, 2003; BARBOSA; RODRIGUES, 2004; MOLINA et al, 2007).

Pauli e Bouso (2003) destacam em seu estudo, que para impor limites à família, as enfermeiras, diante de situações conflituosas, buscam apoiar e respaldar seus atos nas normas institucionais. Essa postura fica mais evidente ainda na UTIP, onde ocorre a restrição do horário de visitas e muitas enfermeiras acreditam serem capazes de decidir quando é bom ou não os pais permanecerem junto à criança.

As citadas autoras também identificaram que as enfermeiras de UTIP tentam flexibilizar essas regras, abrindo exceções e concessões para facilitar a presença da família, contudo ainda possuem dificuldades de conceber essa permanência como um direito da criança e acrescentam que a flexibilização das regras ocorre de acordo com o critério individual de cada profissional.

Durante essa permanência da família na UTIP junto à criança, as enfermeiras devem demonstrar disponibilidade e atenção, transmitindo informações coerentes sobre o estado de saúde da criança. Essa postura trará benefícios para o tratamento e possibilitará um relacionamento de cooperação, com menos conflitos, entre a enfermeira e o familiar (BARBOSA; RODRIGUES, 2004; MOLINA et al, 2007).

A clareza e honestidade durante a transmissão de informações sobre a hospitalização, com a criança e sua família, são destacadas por Cardoso (2009). A autora descreve que essa atitude é imprescindível e permite que elas fiquem mais tranquilas, facilitando o processo de interação. Apesar de raramente acontecer, a permanência dos pais durante os procedimentos deveria ser estimulada pela enfermeira e ela deveria orientar a criança e sua família sobre o que será desenvolvido.

Quanto ao direito da criança em não sentir dor durante o tratamento na UTIP, Lemos e Miguel (2008) identificaram, em seu estudo, sobre o manejo da dor, duas condutas distintas por parte da equipe de enfermagem. Por um lado, ainda de forma individual por parte dos profissionais, as medidas não farmacológicas são utilizadas na criança e seus quadros dolorosos são valorizados, proporcionando conforto e respeitando o direito a receber um cuidado de enfermagem que atenda às suas necessidades. Por outro, identifica-se que alguns membros da equipe de enfermagem não possuem conhecimentos técnico-científicos necessários para o adequado manejo da dor da criança e que as instituições não possuem rotinas direcionadas para avaliação da mesma.

Em relação à doença da criança, o processo de hospitalização na UTIP nem sempre tem um desfecho favorável, e em cinco estudos (três artigos, uma dissertação e uma tese) constata-se que a criança e sua família acabam vivendo o processo de morte e morrer. Frente a isso, os estudos apontam que as enfermeiras necessitam desenvolver uma conduta que não se esgote com a possibilidade de morte da criança. A assistência deve buscar o conforto físico e espiritual da criança e sua família e as relações estabelecidas devem ser pautadas em informações verdadeiras e no respeito ao ser humano (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999; PAULI; BOUSSO, 2003; HADDAD, 2006; POLES; BOUSSO, 2006; POLES, 2008).

Outro aspecto importante durante o processo de hospitalização da criança é a valorização das atividades lúdicas. A UTIP não oferece recursos lúdicos adequados para a criança e quando presentes estão mais direcionados a decoração da unidade. Diante desta realidade, identifica-se que os profissionais, pensando no bem-estar da criança, estimulam que a família traga o brinquedo de casa (CARDOSO, 2009).

Nas atividades lúdicas, a criança percebe o que ocorre consigo, enfrenta o processo de hospitalização e diminui seu sofrimento, ansiedade e medo. O brinquedo também pode ser utilizado como um facilitador na comunicação com a criança, permitindo a equipe de enfermagem observar aspectos que nem sempre são relatados verbalmente e, conseqüentemente, desenvolver suas ações baseadas nas reais necessidades de saúde da criança (CARDOSO, 2009).

Cardoso (2009) destaca que o uso do brinquedo na UTIP estimula o desenvolvimento biopsicossocial da criança e a equipe de enfermagem deve utilizar desse recurso em sua prática cotidiana. No entanto, torna-se necessário o apoio da instituição hospitalar e o envolvimento da equipe de saúde. As atividades lúdicas, como um direito da criança hospitalizada, precisam ser utilizadas não apenas de forma recreativa, mas principalmente de forma terapêutica.

Todos os aspectos citados, nesses estudos, são imprescindíveis para uma assistência integral à criança. Apesar de identificar atitudes positivas por parte da equipe de enfermagem diante de vários aspectos que apontam para os direitos da criança, observou-se que uma parcela das profissionais está vinculada ao modelo assistencial centrado na patologia, no qual os aspectos de cuidar do corpo adoecido predominam sobre as necessidades de saúde da criança.

Refletindo sobre esses resultados observou-se condutas distintas por parte das enfermeiras, que estão relacionadas as suas ações, sentimentos, crenças e conhecimentos frente aos direitos da criança hospitalizada na UTIP.

A partir das evidências disponíveis na literatura, constatou-se que o desenvolvimento deste estudo é de extrema relevância pela escassez de publicações que tenham os direitos da criança como foco central de investigação e especificamente na prática assistencial de enfermagem na UTIP.

1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA

A criança é um ser único, em fase de crescimento e desenvolvimento, com características próprias, repleta de potencialidades, como também um ser vulnerável. Independente de qualquer condição, a criança será sempre criança e diante de sua fragilidade e dependência, necessita de cuidados especiais e ser protegida (KYLE, 2011).

Quando adoece, a criança encontra-se frente a uma realidade que difere de sua vida cotidiana e a necessidade de hospitalização submete a criança as rotinas e condutas

hospitalares (THOMAZINE et al, 2008). Na pesquisa de Martinez (2009, p. 51-52), a criança hospitalizada foi caracterizada por enfermeiras como:

Um ser diferente, de luz, bonito, com vida (vivo), alegre, tranquilo, suave, puro e inocente. Um anjo, delicado e com particularidades, indefeso, calmo, sereno, com encantamento e traz felicidade. Comunica-se pelo olhar, pelo brilho, pelo sorriso, interage, é transparente e receptivo, um ser de esperança e colorido, que brinca e possui um vislumbre de vida. Ao mesmo tempo, tem dificuldades de verbalizar o que sente e se comunicar, é triste, deprimido, hipocorado e pálido. Pode estar bem e estar mal, sem expectativa de vida. Surpreende a cada momento através da melhora, uma queda, uma expressão ou um som que ele emita. Apesar de agitado é doce, pequeno e não tem nenhuma interação, sozinho e solitário, necessitando o tempo todo de alguém junto dele. É nervoso e chora muito, não se expressa, resignado, sombrio, abatido, adoentado e não tem muita saúde. Representado como sofrimento e também a esperança, tudo escuro e uma caixinha de surpresa, um pote de ouro no final do arco-íris a ser desvendado.

Diante de várias peculiaridades, tanto do seu mundo social, como do mundo institucionalizado, a assistência à criança deve atender suas necessidades de saúde e de proteção aos seus direitos.

Historicamente, a hospitalização infantil sofreu muitas transformações. Até os meados do século XX, esse ambiente era extremamente adverso e restringia o desenvolvimento infantil devido a forte influência do modelo biomédico. Esta conduta, sem direcionamento para as características singulares da criança, favorecia que ela tivesse comportamentos agressivos e recusa da terapêutica, dificultando a sua recuperação (THOMAZINE et al, 2008).

Até o final da década de 80 do século XX, as crianças hospitalizadas eram separadas de sua família e as visitas eram restritas. Esta separação e os transtornos emocionais da criança foram foco de vários estudos, se tornando, também, uma preocupação por parte da enfermagem. Essa realidade e a necessidade de olhar a criança como um ser em fase de crescimento e desenvolvimento, frágil e dependente, estimulou e exigiu a elaboração de leis para sua proteção (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

No século XX, ocorreram movimentos importantes em relação à proteção à infância no Brasil e no mundo (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008). No Brasil, esses direitos de proteção à infância só foram efetivados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que foi um grande avanço para a garantia dos direitos da criança, como destacado no artigo 227 (BRASIL, 2012a, p. 45), que dispõe:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Contudo, o que marcou, definitivamente, o progresso dos direitos da criança na sociedade, como também durante a hospitalização, foi a promulgação da lei 8069 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2012b).

O artigo 7 do ECA destaca que “a criança tem direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 2012b, p.10) e no artigo 11. “é assegurado atendimento integral à saúde da criança, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2012b, p.11).

Diante da preocupação específica de proteção à criança durante a hospitalização, outro avanço foi conquistado no Brasil que concerne aos 20 itens sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Essa conquista foi um projeto da Sociedade Brasileira de Pediatria, elaborado em 1995 e aprovado pela 27^a Assembleia Extraordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)⁵ e promulgado na Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995 (BRASIL, 2004a). Vale destacar que, este conselho é fruto de um espaço de participação social que tem uma legitimidade, para inclusive, normatizar sobre determinadas condutas de diversos profissionais em relação à criança.

A literatura aponta que, apesar de todo esse avanço em relação a proteção da criança durante a hospitalização, existe a necessidade de um maior empenho por parte do estado, das instituições hospitalares e profissionais, no sentido de garantir a efetivação na prática desses direitos já instituídos pela lei (LIRA, 2010).

Durante a hospitalização à criança precisa ser respeitada como ser humano e ter todas as suas necessidades de saúde contempladas durante a assistência, para a oferta de um atendimento integral. Rodrigues et al (2014), acrescentam que deve-se considerar as necessidades biopsicossociais e espirituais da criança, como também incluir a família nesse cuidado.

⁵ Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA - órgão deliberativo e controlador das políticas de promoção, defesa e garantia dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2004a).

Diante do exposto, um dos direitos da criança hospitalizada que gera muitos questionamentos e observado na prática assistencial na UTIP é a permanência da família durante a hospitalização. Destaca-se que o acompanhante, principalmente a mãe, precisa ser vista como um agente facilitador e mais adequado de aproximação com a criança, como também, como aquele que intermedeia a construção do vínculo de confiança com a enfermeira (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Esse direito está contido no artigo 12 do ECA quando afirma que “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 2012b, p.12). O item 4 da Resolução n. 41/1995 ressalta que a criança tem o “Direito a ser acompanhada por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas” (BRASIL, 2004a, p.59).

Mesmo sendo um direito estabelecido por lei, observa-se ainda na prática assistencial uma dualidade de atitudes por parte da equipe de enfermagem em relação à permanência da família na UTIP. Quando a criança está acordada e demanda mais cuidados, a família é convidada a permanecer na UTIP, porém, se a criança está sedada a permanência da família incomoda a equipe (CARDOSO, 2009).

Na pesquisa de Côa e Pettengill (2011), as enfermeiras apontaram que não se sentem totalmente preparadas para conviver com a família na UTIP. Referem que esse despreparo vem desde sua formação na graduação e está relacionado à falta de conhecimentos teórico e prático de como lidar com a família durante o desenvolvimento da assistência. As enfermeiras reconhecem que existe uma carência de instrumentos de como acolher a família na UTIP e que ajudem as profissionais a assisti-la de forma adequada.

Para a garantia desse direito, deve-se considerar que “a interação da enfermeira com a família da criança possibilita o fortalecimento de vínculos e favorece a condução de um agir pautado no respeito, considerando as necessidades e especificidades de cada grupo familiar” (RODRIGUES et al, 2014, p, 1483).

A família é uma facilitadora na recuperação da criança na UTIP, na aceitação menos turbulenta ao tratamento, na amenização dos fatores estressantes da doença e procedimentos a que é submetida. Sua presença favorece e ajuda na inter-relação criança/família/equipe, neutralizando os efeitos negativos da hospitalização, com melhor adaptação da criança (MOLINA et al, 2007, ALVES et al, 2013).

Outro direito evidenciado é a garantia de informação sobre os cuidados prestados à criança durante a hospitalização. O diálogo entre a enfermeira, a criança e sua família é

imprescindível durante a assistência, porém, muitas vezes, ainda se observa à imposição do tratamento à criança, o que gera estresse, conflitos e desrespeito a sua individualidade (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Na pesquisa de Araújo (2003), os familiares informaram que a equipe de enfermagem, no perioperatório, ofereceu informações sobre a hospitalização da criança, porém, além de muitas informações transmitidas ao mesmo tempo, estas não estavam voltadas para as suas necessidades biopsicossociais.

Couto e Oliveira (2012) destacam a importância do papel da enfermeira em, constantemente, estar estimulando o escolar⁶ a se comunicar de acordo com sua realidade, como também evitar utilizar informações fantasiosas ou mentirosas para a criança.

Esse direito está contido no item 8 da Resolução n. 41/1995 quando destaca que: a criança tem o “Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário”; no item 10, o “Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida”; e no item 18, o “Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei” (BRASIL, 2004a, p. 59-60).

Diante disso, destaca-se a importância do consentimento da criança ou seu responsável legal e a equipe de saúde estar informando as atividades a serem desenvolvidas durante o processo terapêutico a qual a criança necessita ser submetida, respeitando sua autonomia e individualidade (CARNEVALLE, 2012; MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Frente a essas características individuais e específicas da criança durante a assistência, a enfermeira deve utilizar os instrumentos capazes de minimizar os efeitos negativos da hospitalização. Durante a assistência na UTIP, observa-se que o desenvolvimento do lúdico, do brincar e das atividades educacionais ainda são muito restritos e pouco valorizados pelos profissionais, apesar de serem um direito da criança hospitalizada.

O artigo 16 do ECA aponta o “direito da criança à liberdade, compreendendo os aspectos: brincar, praticar esportes e divertir-se” (BRASIL, 2012b, p.13) e o item 9 da Resolução n. 41/1995 destaca que a criança tem o “direito de desfrutar de alguma forma de

⁶ Neste estudo, o termo escolar corresponde ao: período da infância entre os 6 e 12 anos de idade (KYLE, 2011).

recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar” (BRASIL, 2004a, p. 59).

Independente do estado clínico da criança, essas atividades citadas anteriormente, fazem com que ela compreenda o tratamento ou até mesmo desvie o foco de sua atenção, estimulando as características próprias de sua fase de crescimento e desenvolvimento, o que de maneira positiva diminui o estresse da hospitalização (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

No estudo de Oliveira e Oliveira (2008) destaca-se que o brincar pode contribuir para a construção de uma nova realidade durante a hospitalização, permitindo que a criança expresse seus sentimentos, experiências vividas, costumes, como também suas preocupações e medos.

O brincar e as brincadeiras não são considerados apenas fontes de prazer e entretenimento para a criança durante a infância, mas também permite que as crianças desenvolvam habilidades para lidar com as mudanças que ocorrem no ambiente em que está inserida durante a internação (CIBREIROS; OLIVEIRA, 2010; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010 GOMES; QUEIROZ; BEZERRA; SOUZA, 2012).

Outro desafio vivenciado no cuidado intensivo é a avaliação da dor na criança. O direito em “não sentir dor, quando existam meios para evitá-la” está descrito no item 7 da Resolução 41/1995 (BRASIL, 2004a, p. 59).

Um dos grandes obstáculos da equipe de enfermagem é o desconhecimento de instrumentos adequados para a avaliação da dor, somado a dificuldade da criança em expressar o que está sentindo, o que nem sempre é possível no cuidado intensivo devido a sua gravidade e a necessidade de múltiplos procedimentos durante o tratamento (COSTA; LIMA; FERRARI, 2012).

Outros seis direitos da criança hospitalizada que são muito significativos no cuidado intensivo e necessitam de reflexão por parte da enfermeira, são: o item 3 da Resolução 41/1995 aponta o “direito a não ser ou permanecer hospitalizada desnecessariamente, por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade”; o item 11 destaca o direito de “receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família”; no item 14 o “direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos”; no item 15 a criança tem “direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral”; no item 16 o “direito a preservação da sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais”; e o item 20 o direito de “ter uma morte digna, junto com seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis” (BRASIL, 2004a, p. 59-60).

Dentre os itens mencionados, destaca-se que o cuidado espiritual na enfermagem pediátrica intensiva ainda é um desafio a ser superado, visto que necessita de discussões no campo da ciência e da saúde. Diante desse tema, a enfermeira e sua equipe ainda apresentam uma postura insegura, pois precisam conhecer as práticas religiosas e espirituais da família para poder apoiar e auxiliar no fortalecimento de seus mecanismos de enfrentamento (NASCIMENTO et al, 2010).

O conceito de morte digna é também muito questionado e existem dualidades de opiniões quanto a esse direito. Diante da ausência de cura da criança, alguns profissionais acreditam que o melhor é deixá-la junto à família e se possível em seu domicílio, já outros, defendem que mesmo na impossibilidade de cura a criança deve permanecer no hospital usufruindo de aparelhos e tecnologias disponíveis para manutenção da vida (LIRA, 2010).

Diante do exposto e, especificamente, na assistência de enfermagem, formula-se a seguinte situação problema: após 25 anos de promulgação do ECA e 19 anos de implementação da Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995 do CONANDA, ainda existem dificuldades para a garantia dos direitos da criança durante a hospitalização e verifica-se ações distintas por parte da enfermeira, que como líder de equipe, tem um papel de suma importância frente aos direitos, principalmente, por esses serem influenciados por vários fatores como: normas e rotinas institucionais, estrutura física da UTIP, crenças dos profissionais e assistência centrada na patologia.

Frente a essa realidade, entende-se que a enfermeira necessita conhecer a legislação específica e que a enfermagem precisa caminhar de uma assistência impregnada de cuidados técnicos para um cuidado integral à criança.

Sabe-se que isso ainda é um grande desafio, porque exige a mudança de paradigma do cuidado tecnicista e centrado na patologia, para o cuidado centrado na criança e sua família de maneira individual e humanizado, como também, a enfermeira precisa cada vez mais desenvolver uma prática assistencial que permita a efetivação desses direitos contidos na lei.

Diante ao exposto, entende-se que as enfermeiras, como sujeitos de ação, são dotadas de uma atitude⁷ frente aos direitos da criança na UTIP, como verificados na revisão bibliográfica.

⁷ O conceito de atitude utilizado neste estudo foi apresentado na disciplina obrigatória Linha de Pesquisa – Enfermagem e a Saúde dos Grupos Humanos para os mestrandos e doutorandos do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente/NUPESC da EEAN/UFRJ em 2014 e 2015.

De acordo com Rodrigues, Assmar e Jablonski (2012), as atitudes de um indivíduo formam-se cedo e são derivadas de processos comuns de aprendizagem e pela experiência. São frequentemente derivadas de características individuais de personalidade ou por influência externa, como também por consequência de interações ou de experiências anteriores vividas.

Assim, as atitudes correspondem a comportamentos de um indivíduo frente à determinadas situações. Torna-se necessário entender que as atitudes envolvem o que as pessoas conhecem, pensam, sentem e como elas se comportam em relação a algo, ou seja, o objeto atitudinal (TRIADIS, 1971).

A atitude apontada no presente estudo é definida como multidimensional, pois engloba os seguintes componentes na sua constituição: cognitivo, afetivo e comportamental (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012).

O componente cognitivo de uma atitude está relacionado a crenças, conhecimentos, maneira de encarar o objeto social, dentre outros. A representação cognitiva que se faz de um objeto social pode muitas vezes ser vaga, quando a carga afetiva é pouco intensa, ou errônea quando nada influencia na intensidade do afeto e que terá relação direta com a representação cognitiva que a pessoa faz do objeto. Esses componentes cognitivos nem sempre estão impregnados de carga afetiva (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012).

Harrison (1975) destaca que o componente cognitivo, também pode ser denominado de componente perceptual, informativo ou estereotípico e constitui ao aspecto intelectual das atitudes, correspondendo no que o indivíduo vê, sabe ou raciocina sobre o objeto atitudinal.

O componente afetivo é o mais nitidamente característico das atitudes, ou seja, parte integrante delas. Pode ser definido como um “sentimento pró ou contra um determinado objeto social”. Está relacionado a sentimentos de inclusão ou rejeição da pessoa em relação a algo e são influenciados pelas concepções e valores de como se deve reagir (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012, p. 162). O componente afetivo, também pode ser denominado de componente emocional ou sentimentos e não se refere ao que a pessoa pensa sobre o objeto, mas ao que sente sobre ele (WHEDALL, 1976).

O componente comportamental é que “as atitudes possuem um componente ativo, instigador de comportamentos coerentes com as cognições e os afetos relativos aos objetos atitudinais” (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012, p. 163).

De acordo com Whedall (1976), as atitudes de um indivíduo são propiciadoras de um estado de prontidão e quando ativadas por uma motivação específica terão como resultado um determinado comportamento. O autor ainda acrescenta que o componente comportamental ou

comportamento conativo pode ser verbal e não verbal, e está relacionado à ação, à tendência e à prontidão para reagir frente ao estímulo atitudinal.

Em síntese, uma atitude é “uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto” (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012, p. 161).

Neste estudo, entender o conceito de atitude possibilita a identificação do posicionamento das enfermeiras frente à sua prática assistencial, neste caso, os direitos da criança hospitalizada, e reconhecer a sua predisposição para responder a essa realidade de uma forma positiva ou negativa.

Com essa perspectiva, para identificar as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP, torna-se necessário verificar o que elas pensam, sentem e como elas se comportam durante o desenvolvimento de sua prática assistencial na UTIP.

1.4 HIPÓTESE DO ESTUDO

Diante do exposto foi elaborada a seguinte hipótese:

O componente comportamental da atitude da enfermeira durante o desenvolvimento da prática assistencial na UTIP difere dos componentes cognitivo e afetivo da atitude quanto aos direitos da criança hospitalizada na UTIP.

Para comprovar a hipótese foi desenvolvida e validada uma Escala de Atitudes das Enfermeiras frente aos Direitos da Criança na UTIP (EAEDC-UTIP).

As etapas de construção e validação da escala são apresentadas no estudo 1 e a hipótese referente as diferenças entre os componentes das atitudes, é testada no estudo 2.

1.5 OBJETIVOS DOS ESTUDOS

Estudo 1:

1. Construir e validar a escala de atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP;
2. Caracterizar as enfermeiras que atuam na UTIP.

Estudo 2:

1. Analisar os componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP;
2. Apresentar as tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP;
3. Discutir as implicações das tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem na UTIP.

1.6 CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS

A construção e validação da EAEDC-UTIP é um instrumento capaz de avaliar a prática assistencial de enfermeiras em cuidados intensivos frente aos direitos da criança na UTIP.

Ao ser validada, a escala poderá ser utilizada em pesquisas que abordem a prática assistencial de enfermagem na UTIP, visto que traz um olhar ampliado sobre a assistência à criança e sua família.

Os resultados da aplicação da escala permitirão a verificação das relações estabelecidas entre a enfermeira, a criança e sua família, analisando como se processa o respeito aos direitos da criança hospitalizada na prática cotidiana. Com isto, este estudo propiciará uma reflexão sobre a necessidade da garantia dos direitos da criança hospitalizada e sua família em cuidados intensivos.

Na prática assistencial da enfermagem, esta pesquisa oferecerá subsídios para o estabelecimento de estratégias voltadas para o atendimento dos direitos da criança na UTIP, como por exemplo, a instituição de normas, projetos, programas e diretrizes que garantam a efetivação dos direitos da criança hospitalizada contidos na legislação de promoção à saúde infantil no país.

Em relação ao ensino, o estudo contribuirá para a construção de novos conhecimentos científicos acerca dos direitos da criança no cenário de tratamento intensivo, como também para as discussões relacionadas à temática na assistência integral à saúde da criança nos cursos de graduação e pós-graduação, estimulando a divulgação desses direitos, a fim de que as enfermeiras se envolvam efetivamente na construção do saber da enfermagem pediátrica.

Quanto à pesquisa, o estudo oferecerá subsídios para as pesquisas que abordarão os direitos da criança hospitalizada e sua família no Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/Cenário Hospitalar e no NUPESC do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da EEAN/UFRJ.

Este estudo, também, propiciará novos conhecimentos científicos para a avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias na saúde da criança e a análise do impacto do ECA na proteção dos direitos da criança, que são prioritárias na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo aborda o contexto histórico e a legislação de proteção à infância no exterior e no Brasil, bem como a assistência à criança no espaço hospitalar, com destaque, na UTIP.

2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA INFÂNCIA

O conceito de infância, no decorrer da história da humanidade, sofreu grandes transformações e esse movimento de conceituação foi extremamente lento. Ele está diretamente relacionado à maneira como o ser humano desenvolve seu modo de existência e se organiza em sociedade, sendo que a infância pode ser considerada como uma fase da vida construída historicamente (FURLANETTO, 2008).

Por um longo tempo na história do homem, a infância passou despercebida e a criança não era reconhecida como um cidadão de direitos e um ser em fase de crescimento e desenvolvimento (ARIÈS, 2011). Sabe-se que a infância sempre existiu, desde o surgimento dos seres humanos no mundo, contudo, a percepção sobre essa fase da vida só começa a ter registros históricos a partir do século XII, o que permite constatar que a infância, antes desse período, não existia conceitualmente (CORDEIRO; COELHO, 2006).

Carvalho (2007) acrescenta que o surgimento da infância aconteceu em torno do século XIII e XIV, porém, as maiores evidências foram identificadas no continente europeu, entre os séculos, XVI e XVII, em que a preocupação com a infância foi influenciada pela estrutura social do mercantilismo.

Até a idade média, o sentimento de infância não existia. Nessa época, a infância era o período de transição para atingir a fase adulta e o indivíduo só passava a existir quando estava integrado e participava ativamente desse cotidiano. A criança era sempre comparada com um adulto em miniatura, dependente e improdutiva para a sociedade, sendo também ignorada dentro da estrutura familiar (ARIÈS, 2011).

A fase da infância era vista como um período curto da vida e restrito às etapas de dependência física. Quando a criança adquiria certa independência, ela era envolvida no convívio dos adultos e compartilhava dos mesmos hábitos e costumes, não sendo respeitado seu desenvolvimento físico e psicológico (ARIÈS, 2011).

Cabe destacar que, a juventude era ignorada e a criança se transformava precocemente em um jovem adulto, em que o aprendizado de valores e conhecimentos era adquirido pelo

contato com outros adultos mais experientes por meio da observação de como as tarefas eram realizadas (ARIÈS, 2011).

A sobrevivência das crianças era difícil. Nesse período, não se oferecia um cuidado diferenciado a essa fase da vida e a morte era encarada com muita naturalidade (ARIÈS, 2011). A carência de perspectivas sobre a criança tinha relação com os altos índices de mortalidade devido às condições precárias de higiene e saúde, e pela influência de aspectos culturais do homem (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

A partir do século XVII, com a incorporação de uma nova ordem social, algumas mudanças começam a ser observadas, dentre elas a necessidade de construção das escolas. Esse novo espaço estava destinado à formação inicial da criança quanto à escrita e leitura, seu preparo para vida adulta com regras e disciplinas rígidas, e aprendizado de tarefas que anteriormente eram feitas de forma empírica (ARIÈS, 2011).

Por outro lado, as crianças eram colocadas nas escolas e separadas dos adultos e do convívio familiar, passando parte da infância enclausurada até ser devolvida para sociedade. Nessa mesma época, começa uma preocupação com o infanticídio que era secretamente admitido na idade média, emergindo uma necessidade cada vez maior de se respeitar a vida da criança (ARIÈS, 2011).

Em meio a essas mudanças surge o primeiro sentimento em relação à infância que é a paparicação. De acordo com Ariès (2011), ela aparece no ambiente familiar, onde a criança transmite a partir de sua ingenuidade, gentileza e graça, muito prazer aos adultos que se distraiam e relaxavam com elas.

O segundo sentimento da infância foi à conscientização de que a criança era um ser frágil e inocente e essa conscientização não emergiu da família. Teve como fonte os eclesiásticos, os homens da lei e os moralistas do século XVII, que foram os primeiros a valorizarem a necessidade de uma atenção especial à infância e consideravam as crianças como frágeis criaturas de Deus que necessitavam ser preservadas e disciplinadas (ARIÈS, 2011).

Ainda nesse século, constata-se a aproximação entre pais e filhos, o que gerou, conseqüentemente, um sentimento de família, em que a criança passou a ser o centro das atenções, devido à organização da família em torno dela (ARIÈS, 2011).

Durante o século XVIII, no período do iluminismo, inicia-se uma conscientização da sociedade e dos estudiosos, sobre a importância da infância (GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010), entretanto, as crianças ainda não recebiam os cuidados adequados para

atender suas necessidades de saúde e características próprias de crescimento e desenvolvimento (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

Na época do iluminismo, apesar do início de uma preocupação maior com a criança, constata-se que os filhos eram entregues às amas de leite e isso era considerado um fenômeno normal e aceitável em todas as camadas sociais, revelando assim o verdadeiro abandono moral e afetivo por parte da mãe, do pai e de toda a sociedade, em que a criança era deixada em situação preocupante (BANDINTER, 1985).

A mesma autora acrescenta que, devido a essa situação, o estado passou a se preocupar mais com a saúde da criança, iniciando a cobrança de que as mães estivessem sempre juntas de seus filhos. Com isso, a maternidade começa a ser vista como um ideal. Com a dedicação ao filho, a mulher é considerada como boa mãe e santa mulher. As mulheres que negavam a maternidade eram consideradas como uma mãe má, incapaz e sem ideais (BANDINTER, 1985).

Com a Revolução Industrial, nos séculos, XVIII e XIX, observa-se um retrocesso. O direito ao acesso a escola foi substituído pela urgência de mão de obra e a criança passa a ter um valor econômico a ser explorado, sendo lançada no mercado de trabalho (CORDEIRO; COELHO, 2006).

Especificamente no Brasil, o século XVIII foi marcado pelo abandono das crianças. Na época colonial, o descaso e a omissão com as crianças deveriam ter sido a alavanca para a criação de instituições de assistência à criança abandonada, no entanto, isso não foi observado e as municipalidades não assumiam a responsabilidade pelos pequenos abandonados (MARCÍLIO, 2011).

As crianças ficavam a sorte de almas caridosas e aos cuidados das amas de leite que as criavam e amamentavam. As famílias substitutas acolhiam as crianças por caridade, mas também as utilizavam como mão de obra para os afazeres da casa (MARCÍLIO, 2011).

Com a preocupação do abandono dessas crianças, nesse mesmo século, foram implantadas no Brasil as rodas dos expostos, já existentes na Europa desde o período medieval, na qual as crianças eram deixadas de maneira anônima, quando não eram desejadas. Posteriormente, após a aprovação da Lei dos Municípios, em 1828, a roda dos expostos foi oficializada e vinculada a Santa Casa de Misericórdia, que estava a serviço do Estado, tendo caráter filantrópico (MARCÍLIO, 2011).

Diante da preocupação com o grande número de crianças abandonadas e os problemas de higiene instalados, devido ao aglomeramento e aos altos índices de mortalidade, o

movimento de extinção das rodas iniciou-se gradativamente no Brasil, porém ainda persistiu até 1950 (MARCÍLIO, 2011).

Apesar de observar o abandono infantil, os 100 anos percorridos entre 1850 a 1950 são considerados os mais importantes para o período da vida humana – a infância. Nessa época, se desenvolvem as ciências humanas, o que permitiu um melhor entendimento sobre as características da criança. Essa compreensão estimulou a retirada das crianças das fábricas e o retorno às escolas (CORDEIRO; COELHO, 2006).

A partir desse período, grandes avanços ocorreram e novos padrões de condutas foram estabelecidos tais como: saúde, educação e formação moral, visando desenvolver um ambiente especificamente infantil diferente do ambiente adulto (ARIÈS, 2011).

Com base nas ações dos homens, foi produzido o sentimento de infância, que é um fenômeno histórico e a criança recebe a definição de um ser social levando-se em consideração sua história de vida e origem, e o fato de estar inserida em um contexto social e geográfico, relações estabelecidas e seu valor social (KRAMER, 2002).

Inicia-se a construção do mundo das crianças com o acesso a brinquedos e jogos, o que possibilitou a separação do mundo dos adultos. Essa percepção da existência da infância, com a valorização de suas peculiaridades e especificidades, permitiu que no futuro fossem instituídos os direitos das crianças (ARIÈS, 2011).

2.2 LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA

No exterior e no Brasil, observa-se que o interesse pelos problemas da criança surgiu em meados do século XVIII, marcado pelo iluminismo e, em 1762, a ideia era de que a criança nascia pura e que a sociedade a deformava (ARIÈS, 2011).

No mundo moderno, a percepção mais ampla da criança como um ser em desenvolvimento resulta de um extenso processo social, que deriva de uma reorganização da sociedade, englobando desde as estruturas familiares até as esferas públicas. Entende-se assim, que a infância é uma categoria socialmente construída e essa percepção permitiu a adoção de práticas sociais que conduziram os processos de formação da identidade sociocultural da infância. Dentre essas práticas, encontravam-se a assistência pública social, de saúde e de educação, todas de responsabilidade do estado (ARIÈS, 2011).

Apesar de movimentos sociais de proteção à infância, o período colonial no Brasil foi marcado pela ausência de leis direcionadas à criança. Na constituição política do Império Brasileiro, mediante a Carta de lei de 25 de março de 1824, a criança não foi mencionada, o

que se entende uma não obrigatoriedade em zelar por elas, mesmo aquelas que se encontravam em situação de risco (BRASIL, 1824).

O primeiro conjunto de leis que mencionaram a criança foi na aprovação do Projeto lei do Código Criminal de 1830, que citava a inimputabilidade penal para menores de quatorze anos e essa lei não era aplicável às crianças escravas (BOMBARDA, 2008).

O período de escravidão no Brasil começa a mostrar seus primeiros sinais de enfraquecimento nos meados de 1860, com os movimentos abolicionistas. Em 1871, foi assinada a Lei do Ventre Livre (n.º 2.040) que libertou todas as crianças nascidas de pais escravos e em 13 de maio de 1888, foi sancionada a Lei Áurea (Lei Imperial n.º 3.353), que extinguiu a escravidão no Brasil (LOPES; MOTA, 2012).

Após o fim da escravidão, observou-se o aumento do número de crianças nas ruas e estas eram vistas como um problema social (DIMENSTEIN, 2012). Não era permitido, segundo Ariès (2011), que a criança escrava ou filha de escravo tivesse acesso à escola ou ao atendimento à saúde. Frente a isso, a família tinha um papel importante para a vida dessas crianças.

No entanto, devido à estrutura da sociedade escravagista, não era fácil o exercício do sentimento de infância. Ariès (2011) afirma ainda que, a entrada precoce da criança africana no mundo do trabalho contribuía para isso, já que a partir dos sete anos, as crianças escravas eram tratadas como adultas, e lentamente eram moldadas para o trabalho e atividades cotidianas.

Com o período de transição da Monarquia para a República em 1891, foi elaborada a primeira Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, que também não mencionava a criança (BOMBARDA, 2008).

Em âmbito mundial e diante da urgência de proteção a criança, em 1923, foram promulgadas as primeiras leis de proteção à infância pela *Internacional Union for Children Welfare*, que posteriormente em 1924, foram incorporadas a declaração dos direitos da criança em Genebra (DECLARAÇÃO DE GENEBRA, 1924, p.1).

Essa declaração ressalta que “os homens e as mulheres de todas as nações reconhecem que a humanidade deve dar a criança o que possui de melhor” e que a criança: deve ser protegida independentemente de qualquer consideração de raça, nacionalidade ou crença; deve ser auxiliada respeitando-se a integridade da família; deve ser colocada em condições de se desenvolver de maneira normal, quer material, quer moral, quer espiritualmente; aquela que tem fome deve ser alimentada; a criança doente deve ser tratada; a deficiente deve ser auxiliada; a inadaptada deve ser reeducada; o órfão e o abandonado devem ser recolhidos; a

criança deve ser a primeira a receber socorros em tempo de infortúnio; deve beneficiar plenamente de medidas de previdência e de seguro sociais; deve ser colocada em condições de, no momento oportuno, ganhar a sua vida e deve ser protegida contra qualquer exploração; e deve ser educada no sentimento de que as suas melhores qualidades devem ser postas ao serviço dos seus irmãos (DECLARAÇÃO DE GENEBRA, 1924, p.1).

Em 1927, no Brasil, foi promulgado o Projeto de lei sobre o Código dos Menores que tratou especificamente da proteção da infância abandonada, em que o Estado deveria amparar as crianças em situação de abandono, como também suprir suas necessidades básicas (BOMBARDA, 2008).

No ano de 1934, foi promulgada por uma Assembléia Nacional Constituinte a segunda Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil que apontava no artigo 138 do título IV - Da Ordem Econômica e Social, que a União, os Estados e os Municípios devem amparar a maternidade e a infância; proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; e adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a morbidade infantil. Esta foi a primeira lei brasileira a amparar a infância e a juventude de forma mais ampla, contudo com muitas restrições as reais necessidades de proteção à criança (BRASIL, 1934).

Na terceira Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, no governo de Getúlio Vargas em 1937, o artigo 127 dispõe que o Estado tinha dever de promover condições para o desenvolvimento físico e moral da infância (BRASIL, 1937). Posteriormente, a esse período, deflagrou-se a Segunda Guerra Mundial em 1939, gerando uma maior preocupação e conscientização quando a necessidade de se repensar os direitos humanos (BOMBARDA, 2008).

Em 1940, foi promulgado o Código Penal Brasileiro, mediante o decreto 2.848, que determinou que os menores de 18 anos fossem penalmente irresponsáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação do Código de Menores, ainda vigente (BRASIL, 1940). Com a necessidade de oferecer assistência social a menores infratores e desvalidos em todo território nacional foi criado em 1944 o Serviço de Assistência aos Menores (BOMBARDA, 2008).

A quarta Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil foi promulgada em 1946 e apresentava-se com um caráter mais democrático. Nessa constituição, a proteção à infância restringiu-se ao artigo 157 – item IX que determina a proibição do trabalho a menores de 14 anos e o artigo 164 que dispõe sobre a obrigatoriedade, em todo o território nacional, da assistência à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1946).

Ainda, em 1946, após a Segunda Guerra Mundial, foi criado o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Nova York, pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, direcionado para o atendimento das necessidades básicas de crianças e adolescentes no mundo, como também para o seu pleno desenvolvimento. A UNICEF é uma organização de âmbito mundial, dedicada à vida da criança, atuando com os governos e organizações, a fim de desenvolver programas direcionados aos setores de saúde, educação, nutrição, água e saneamento, como também nas situações emergenciais como em guerras e catástrofes (UNICEF, 1946).

Diante da urgência de se proteger a humanidade, em 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Nessa declaração, a criança foi amparada em seu artigo XXV, item 2, afirmando que a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais; e todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (ONU, 1948).

Com a necessidade mais específica de proteção à infância, em 1959, foi instituída a Declaração Universal dos Direitos da Criança, marco importante para a proteção da infância no mundo, dando início a um novo olhar e forma de pensar à infância, na qual a criança torna-se um ser de direitos (ONU, 1959; GOMES, CAETANEO; JORGE, 2008).

A Declaração Universal dos Direitos da Criança revela ao mundo a necessidade e importância de proteção integral à criança. Essa lei concentra em dez princípios acerca dos direitos à proteção da criança de maneira especial, garantindo sua integridade física, mental e intelectual (ONU, 1959).

Em meio a regime ditatorial no Brasil, em 1964, foi criada a FUNABEM (Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor), promulgada pela lei 4.513. A FUNABEM substituiu o Serviço de Assistência ao Menor e tinha como objetivo elaborar e implementar uma política para o bem-estar do menor em situação de risco (BRASIL, 1964). Em 1967, na quinta Constituição da República Federativa do Brasil, a criança foi mencionada apenas no item 4, do artigo 167, em que o Estado era responsável por instituir a assistência a esse grupo da população (BRASIL, 1967).

No dia 1 de janeiro de 1979, foi declarado o Ano Internacional da Criança pelas Nações Unidas. Esse movimento teve como finalidade alertar o mundo para os problemas que afetavam as crianças, principalmente, a desnutrição e a falta de acesso à educação. Essa declaração estimulou a união de um grupo de trabalho que iria elaborar a versão preliminar de uma Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2009).

No Brasil, os direitos de proteção à infância só foram realmente efetivados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que inovou as leis de proteção à criança e ao adolescente, transformando definitivamente as doutrinas de proteção à infância, vigentes até o momento. Essa Constituição oferece à criança e ao adolescente, mediante princípios e regras gerais, os mesmos direitos garantidos a todos os cidadãos brasileiros atendendo os princípios de proteção integral e prioridade absoluta (BRASIL, 2012a).

Em 1989, foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (Carta Magna para as crianças de todo o mundo – em 20 de novembro de 1989) e ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990, sendo, nesse mesmo ano, oficializada como lei internacional. O propósito da lei estava voltado para a necessidade de garantir proteção e cuidados especiais à criança, com responsabilidade fundamental da família nessa garantia, bem como o favorecimento do crescimento da criança em ambiente familiar e o seu preparo para viver uma vida individual em sociedade; a necessidade de proteção jurídica específica, antes e depois do nascimento e o respeito por valores culturais, tudo isso levando em consideração que existem crianças vivendo em condições extremamente adversas e necessitando de proteção especial em todos os países do mundo (UNICEF, 1989).

Logo após esse período, surge uma das maiores conquistas da sociedade civil brasileira, marcando definitivamente o progresso dos direitos da criança no contexto social. Cria-se o ECA mediante a lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que traz mudanças significativas em relação à legislação anterior, o chamado Código de Menores, instituído em 1927 e revisado em 1979, sendo formulado com a participação de vários segmentos da sociedade (BRASIL, 2012b). Vale destacar que com a implantação das leis do ECA fica extinta a FUNABEM (BOMBARDA, 2008).

O ECA ampara a criança e o adolescente oferecendo proteção integral que engloba: o direito à vida e a saúde; o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; o direito à convivência familiar e comunitária; o direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer; o direito à profissionalização e à proteção no trabalho; o direito à prevenção da ocorrência de ameaças ou violação dos seus direitos. Essa lei ainda trata das políticas de atendimento à criança e ao adolescente a partir de políticas sociais básicas; políticas e programas de assistência social; serviços especiais de prevenção e atendimento a vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão; em casos de desaparecimento, a localização de pais ou responsável; proteção jurídico-social e apoio de Conselhos Tutelares (BRASIL, 2012b).

Após a promulgação do ECA, as crianças e adolescentes passam a ser considerados cidadãos, com direitos pessoais e sociais garantidos, sendo que o poder público deve implementar políticas públicas direcionadas a esse segmento. Entretanto, não só o poder público tem responsabilidades, a sociedade e os pais são responsáveis pela atenção à criança e ao adolescente (FIGUEIREDO; MELO, 2007).

No artigo 88 do ECA, verifica-se a previsão da criação de conselhos dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2012b). Com a necessidade de incentivo da participação da sociedade nas decisões sobre políticas sociais e controle de sua implementação, cria mediante a lei 8.242, de 12 de outubro de 1991, o CONANDA (CONANDA, 2013).

Suas principais pautas são: acompanhamento de projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional referentes aos direitos de crianças e adolescentes; direito ao registro civil gratuito; prevenção e erradicação do trabalho infantil e proteção do trabalhador adolescente; combate à violência e exploração sexual; promoção e a defesa dos direitos de crianças e adolescentes indígenas, quilombolas, crianças e adolescentes com deficiência; e criação de parâmetros de funcionamento e ação para as diversas partes integrantes do sistema de garantia de direitos (CONANDA, 2013).

Em 1993, foi regulamentado o FNCA (Fundo Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) pelo CONANDA, por meio da Resolução nº 12/1993, para controle e garantia adequada dos recursos financeiros e em 1994, foi realizada a 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; movimento também previsto pelo ECA como um espaço de mobilização dos órgãos que trabalham em defesa dos direitos da criança e do adolescente. Em 2012, ocorreu, em Brasília, a 9ª Conferência com o propósito de mobilizar, implementar e monitorar a Política Nacional e o Plano Decenal de direitos humanos de crianças e adolescentes (CONANDA, 2013).

Após 25 anos de promulgação do ECA, algumas mudanças importantes foram realizadas para melhoria da lei, com a inclusão e reformulação de alguns artigos, entretanto outros necessitam ser revistos com o propósito de aperfeiçoar o tratamento e proteção de crianças e adolescentes, com maior envolvimento e responsabilidade de todos os segmentos, garantindo que se tornem cidadãos capazes de construir um país justo e democrático.

2.3 ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO ESPAÇO HOSPITALAR

O final do século XVIII e início do século XIX foram marcados por grandes transformações direcionadas para a proteção a infância, tanto nos aspectos sociais, como

também no campo da saúde e isso teve forte influência pela mudança do conceito de criança, que passou a ser vista como um ser em fase de crescimento e desenvolvimento (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

Focalizando a saúde da criança, a literatura aponta que, no término do século XVIII, ocorre o surgimento da pediatria como uma proposta de assistência social. No Brasil, observou-se um gradativo aumento da atenção médica direcionada às crianças. Havia registros em guias de higiene infantil direcionados às mães, teses universitárias que abordavam o parto e o recém-nascido, como também estudos desenvolvidos sobre a mortalidade infantil (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997; BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

Vale destacar que, nesse período, a instituição hospitalar, que anteriormente tinha por finalidade o isolamento dos doentes, inválidos, pobres e moribundos, passa a ser organizada como um espaço de atendimento terapêutico (THOMAZINE et al, 2008).

Em 1802, foi criado o primeiro hospital pediátrico, em Paris (GOMES; ERDMAN; BUSANELLO, 2010) e no decorrer do século XIX e início do século XX outras instituições de assistência à criança foram fundadas no mundo e no Brasil, exigindo um atendimento especializado e mão de obra qualificada, principalmente, por parte da equipe de enfermagem (SOUZA; OLIVEIRA, 2004).

A enfermagem moderna surge na Inglaterra no século XIX com Florence Nightingale e a primeira escola de enfermagem foi fundada em 1860. Nesse período, Florence Nightingale em seus registros, preconizava que a criança deveria receber “cuidados como higiene física, alimentar e do ambiente, bem como recreação e ar puro”. Recomendava também que as pajens fossem “pessoas responsáveis e com bom senso” (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997, p.29).

A partir do século XIX, surge a enfermagem de saúde pública e a criação de vários serviços de assistência à criança com o intuito de reduzir a mortalidade neonatal e infantil. Dentre essas condutas, estão “prevenção de doenças transmissíveis e à inspeção sanitária dos prédios” (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997, p.29).

Antes do fim da escravidão no Brasil, se observava uma preocupação com a saúde da criança. Em 1881, Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo fundou a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, em sua própria residência, com a finalidade de atender doentes pobres. Nesse mesmo espaço, fundou a primeira clínica infantil direcionada ao atendimento pediátrico e a criação do primeiro curso de pediatria. No atendimento oferecido à criança, observava-se o início do rompimento das práticas curativas e o direcionamento para uma assistência científica, eficaz e mais racional de atender a criança (MONCORVO FILHO, 1926).

Os problemas da infância decorrentes desse período, como por exemplo, o abandono e os altos índices de mortalidade infantil tornou-se intolerável, representando uma ameaça para a construção de uma nação ideal. Essa realidade exigiu um novo olhar entre a saúde, a educação e a nação, que estimulou a reformulação do valor atribuído à infância e a necessidade de protegê-la, pautadas em um novo modelo, o higienismo, que direcionou a criação das primeiras iniciativas modernas de assistência às crianças (FREIRE; LEONY, 2011).

No final do século XIX, por volta de 1890, frente a esse contexto, Bonilha e Rivorêdo (2005) apontam que a puericultura⁸ chega ao Brasil, importada da França, e vem aliada aos avanços da teoria microbiana. Subsequente a esse período Moncorvo Filho fundava, em 1899, o IPAI (Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro) do Rio de Janeiro (JUNIOR; GARCIA, 2010) uma instituição de cunho filantrópico que tinha como propósito amparar e proteger a infância necessitada, realizando também o atendimento e acompanhamento de crianças doentes.

Este “instituto colaborava com a divulgação da puericultura em jornais e com a sensibilização da elite, particularmente de suas damas, para a divulgação dos preceitos higiênicos” (BONILHA; RIVORÊDO, 2005, p. 9).

O advento do higienismo traz a perspectiva de preservar a vida das crianças e ensinar regras de higiene às famílias (BONILHA; RIVORÊDO, 2005). Após 1909, o IPAI foi formalizado como utilidade pública municipal e no ano de 1929, existiam 22 filiais distribuídas pelo Brasil (KUHLMANN JUNIOR, 1998).

Ainda no ano de 1909, Antônio Fernandes Figueira fundou o primeiro Hospital de Crianças da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro (Policlínica das Crianças), pioneiro no Brasil no sistema de internação conjunta mãe e filho. Após esse ano, outros hospitais de atendimento a criança foram fundados como o Hospital São Zacharias – 1914, Abrigo Hospital Arthur Bernardes -1924 (SANGLARD, 2007), Hospital Jesus -1935 e Instituto de Puericultura – 1953 (SOUZA; OLIVEIRA, 2004).

Nessa época, a criança adoecida era assistida no domicílio, ambulatório das clínicas e no hospital. A hospitalização da criança até o início do século XX foi marcada por um modelo assistencial biomédico em que a assistência à criança doente constituía-se como “normativa, burocratizante e centralizadora” sendo considerado apenas o corpo adoecido e não

⁸ A puericultura é uma atividade assistencial que focaliza o cuidado e o acompanhamento ao ser humano em desenvolvimento (SCHMITZ et al, 2005).

valorizando os aspectos emocionais, a subjetividade e relações sociais da criança (THOMAZINE et al, 2008, p.148).

A assistência de enfermagem à criança dessa época seguia os mesmos padrões e estava voltada para a prevenção da transmissão de infecção e isso era realizado, principalmente, por meio do “isolamento rigoroso”. Com essa conduta a criança era isolada de sua mãe e não recebia visitas dos familiares, ficando sob responsabilidade apenas dos profissionais de saúde. A literatura aponta que essas regras não contribuía para a recuperação da saúde da criança (THOMAZINE et al, 2008, p.148).

Frente a essa realidade, aos transtornos emocionais e afetivos que eram instalados nas crianças, como também os desajustes em sua estrutura familiar, houve a necessidade de uma reflexão sobre a conduta instituída durante a assistência a saúde (THOMAZINE et al, 2008; GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

Pensando nesses transtornos que acometiam as crianças devido à privação materna, a ONU em 1951 manifestou sua preocupação com relação a tais fatores de perturbação mental na criança hospitalizada, afirmando que a privação da companhia da mãe era um fator de grande impacto para a desorganização da saúde mental da criança. A partir desse posicionamento da ONU, houve um estímulo a reorganização da assistência infantil e essa deveria estar pautada nas características de crescimento e desenvolvimento da criança (THOMAZINE et al, 2008).

Essa postura assistencial também foi estímulo para a publicação do Relatório Platt, em 1959, na Inglaterra, considerado um marco importante para mudanças na prática assistencial à criança hospitalizada em todo mundo. Esse relatório foi elaborado por um comitê de Bem-Estar da Criança no Hospital, constituído pelo Conselho Central de Serviços de Saúde de Londres (LONDON, 1959; DAVIES, 2010).

Sua construção foi baseada em vários estudos e dados estatísticos sobre a hospitalização infantil e algumas recomendações, tais como: as crianças fossem internadas em unidades e enfermarias exclusivas para crianças e apenas quando necessário; esses espaços tivessem acomodação para os pais e que a visita fosse aberta a eles; oferta de serviços educativos, lúdicos e recreativos; tratar a criança como criança, respeitando suas necessidades emocionais; estimular os pais a participarem ativamente dos cuidados durante a hospitalização; e médicos e enfermeiras tivessem treinamento especializado para assisti-las (LONDON, 1959; DAVIES, 2010).

O documento alertava que as condições de isolamento físico e social eram extremamente nocivas para o desenvolvimento físico e emocional da criança. Diante disso,

recomendava que as instituições pediátricas de atendimento à saúde deveriam ser mais humanizadas e voltadas para as necessidades da criança e sua família, com o intuito de melhorar o seu bem-estar psicológico e emocional (LONDON, 1959; DAVIES, 2010).

Na Europa, esse avanço foi registrado na Carta da Criança Hospitalizada elaborada em 1988 pela Associação Européia para as Crianças Hospitalizadas, que a partir de um olhar cuidadoso e ampliado, traz orientações fundamentais sobre o que é necessário para um adequado atendimento à saúde da criança (IAC, 2009).

Todas essas contribuições e o desenvolvimento de vários estudos sobre a temática permitiram mudanças na rigidez das normas hospitalares e o desenvolvimento de diferentes perspectivas para assistir a criança (OLIVEIRA; COLLET, 1999), incluindo a mudança do modelo assistencial de atendimento (ELSEN; PATRÍCIO, 2005).

No Brasil, a preocupação com a hospitalização infantil vem ser amparada legalmente em 1990 com a promulgação do ECA, que determinou a obrigatoriedade dos hospitais em proporcionar a permanência dos pais ou responsável junto a criança, como também leis que protegem a integridade física, mental e social da criança (BRASIL, 2012b). Posteriormente ao ECA, o CONANDA aprova os 20 itens sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados pela Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995 (BRASIL, 2004a), que representam um referencial para a conduta a ser instituída por todos os profissionais que assistem a criança hospitalizada no Brasil.

Em 2003, o Ministério da Saúde implanta a Política Nacional de Humanização (PNH), sendo mais uma conquista para a hospitalização, que “visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes” (BRASIL, 2004b, p. 11).

Na área da saúde da criança o processo de humanização tem como propósito transformar uma assistência automática, mecanicista e centrada na doença, em uma assistência direcionada ao atendimento das reais necessidades de saúde da criança. Para isso, torna-se necessário a construção de um novo modo de fazer e assistir, em que profissionais de saúde, gestores e usuários sejam sujeitos de ação desse processo (BRASIL, 2004b).

Grandes avanços foram acumulados com essa política baseadas em “seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão”, no entanto, o SUS ainda enfrenta muitos desafios, dentre eles, o desrespeito aos direitos do usuário (BRASIL, 2004b, p. 11).

Apesar de todo o avanço e conquistas de direitos voltados à hospitalização da criança, observa-se no Brasil uma grande divergência na estruturação e condução da assistência. Em algumas instituições, a assistência desenvolvida é pautada no atendimento das necessidades

de saúde da criança e a enfermagem valoriza o modelo assistencial centrado na criança e sua família. Por outro lado, ainda existe muita resistência por parte dos profissionais de saúde e da equipe de enfermagem ao atendimento integral da saúde da criança, verificando-se uma postura tecnicista, focada na terapêutica e na doença (ELSEN; PATRÍCIO, 2005; THOMAZINE et al, 2008).

Um dos espaços de atendimento à saúde da criança que ainda encontra-se muita resistência para a garantia dos direitos da criança hospitalizada são as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica devido à complexidade e peculiaridades do cuidado desenvolvido. Mesmo com a existência dessas leis ainda evidencia-se um grande abismo entre o que está proposto e o que realmente está sendo desenvolvido pelos profissionais de saúde durante a prática assistencial a criança grave.

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

A criança é um ser vulnerável e necessita de cuidados especiais. Quando adoece vivencia múltiplas experiências e dependendo da evolução da doença, por vezes, a hospitalização é inevitável.

Para a criança, a doença significa uma condição de fraqueza e dependência, além de vivenciar o sofrimento orgânico e psicológico (DIAS, 2003). No momento em que a doença ameaça a sua vida e esta fica gravemente enferma, torna-se necessário um tratamento rigoroso e internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, local onde são atendidas crianças graves, em estado crítico e com necessidade de monitorização constante (PIVA; CARVALHO; GARCIA, 1997).

A Portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde, de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998, p.2) dispõe que:

A UTI é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõe de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

O objetivo principal do cuidado intensivo pediátrico é oferecer um atendimento à criança que possibilite sua cura e permita a manutenção de suas potencialidades para um crescimento e desenvolvimento saudável. Isso é possível na UTIP devido à capacidade tecnológica de tratar a criança aliada à assistência dinâmica, organizada e desenvolvida por uma equipe multiprofissional de especialistas na área da saúde da criança (PIVA;

CARVALHO; GARCIA, 1997). Por outro lado, o avanço tecnológico e a manutenção da vida a todo custo também permite a sobrevivência de crianças com sequelas irreversíveis que interferem definitivamente em seu crescimento e desenvolvimento (POLES, 2008).

A atuação integrada de todos os membros da equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso da assistência à criança gravemente enferma, porém, os médicos e as enfermeiras são considerados os profissionais com maiores responsabilidades na dinâmica desse cuidado. Essa parceria é fundamental para a oferta de uma assistência integral à criança grave e ocorre mediante a observação, acompanhamento, avaliação e intervenção durante a prestação do tratamento e cuidado (GARCIA; CARVALHO; PIVA, 1997).

Cabe destacar que esses profissionais necessitam ter atitudes precisas em situações de emergência na UTIP, a partir de “senso de observação, raciocínio objetivo, capacidade para lidar com sobrecarga emocional, habilidade técnica para a execução de procedimentos complexos e manuseio de equipamentos especializados”. A qualificação da equipe é fundamental e deve estar pautada em conhecimentos científicos (CARDOSO, 2009, p.35-36).

A equipe de enfermagem que atua na UTIP no Brasil corresponde às enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, e a atuação desses profissionais influencia diretamente na qualidade da assistência prestada à criança grave (PIVA; CARVALHO; GARCIA, 1997).

A enfermeira da UTIP deve ser de preferência uma especialista em enfermagem pediátrica, visto que suas ações deverão estar direcionadas a prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competência a uma assistência integral à criança e sua família (MENDES; MARTINS, 2012), podendo atuar em cargos de chefia e como líderes de plantão.

A enfermeira tem como função a organização do setor, elaboração de normas e rotinas da unidade. coordenação de treinamento e atualização da equipe, atuação nas questões administrativas da UTIP, liderança científica no que se refere a novas tecnologias e técnicas de enfermagem, avaliação das condutas desenvolvidas pela equipe com resolução dos problemas de maneira construtiva, apoio ao grupo de trabalho e trabalhar harmonicamente com os demais profissionais da equipe multiprofissional. Cabe à enfermeira plantonista, atuar nos cuidados diretos a criança, com realização de procedimentos invasivos ou não, amparar à família e coordenar a equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem (GARCIA; CARVALHO; PIVA, 1997).

O papel principal da enfermeira é a preservação da vida da criança e para isso ela necessita ter “senso de prioridade, senso ético e moral, liderança, boa interação com a criança, família e equipe, capacitação técnica e busca de novos conhecimentos” (EINLOFT et al, 1997, p. 795). Segundo Cardoso (2009), é de suma importância também, que a equipe de

enfermagem tenha conhecimentos científicos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, o que permitirá uma adequada compreensão e reconhecimento das necessidades biopsicossociais da criança, e conduzirá ao desenvolvimento de uma assistência integral e humanizada.

Vale apontar que a equipe de enfermagem deve buscar o equilíbrio racional e crítico entre seus conhecimentos; usar de tecnologias avançadas e o cuidado humanizado, visto que muitas vezes o cuidado tecnológico substitui o cuidado humano, ocorrendo um afastamento entre a criança, família e equipe, prejudicando a oferta de uma assistência integral (CARDOSO, 2009).

Para a criança, a experiência de internação na UTIP é extremamente difícil e deixa marcas devido às mudanças em sua rotina de vida e de ambiente, afastamento de seus brinquedos e rotina escolar, pelo estresse e traumas vividos durante o tratamento, rompimento do vínculo afetivo com sua família e amigos, e a sensação de abandono. Tudo isso gera um grande desgaste físico e emocional, medo de sentir dor e da morte, ansiedade e mudanças em seu comportamento (KYLE, 2011).

Todos esses sentimentos e comportamentos se intensificam quando a internação ocorre na UTIP, local caracterizado pela criança e sua família como um espaço relacionado ao sofrimento. Diante desse contexto, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental em minimizar os efeitos da hospitalização na criança e sua família (PIVA; CARVALHO; GARCIA, 1997; KYLE, 2011; HUDDAK, 2011).

A admissão da criança no ambiente hospitalar exige um preparo prévio, porém isso normalmente não ocorre no cuidado intensivo, em que a criança chega em estado grave necessitando de intervenções imediatas (PIVA; CARVALHO; GARCIA, 1997). Quando possível, o contato inicial da enfermeira com a criança e sua família deve ser o alicerce para o estabelecimento de uma relação de confiança (KYLE, 2011).

A criança, dependendo de sua idade, e sua família, devem ser informadas sobre as rotinas e as normas da instituição e unidade, como também sobre tudo que será realizado durante a assistência, evitando a utilização de termos técnicos. O preparo adequado pode minimizar os medos da criança e possibilitar que ela amplie sua capacidade de lidar com as experiências estressantes da hospitalização (KYLE, 2011).

A família deve ser o foco da atuação da enfermeira, pois esta é muito impactada com a internação da criança, manifestando sinais de ansiedade, desamparo e apreensão pelo estado de saúde de seu filho (MARTINS et al, 2008). Os pais devem ser ouvidos, informados quanto às suas dúvidas e necessidades, e a enfermeira aproveita esse momento para coletar o

histórico de enfermagem com a finalidade de conhecer as características da criança (CARDOSO, 2009).

A primeira entrada dos pais na UTIP deve ser acompanhada pela enfermeira, a fim de que seja explicado de forma clara e honesta o quadro clínico da criança, a necessidade do uso de equipamentos e sua finalidade, a importância da permanência integral junto à criança e participação nos cuidados. Sabe-se que essa permanência nem sempre é possível devido às rotinas rígidas e inflexíveis da UTIP (CARDOSO, 2009).

As rotinas para a dinâmica do trabalho na UTIP são determinadas pela instituição hospitalar e liderança dos grupos de trabalho. Essas regras nem sempre privilegiam os usuários do serviço, neste caso, a criança e sua família, mas sim, são formuladas para a organização do cuidado desenvolvido na UTIP. Essa unidade é considerada um espaço dotado de avanço tecnológico e possibilidades terapêuticas, entretanto, também é um ambiente permeado por doenças graves, sequelas dos tratamentos e fronteira entre a morte e a vida.

Assim, a equipe multiprofissional, em destaque, de enfermagem tem um papel de suma importância na assistência à criança e sua família. Para isso, torna-se necessário o comprometimento com o serviço e a recuperação da vida, focalizando o atendimento de necessidades biopsicossociais e espirituais, como também garantir a efetivação na prática assistencial dos direitos instituídos pela lei.

3. METODOLOGIA

3.1 ESTUDO 1: CONSTRUÇÃO⁹ E VALIDAÇÃO¹⁰ DA ESCALA¹¹ DE ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP (EAEDC-UTIP).

3.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, não experimental, correlacional, transversal, de construção e validação de uma escala de atitudes.

Na abordagem quantitativa, os valores e a parcialidade dos resultados do estudo são mantidos com controle rigoroso, envolvendo características de um fenômeno como a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis, buscando sempre a objetividade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O estudo não experimental não possui “designação aleatória, manipulação de variáveis ou grupos de comparação. O pesquisador observa o que ocorre naturalmente sem interferir de maneira alguma”. O desenho não experimental pode ser classificado como correlacional, que trata-se de uma investigação criteriosa da “natureza das relações ou associações entre as variáveis, ao invés de relações diretas de causa e efeito”. Esse tipo de desenho é muito utilizado para investigar “se mudanças em uma ou mais variáveis estão relacionadas a mudanças em outra(s) variável(eis)” (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007, p. 503-504).

O desenho correlacional é normalmente do tipo transversal. No delineamento transversal tem-se por finalidade, em um único momento, descrever as características de uma população ou fenômeno, como também, estabelecer a correlação entre variáveis e determinar a natureza dessa relação (GIL, 2008; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Neste estudo, foi elaborado o instrumento de coleta de dados, que corresponde a uma escala de atitudes pautado em um aporte teórico consistente, mediante revisão bibliográfica e experiência da pesquisadora na assistência na UTIP.

⁹Estudo apresentado no 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, realizado em Natal/RN, Brasil, em 2013; no 65º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado no Rio de Janeiro, Brasil, em 2013.

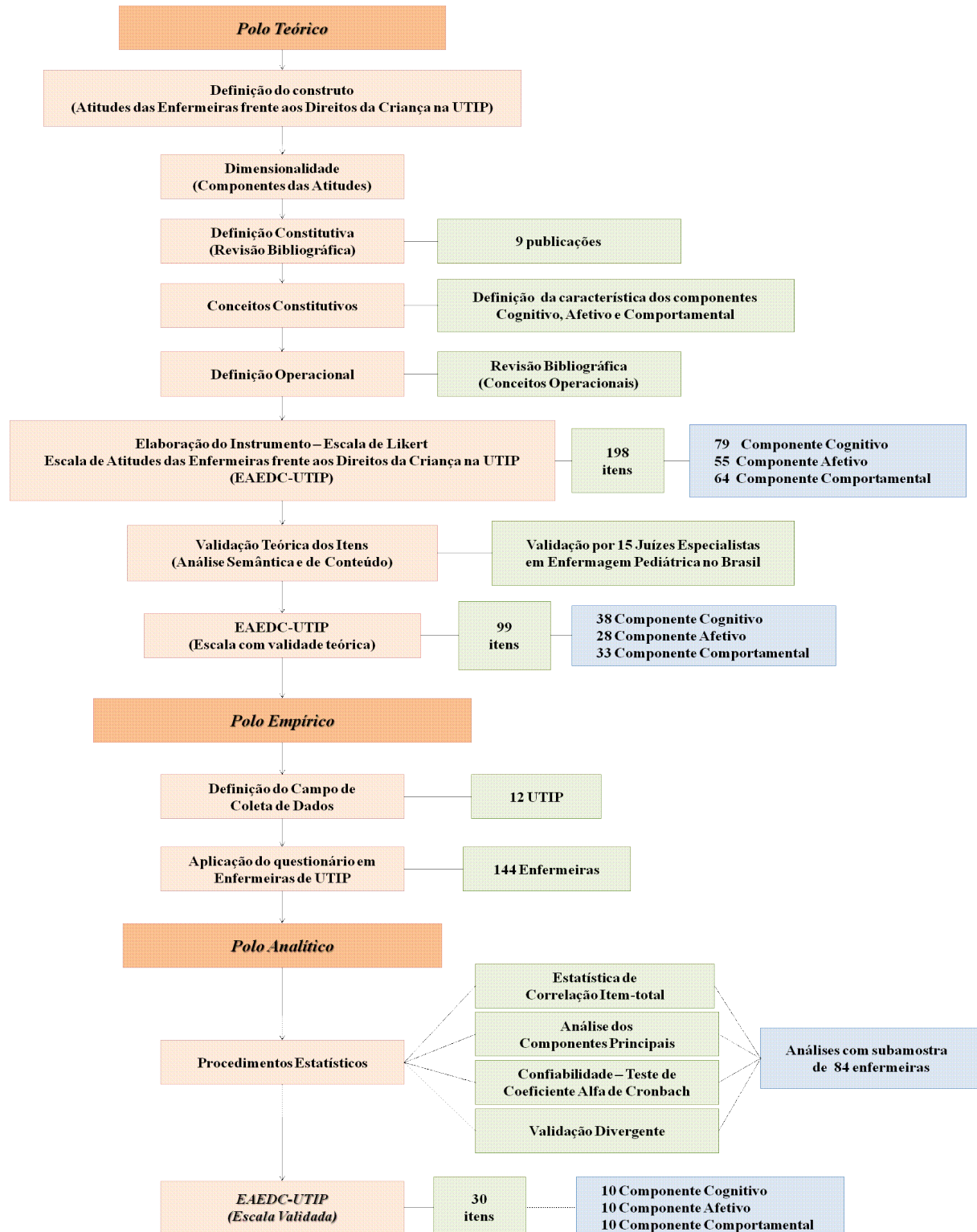
¹⁰Estudo apresentado e 1º lugar do Prêmio Vera Lúcia Miranda Abrantes - categoria estudante, no 6º Seminário Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente e III Seminário Internacional de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente, realizado no Rio de Janeiro, Brasil, em 2014.

¹¹Estudo apresentado e 1º lugar do Prêmio Saúde da Criança e do Adolescente – categoria profissional do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do adolescente/NUPESC no 22º Pesquisando em Enfermagem, 18º Jornada Nacional de História da Enfermagem e 15º Encontro Nacional de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, realizado no Rio de Janeiro, Brasil, em 2015.

3.1.2 A Construção e Validação da Escala

A seguir, na Figura 1, apresenta-se o esquema do caminho metodológico desenvolvido para a construção e validação da EAEDC-UTIP.

Figura 1 – Esquema detalhado do caminho metodológico para construção e validação da EAEDC-UTIP.



A construção e validação de um instrumento de avaliação do comportamento humano, também chamado de teste psicológico ou instrumento psicométrico, é de extrema importância para o avanço do conhecimento científico de uma determinada área. Esses instrumentos de avaliação e medida como, por exemplo, as escalas, exigem etapas bem definidas e técnicas rigorosas em sua elaboração, visto que darão origem a um instrumento com qualidade científica (PASQUALI, 2010a; PASQUALI, 2011).

Um teste psicológico é um procedimento sistemático capaz de mensurar, avaliar e permitir a descrição de comportamentos e atitudes mediante uma escala. A medida escalar é uma forma de medida psicométrica e muito utilizada nos estudos de atitudes. Ela tem como objetivo “escalonar estímulos que expressam um construto psicológico”, ou seja, “estímulos (itens) observáveis” (PASQUALI, 2010a, p. 115).

De acordo com Pasquali (2010a, p.115-116), o termo escala pode ser utilizado com vários propósitos: “para designar o nível métrico da medida; para designar um contínuo de números; para designar os próprios itens de um instrumento; para designar diferentes técnicas de construção e uso de instrumentos psicológicos de medida de atitudes”. Ao se fazer uma medida de um “atributo empírico, surge uma série de números ordenados à qual é dado o nome de escala numérica”. Assim, uma “escala é utilizada como forma ou técnica de se fazer a medida, especialmente, na área das atitudes”.

A construção de uma escala, de acordo Pasquali (1998, 2010a), deve ser desenvolvida mediante três grandes polos ou procedimentos, denominados de: polo teórico, polo empírico e polo analítico. Incluem etapas e métodos específicos, que devem ser desenvolvidos em uma sequência temporal determinada.

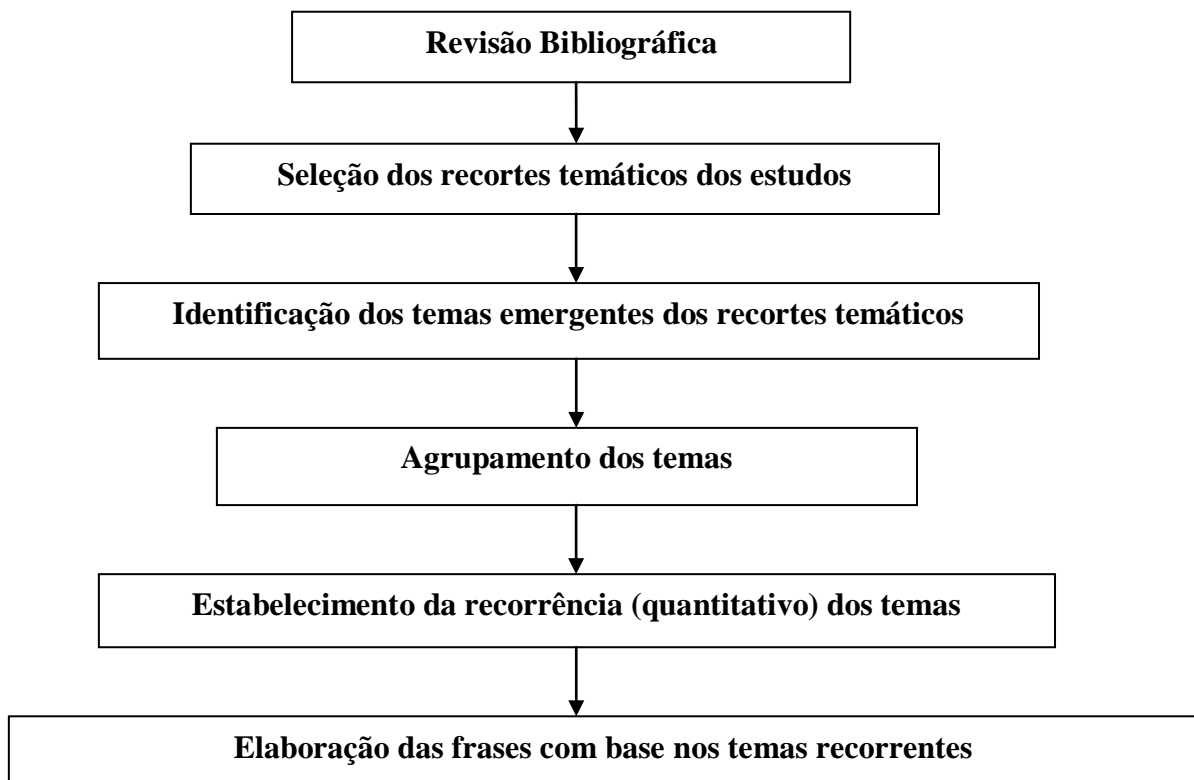
O polo teórico é a etapa que focaliza a teoria que irá fundamentar o construto ou objeto psicológico para o qual se deseja construir um instrumento de medida. Corresponde a definição do construto que vai ser avaliado; definição das propriedades desse construto; identificação de sua dimensionalidade, definição constitutiva e operacional; construção dos itens que irão compor o instrumento e validação de conteúdo desses itens (PASQUALI, 1996, 1998, 2010b).

A dimensionalidade do construto corresponde à estrutura interna e semântica do atributo e esse atributo é o fator que compõem o construto, podendo ser uni ou multifatorial. As escalas podem ser consideradas unidimensionais, quando por meio de números ela expressa apenas uma dimensão, ou multidimensionais quando se deseja medir vários traços latentes e independentes um do outro (PASQUALI, 2010a).

O objeto psicológico de interesse deste estudo são as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP. Por se tratar de um contexto amplo, a atitude a ser analisada foi delimitada em três dimensões específicas, de acordo com Rodrigues, Assmar, Jablonski (2012), mediante os componentes cognitivo, afetivo e comportamental da constituição das atitudes, e que são denominados de atributos.

A definição constitutiva é a identificação das dimensões e atributos dos construtos. Para a etapa da definição constitutiva, foi realizada análise temática de nove publicações desenvolvidas por enfermeiras, selecionadas mediante revisão bibliográfica, que abordam a assistência de enfermagem a criança na UTIP e apresentadas no tópico Relevância do Estudo. Pasquali (2010b) aponta que, no polo teórico, realiza-se o levantamento de evidências empíricas de forma sistematizada sobre um determinado construto, o qual alicerçará a construção do instrumento, chegando a uma miniteoria. O procedimento teórico depende da “literatura existente sobre o construto psicológico que o instrumento pretende medir” (PASQUALI, 1998, p.2).

Durante a revisão bibliográfica, não foram encontradas publicações desenvolvidas especificamente com a temática sobre o direito da criança na UTIP, contudo, as nove publicações selecionadas apresentam particularidades da prática assistencial de enfermagem no contexto da UTIP e que apontam para o direito da criança, e foram analisadas respeitando as seguintes etapas:



Essa etapa de definição constitutiva representa a definição de um construto por meio de outro construto. De acordo com Pasquali (1998, p.4), “O construto é concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere”. Essa definição é de “extrema importância no contexto da construção dos instrumentos de medida, porque elas situam o construto, exata e precisamente dentro da teoria desse construto, dando, portanto, as balizas e os limites que ele possui”. Nem sempre um instrumento que mede um construto é capaz de cobrir toda extensão da amplitude semântica de um conceito.

Após a análise da literatura selecionada foram delimitados os conceitos constitutivos, de acordo com os componentes das atitudes, para alicerçar a estrutura da escala, que são:

Componente Cognitivo: refere-se ao conhecimento e crenças das enfermeiras em relação à assistência à criança e sua família na UTIP e aspectos relacionados aos direitos. Corresponde ao que a enfermeira conhece, reconhece, considera e acredita ser adequado ou não no desenvolvimento de sua prática de acordo com suas experiências.

Componente Afetivo: estão relacionados aos sentimentos positivos e negativos que a enfermeira apresenta no desenvolvimento de suas atividades e as relações estabelecidas com a criança e sua família na UTIP, os quais podem ser um facilitador ou não na garantia dos direitos da criança. Destaca-se o que é valorizado, a capacidade de estabelecer relações, demonstração de interesse e afeição pelo outro.

Componente Comportamental: corresponde ao comportamento da enfermeira, o seu fazer, no desenvolvimento da prática assistencial na UTIP, ou seja, como ela se posiciona, age e reage frente às questões da prática durante a assistência para a garantia dos direitos, e na relação com a criança e sua família.

Na definição constitutiva, a teoria encontra-se no plano abstrato. A passagem do plano abstrato para o concreto ocorre mediante as definições operacionais dos construtos (PASQUALI, 1998, 2010b).

O processo de definição operacional é a etapa que permite a fundamentação da validade do instrumento e é a base para “a legitimidade da representação empírica, comportamental, dos traços latentes (os construtos)”. Torna-se necessário que as definições operacionais dos construtos sejam realmente operacionais e as mais abrangentes possíveis (PASQUALI, 1998, p.4).

Com o intuito de garantir uma maior amplitude do construto deve-se especificar e elencar as categorias de comportamentos que correspondem à representação comportamental do construto mediante as definições operacionais. Quanto mais rigorosa for essa

especificação, maior será a possibilidade do instrumento, que medirá o construto, ser válido e útil (PASQUALI, 1998, 2010b).

Neste estudo, para a definição operacional, foi extraída da literatura uma variedade de conceitos operacionais que representassem comportamentalmente tais atitudes frente aos direitos da criança na UTIP, que são: interação/ comunicação entre a enfermeira e a criança; presença/permanência dos pais na UTIP; criança em fase terminal /morte da criança na UTIP; cuidados prestados à criança na UTIP; equipe de enfermagem da UTIP; ambiente da UTIP; relação entre a enfermeira e a família; dor da criança na UTIP; procedimentos realizados na criança; lúdico e o brincar na UTIP; formação da enfermeira intensivista; internação da criança na UTIP; e valores espirituais da criança e sua família.

Com a representação comportamental das atitudes definida segue-se para a etapa de elaboração do instrumento e faz-se necessário construir uma listagem de categorias comportamentais, que são expressas em tarefas unitárias e específicas, denominadas de itens. De acordo com Pasquali (1998, 2010b), a construção dos itens corresponde à etapa de operacionalização do construto e a fonte principal utilizada para o desenvolvimento dessa etapa é a revisão bibliográfica sobre o construto.¹²

Os itens da EAEDC-UTIP foram construídos considerando:

- 1º - Elaboração dos itens:

Um quantitativo de frases que manifestam opiniões em relação à atitude a ser investigada (positivas ou negativas) foi reunido com base na revisão bibliográfica, na experiência da própria autora como enfermeira de UTIP, na legislação contida no ECA, e na Resolução 41/1995 do CONANDA;

- 2º - Organização das frases intercalando construto semântico direto (positivo), favorável à prática, e construto semântico reverso (negativo), desfavorável à prática.

De acordo com Pasquali (1998, 2010b), para os itens representarem comportamentalmente o construto a ser investigado, deve-se analisar exaustivamente as evidências empíricas disponíveis e seus fundamentos teóricos, pois não é qualquer item que irá medir o construto de interesse.

Dentre os tipos de escalas existentes, como a de Thurstone e Guttman, destaca-se a escala de Likert, que é a mais utilizada para construção de escalas psicométricas nas pesquisas

¹² O pool de itens foi construído a partir dos grupamentos de comportamentos levantados nas temáticas prevalentes, como exemplificado no Apêndice 1.

atuais (PASQUALI, 2010a). Na construção da EAEDC-UTIP, optou-se como estrutura do instrumento por uma Escala de Likert.

A Escala de Likert foi desenvolvida em 1932 por Rensis Likert (1903 - 1981), um sociólogo, psicólogo e diretor do Instituto de Pesquisas Sociais de Michigan. Em sua publicação "*A Technique for the Measurement of Attitudes*" (LIKERT, 1932), versão resumida de sua tese de doutorado, propõe o desenvolvimento de um instrumento de medição de atitudes psicológicas de maneira científica.

A escala de atitude já havia sido proposta anteriormente por outros cientistas sociais, como por exemplo, Thurstone, contudo era considerada inadequada para a pesquisa de Rensis Likert (UEBERSAX, 2006).

Para a construção de uma escala de Likert, formulam-se um conjunto de frases (itens de likert) que expressam uma opinião, em que o participante da pesquisa é solicitado a apontar o seu grau de concordância ou discordância sobre um determinado assunto (LIKERT, 1932; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Likert propõe a utilização de cinco categorias: (1) discordo inteiramente, (2) discordo, (3) nem concordo nem discordo (4) concordo, (5) concordo inteiramente.

Neste estudo, as categorias foram definidas em cinco graus, a saber: concordo totalmente, concordo parcialmente, indeciso, discordo parcialmente, discordo totalmente, para serem respondidos pelos participantes, como também, foram construídos 198 itens em função das definições constitutiva e operacional das atitudes das enfermeiras, obedecendo os seguintes critérios, que de acordo com Pasquali (1998, p.7-9) são:

- Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, permitindo a pessoa uma ação clara e precisa;
- Critério de objetividade ou de desejabilidade: o item deve expressar uma preferência ou um comportamento desejável, em que a pessoa pode concordar ou não com ele;
- Critério da simplicidade: o item deve expressar uma única ideia. Ideias variadas podem confundir o respondente;
- Critério de clareza: o item deve ser claro e inteligível, sendo construído com frases curtas, expressões simples e inequívocas. É importante que a linguagem utilizada seja inteligível para a população-meta;
- Critério de relevância: o item deve ser consistente com o traço definido. “o critério diz respeito à saturação que o item tem com o construto, representada

pela carga fatorial na análise fatorial e que constitui a covariância (correlação) entre o item e o fator (traço)”;

- Critério de precisão: “o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo”;
- Critério de variedade: os itens devem ser construídos respeitando uma variedade na linguagem, tanto em termos de itens favoráveis (positivos) e desfavoráveis (negativos). Evitar expressões padronizadas previne a monotonia, cansaço e aborrecimento ao respondente;
- Critério de modalidade: os itens devem expressar uma reação modal. Convém evitar expressões extremadas as quais descrevem a intensidade da reação da pessoa. Essa intensidade deve ser dada pela resposta na escala;
- Critério de tipicidade: na formulação do item deve conter expressões condizentes, ou seja, típicas, próprias e inerentes com o atributo;
- Critério da credibilidade: o item deve ser formulado de modo que não pareça ridículo, despropositado ou infantil. Frases com essas características fazem com que o respondente se sinta ofendido e irritado, podendo aumentar os erros de respostas;

Pasquali (1998, p.9-10) acrescenta a importância de se ter critérios referente ao conjunto de itens, ou seja, todo o instrumento, que são o critério de amplitude e do equilíbrio. No critério de amplitude “o conjunto de itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo” e no critério de equilíbrio “os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, médios e difíceis”.

No total de 198 itens construídos para a EAEDC-UTIP, 79 itens são do componente cognitivo, 55 itens do componente afetivo e 64 itens do componente comportamental, todos construídos em forma de frases expressando as atitudes das enfermeiras, como apresentados no Apêndice 2.

Quanto à quantidade de itens que cobrirão grande parte da extensão semântica do construto, Pasquali (1998, 2010b) afirma a necessidade de um quantitativo razoável de itens. Deve-se começar com, pelo menos, o triplo de itens, para se ter segurança, que no final, será obtido um terço deles. O autor ainda acrescenta que essa quantidade variará segundo a simplicidade e especificidade de cada item. Na técnica de construção de instrumentos, pautadas na teoria dos traços latentes o ideal é que ao final da validação do instrumento se obtenha pelo menos 20 itens com validade teórica real.

Posteriormente, a construção dos itens e estruturação do instrumento, torna-se necessário a realização da análise teórica dos itens, que corresponde a análise semântica e de conteúdo (PASQUALI, 1998, 2010b)

Segundo Pasquali (1998, 2010b), o objetivo principal da análise semântica é verificar se todos os itens do instrumento são compreensíveis para os membros da população ao qual o instrumento será aplicado.

Os itens foram construídos como representantes dos componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos das crianças na UTIP, contudo, tornou-se necessário avaliá-los mediante a opinião de pessoas experts na área, conhecidas como juízes, garantindo sua validade (PASQUALI, 1998, 2010b).

A análise dos juízes, também “chamada de análise de conteúdo, mas propriamente deve ser chamada de análise de construto, dado que precisamente procura verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s)” (PASQUALI, 2010b, p.182).

Nesta etapa, seleciona-se juízes peritos na área do construto, que de acordo com Pasquali (1998, 2010b) o número de seis juízes é o suficiente, e seu papel corresponde a tarefa de analisar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão.

Para a análise semântica dos itens e análise de conteúdo, a EAEDC-UTIP foi submetida à análise por juízes. Pasquali (1998, 2010b) evidencia várias formas eficientes de realizar tal tarefa, em que o mais importante é a avaliação do item para que ele seja corretamente compreendido e não deixe nenhuma dúvida.

Os juízes foram selecionados a partir do currículo Lattes com base em sua formação acadêmica, considerando: ser enfermeiro, com doutorado em enfermagem na saúde da criança e especialização em enfermagem pediátrica; e/ou ser enfermeiro, com mestrado e doutorado na saúde da criança.

Com base nos critérios de inclusão foram selecionados 62 juízes, que por via correio eletrônico, em outubro de 2013, receberam uma “carta aos juízes” com os objetivos para a participação na validação da escala (Apêndice 3). Para essa análise, foi solicitado aos juízes, que se posicionassem quanto ao seu nível de concordância nos itens e sua opinião sobre adequação semântica, facilidade de compreensão e adequação da representação comportamental de cada item da escala na dimensão proposta, podendo descrever no campo “observações”, aberto ao lado da estrutura da escala, suas considerações quanto à construção do item.

Os questionários foram respondidos e devolvidos via correio eletrônico, até 28 de outubro de 2013, por 20 juízes e destes 15 atenderam aos objetivos propostos para validação. Cinco juízes não responderam o questionário em sua totalidade e foram retirados da pesquisa.

Os 15 juízes selecionados estão distribuídos pelas cinco regiões do Brasil, sendo nove da região sudeste, três do sul, um do norte, um do nordeste e um do centro-oeste. Onze juízes são enfermeiros com doutorado em enfermagem na saúde da criança e especialização em enfermagem pediátrica; e quatro são enfermeiros com mestrado e doutorado na saúde da criança.

Os questionários respondidos foram organizados numericamente de um a quinze e os resultados quanto ao nível de concordância foram digitados e estruturados com auxílio de planilha eletrônica do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 16.0.

Para facilitar a digitação e posterior leitura dos resultados os níveis de concordância foram numerados da seguinte maneira: concordo totalmente (5); concordo parcialmente (4); indeciso (3); discordo parcialmente (2); e discordo totalmente (1).

A análise semântica a partir das observações descritas pelos juízes, para a inclusão ou não de cada item na escala, foi organizada em um quadro, sendo descritas todas as considerações propostas de cada item.

Assim, na verificação dos itens pelo extrato da população com mais habilidades, a análise consiste em evitar que os itens apresentem-se muito primitivos, perdendo sua validade aparente e seriedade (PASQUALI, 1998, 2010b).

Inicialmente, foi realizada a leitura das respostas dadas pelos 15 juízes, mediante banco de dados construído, com base na análise descritiva, considerando a aglutinação simultaneamente do nível de concordância concordo totalmente com concordo parcialmente, e discordo totalmente com discordo parcialmente. Em seguida, procedeu-se a leitura da frequência das respostas do nível de concordância entre os 15 juízes, como apresentado no Quadro 03.

Quadro 03 - Identificação do nível de concordância entre os 15 juízes considerando a aglutinação do nível concordo totalmente com concordo parcialmente, e discordo totalmente com discordo parcialmente.

| Componente Cognitivo | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|---------------------|------------------|
| 80% ou mais | 79% a 70% | 69% a 60% | 59% a 50% | 49% ou menos | Total |
| 1 – 2 – 3 – 10 – 12 – 16 – 17 – 18 – 20 – 21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 – 28 – 34 – 37 – 38 – 40 – 41 – 42 – 44 – 45 – 46 – 47 – 49 – 50 – 51 – 53 – 54 – 55 – 56 – 60 – 61 – 62 – 64 – 65 – 66 – 68 – 70 – 71 – 72 – 73 – 74 – 75 – 76 – 78 – 79 | 31 – 32 – 35 – 58 | 4 – 7 – 11 – 13 – 15 – 27 – 30 – 33 – 36 – 48 – 59 | 5 – 6 – 8 – 9 – 14 – 19 – 29 – 43 – 52 – 57 – 69 | 39 – 63 – 67 – 77 | 79 itens |
| Componente Afetivo | | | | | |
| 80% ou mais | 79% a 70% | 69% a 60% | 59% a 50% | 49% ou menos | Total |
| 3 – 5 – 6 – 7 – 9 – 13 – 14 – 15 – 16 – 18 – 19 – 20 – 21 – 22 – 23 – 25 – 27 – 28 – 29 – 30 – 33 – 35 – 37 – 40 – 41 – 43 – 45 – 46 – 48 – 51 – 52 – 54 | 11 – 24 – 32 – 34 – 39 – 55 | 1 – 2 – 4 – 10 – 26 – 31 – 36 – 38 – 42 – 44 – 47 – 50 – 53 | 8 – 12 – 17 – 49 | | 55 itens |
| Componente Comportamental | | | | | |
| 80% ou mais | 79% a 70% | 69% a 60% | 59% a 50% | 49% ou menos | Total |
| 1 – 3 – 5 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 13 – 15 – 17 – 18 – 21 – 22 – 23 – 27 – 29 – 31 – 33 – 34 – 35 – 36 – 37 – 41 – 43 – 44 – 49 – 51 – 57 – 59 – 60 – 61 – 64 | 4 – 19 – 24 – 32 – 45 – 47 – 52 – 62 | 2 – 6 – 12 – 16 – 25 – 26 – 30 – 38 – 39 – 48 – 50 – 53 – 55 – 58 – 63 | 14 – 20 – 28 – 40 – 46 – 56 | 42 – 54 | 64 itens |
| 114 itens | 18 itens | 39 itens | 21 itens | 6 itens | 198 itens |

Como critério inicial de escolha, foram priorizados os itens que obtiveram 80% ou mais de concordância entre os juízes nesses dois itens aglutinados. Pasquali (2011) sugere como critério de decisão para a inclusão do item no instrumento que ocorra uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes sobre a pertinência do item ao traço que ele se refere. Quando o construto que está sendo construído apresentar vários fatores, a função dos juízes consiste em se posicionar julgando em qual fator o item deve ser alocado. No caso dos itens apresentarem menos de 80% de concordância entre os juízes, estes devem ser considerados com problemas e poderiam ser descartados do instrumento preliminar.

Foram selecionados 114 itens com 80% ou mais de concordância entre os juízes (Quadro 04). Destes, 53 itens na análise semântica, não tiveram sugestões dos juízes quanto à elaboração e foram incluídos no elenco da escala. Em 30 itens, os juízes deram sugestões para a reformulação da redação a fim de dar objetividade à escrita, facilitar a compreensão do item ou adequá-lo ao componente da atitude correspondente. Essas modificações não alteraram a ideia central do item, sendo considerados válidos para a escala.

Quadro 04 - Identificação da seleção dos itens para compor a escala de atitudes, mediante a análise dos 15 juízes.

| Componente da Atitude | Total de itens com 80% ou mais de concordância entre os juízes | Itens válidos – sem sugestão dos juízes para a construção do item | Itens válidos – com sugestão dos juízes para a construção do item | Itens eliminados - com sugestões dos juízes em sua construção | Itens incluídos com porcentagens igual ou menores que 79% | Total de itens incluídos na escala |
|---|---|--|--|--|---|---|
| Cognitivo | 1 – 2 – 3 – 10 – 12 – 16 – 17 – 18 – 20 – 21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 – 28 – 34 – 37 – 38 – 40 – 41 – 42 – 44 – 45 – 46 – 47 – 49 – 50 – 51 – 53 – 54 – 55 – 56 – 60 – 61 – 62 – 64 – 65 – 66 – 68 – 70 – 71 – 72 – 73 – 74 – 75 – 76 – 78 – 79 | 1 – 20– 34 –40 –42 – 44 –46 – 47 – 49 – 54 – 55 – 60 – 61 – 62 - 66 – 68 - 70 – 72 – 73– 75 – | 3 – 16 – 22 – 25 – 37 – 38 -41 – 45 – 50 – 51 – 53 – 65 – 71 – 76 - 79 | 2 - 10 – 12– 17 – 18 – 21 – 23 – 24 – 26 – 28 - 56 – 64 - 74 –78 | 11 – 31 – 32 - 52 | 1 –3– 11 - 16–20– 22 -25 – 31 – 32 -34 - 37– 38 - 40 – 41 – 42 – 44 – 45 – 46 – 47 – 49 – 50 – 51 – 52 - 53 – 54 – 55 – 60 – 61 – 62 - 65 – 66 – 68 - 70 – 71 – 72 – 73– 75 – 76 – 79 |
| Afetivo | 3 – 5 – 6 – 7 – 9 – 13 – 14 – 15 – 16 – 18 – 19 – 20 – 21 – 22 – 23 – 25 – 27 – 28 – 29 – 30 – 33 - 35 – 37 – 40 – 41 – 43 – 45 – 46 – 48 – 51 – 52 - 54 | 3 –6 – 7 - 14 –23 – 25 – 30 – 48 | 16 – 18 -19 – 21 -22 - 27 – 28 – 29 – 35 – 43 – 46 - 52 | 5 – 9 – 13 - 15 –20 – 33 - 37 – 40 – 41 – 45 – 51 – 54 | 4 – 11 – 12 – 17 – 24 - 26 – 31 – 34 - 44 | 3 – 4 - 6 – 7 – 11 – 12 - 14 –16 – 17 - 18 – 19 –21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 - 27 – 28 – 29 – 30 – 31 – 34 - 35 - 43 – 44 -46 – 48 –52 |
| Comportamental | 1 – 3 – 5 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 13 – 15 – 17 – 18 – 21 – 22 – 23 – 27 – 29 – 31 – 33 – 34 – 35 – 36 – 37 – 41 – 43 – 44 – 49 – 51 – 57 – 59 - 60 – 61 - 64 | 3 – 7 – 8 - 10 – 11 – 13 – 15 – 17 – 18 – 21 -22 – 23 – 27 – 29 – 31 – 33 – 34 – 35 – 36 – 37 – 41 – 43 – 44 - 60 – 61 | 5 - 49 - 59 | 1 – 9 – 51 – 57 - 64 | 4 – 26 - 28 | 3 – 4 - 5 – 7 – 8 - 10 – 11 – 13 – 15 – 17 – 18 – 21 -22 – 23 – 26 - 27 – 28 - 29 – 31 – 33 – 34 – 35 – 36 – 37 – 41 – 43 – 44 – 49 – 59 - 60 – 61 (31 – 49- reposicionados) |
| Subtotal de itens | 114 itens | 53 itens | 30 itens | 31 itens | 16 itens | ----- |
| Total de itens incluídos na escala | ----- | 53 itens | 30 itens | ----- | 16 itens | 99 itens |

Nos 31 itens restantes houve considerações por parte dos juízes, em que foram identificados itens com informações repetidas, redação confusa, solicitações para melhorar redação, informações com duplo sentido, não entendimento do item e várias atitudes para serem analisadas no mesmo item. Mediante tais observações, esses 31 itens foram excluídos.

Assim, totalizou-se 83 itens válidos com 80% de concordância ou mais entre os juízes. Após essa etapa, foi realizada uma nova leitura dos 84 itens restantes com menos de 79% de concordância.

Considerando a garantia de validade aparente ou de *face-validity*, que de acordo com Pasquali (2011), corresponde a uma forma subjetiva de validar um instrumento ou uma estratégia, mediante o julgamento quanto à sua clareza e compreensão, foram identificados 16 itens distribuídos entre os componentes, com importante relevância para a temática desenvolvida na pesquisa e atendimento dos objetivos propostos e todos foram considerados válidos para a escala. Desse quantitativo, nove itens apresentaram sugestões dos juízes sendo realizadas as alterações recomendadas sem mudanças na ideia central dos itens.

No Quadro 05 são apresentados os 39 itens válidos para a escala separados pelos componentes das atitudes, que tiveram sugestões em sua construção pelos juízes.

Quadro 05: Resultado da contribuição dos juízes na análise semântica para a construção dos itens.

| ITEM ELABORADO | | ITEM MODIFICADO |
|-----------------------------|--|---|
| Componente cognitivo | | |
| 3 | Considero que decoração da UTIP não distrai a criança que está acordada. | A decoração da UTIP distrai a criança que está acordada. |
| 11 | Os leitos da UTIP, em que atuo, não são adequados de acordo com a faixa etária da criança. | Reconheço que os leitos da UTIP não são adequados à faixa etária da criança. |
| 16 | Acredito que o estresse da criança é inevitável durante o período de internação na UTIP, pois ela vivencia mudança de ambiente, ausência dos pais, medo, dor e longos períodos sem dormir. | O estresse da criança é inevitável durante o período de internação na UTIP, por vivenciar mudança de ambiente, ausência dos pais, medo, dor e longos períodos sem dormir. |
| 22 | Reconheço que a criança está sofrendo e sentindo dor por seus gestos e expressões faciais. | Reconheço que a criança está sofrendo e sentindo dor por seu comportamento, seus gestos e expressões faciais. |
| 25 | Reconheço que o modelo assistencial centrado na doença e a “luta pela vida a qualquer custo” ainda é vivenciado no dia a dia da UTIP. | O modelo assistencial centrado na doença e a “luta pela vida a qualquer custo” ainda é vivenciado no dia a dia da UTIP. |
| 32 | Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico, na UTIP em que atuo, ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família. | Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família. |
| 37 | Penso que a criança acordada e lúcida, internada por tempo prolongado, não tem direito a programas de | A dinâmica do cuidado na UTIP prejudica o direito a programas de educação para saúde e |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| | educação para saúde e acompanhamento do currículo escolar devido à dinâmica do cuidado na UTIP. | acompanhamento do currículo escolar para a criança acordada e lúcida, internada por tempo prolongado. |
| 38 | Acredito que a dor da criança deve ser avaliada e tratada de forma rotineira na UTIP. | Acredito que a dor da criança deve ser avaliada e tratada constantemente durante a internação na UTIP. |
| 41 | Não considero como medida eficaz para o tratamento da dor da criança na UTIP a associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como a sucção não nutritiva e sucção adocicada. | A associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como a sucção não nutritiva e sucção adocicada, não são eficazes para o tratamento da dor da criança na UTIP. |
| 45 | Não reconheço como válida a realização de atividades recreativas como o brincar, leitura, música, dentre outros, devido as características do cuidado na UTIP e quadro clínico da criança. | A realização de atividades recreativas como o brincar, leitura, música, dentre outros, são desvalorizadas devido as características do cuidado na UTIP e quadro clínico da criança. |
| 50 | Reconheço que a permanência integral dos pais/responsável na UTIP é um direito da criança. | A permanência integral dos pais/responsável na UTIP é um direito da criança. |
| 51 | Acredito que o familiar/acompanhante, quando permanece na UTIP junto à criança, desconhece o cotidiano hospitalar e a terapêutica utilizada na criança. | O familiar/acompanhante, quando permanece na UTIP junto à criança, desconhece o cotidiano hospitalar e a terapêutica utilizada na criança. |
| 52 | No leito da criança na UTIP tem um local para permanência por tempo integral do familiar/acompanhante, com uma cadeira para repouso. | É direito da criança que na UTIP tenha um local para permanência por tempo integral do familiar/acompanhante, com uma cadeira para repouso. |
| 53 | Não considero a família da criança como parte integrante dos cuidados que devo desenvolver na UTIP. | A família da criança não é parte integrante dos cuidados que desenvolvo na UTIP. |
| 65 | Acredito que a família não é uma facilitadora na inter-relação entre a criança e a equipe. | Acredito que a família dificulta a inter-relação entre a criança e a equipe. |
| 71 | Durante a graduação não tive uma aula específica sobre o enfrentamento do profissional na morte da criança. | A graduação de enfermagem prepara o enfermeiro para o enfrentamento da morte da criança. |
| 76 | Valorizo que a criança em fase terminal de vida permaneça junto a sua família, em ambiente favorável, garantindo privacidade e conforto. | Reconheço que a criança em fase terminal de vida deva permanecer junto a sua família, em ambiente favorável, garantindo privacidade e conforto. |
| 79 | Não permito que a família traga brinquedos e outros objetos de casa pois aumentam os índices de infecção hospitalar. | Acredito que brinquedos e outros objetos trazidos de casa aumentam os índices de infecção hospitalar. |
| Componente afetivo | | |
| 4 | Prefiro cuidar, na unidade em que atuo, de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam. | Prefiro cuidar de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam. |
| 11 | Gosto de atuar na UTIP, pela possibilidade de trabalhar com equipamentos para a manutenção da vida e da possibilidade de recuperação da criança gravemente enferma. | Gosto de atuar na UTIP, pela possibilidade de trabalhar com equipamentos para a manutenção da vida que possibilitam a recuperação da criança gravemente enferma. |
| 12 | A criança internada na UTIP em que atuo não tem suporte assistencial de um profissional de psicologia para ajudá-la enfrentar o período de internação com menos ansiedade. | Sinto falta de suporte assistencial de um profissional de psicologia para ajudar a criança internada na UTIP a enfrentar o período de internação com menos ansiedade. |
| 16 | Observo que a criança fica mais agitada após as atividades recreativas na UTIP. | Sinto que a criança fica mais agitada após as atividades recreativas na UTIP. |
| 17 | Identifico que as crianças sedadas ou com | Crianças sedadas ou com comprometimentos |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| | comprometimentos neurológicos são estimuladas com atividades lúdicas. | neurológicos devem ser estimuladas com atividades lúdicas. |
| 18 | Percebo que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada. | Sinto que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada. |
| 19 | Durante a prestação de cuidados a criança na UTIP, sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele. | Sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele. |
| 21 | Sinto-me segura durante a realização dos cuidados a criança na UTIP, com a presença do familiar/acompanhante. | Sinto segurança durante a realização dos cuidados a criança na UTIP, com a presença do familiar/acompanhante. |
| 22 | Percebo que a equipe de enfermagem fica resistente à permanência 24 horas da família na UTIP. | Sinto que a equipe de enfermagem é resistente à permanência 24 horas da família na UTIP. |
| 26 | Tenho dificuldades de atender as necessidades de informação do familiar/acompanhante. | Sinto dificuldades para atender as necessidades de informação do familiar/acompanhante. |
| 27 | Converso, escuto e oriento à família durante o período de internação da criança na UTIP. | Valorizo os momentos de conversa, escuta atenta e orientação à família durante o período de internação da criança na UTIP. |
| 28 | O primeiro contato do familiar/acompanhante com a criança na UTIP é traumatizante devido ao uso extensivo de equipamentos e procedimentos invasivos. | Percebo que o primeiro contato do familiar/acompanhante com a criança na UTIP é traumatizante devido ao uso extensivo de equipamentos e procedimentos invasivos. |
| 29 | Observo que o familiar/acompanhante é um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP. | Valorizo o familiar/acompanhante como um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP. |
| 34 | Identifico que as necessidades biopsicossociais do familiar da criança não são valorizadas na UTIP, | Sinto que as necessidades biopsicossociais do familiar da criança não são valorizadas na UTIP. |
| 35 | Permito a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família. | Me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família e valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. |
| 43 | Os objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança são mantidos no leito da UTIP, como imagens, orações, dentre outros. | Valorizo a permanência no leito de imagens, orações, dentre outros objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança. |
| 46 | Observo que são poucos os profissionais que se preocupam em se aproximar da família para conversar e ouvi-la. | Sinto que são poucos os profissionais que se preocupam em se aproximar da família para conversar e ouvi-la. |
| 52 | Nos casos de morte por doença aguda, em que a criança é previamente hígida, tenho um sentimento de inconformismo e impotência. | Tenho um sentimento de inconformismo e impotência, nos casos de morte por doença aguda, em que a criança é previamente hígida. |
| Componente comportamental | | |
| 4 | Todo aporte tecnológico disponível na UTIP para manutenção da vida da criança grave, me distancia de um cuidado mais sensível. | O aporte tecnológico disponível na UTIP para manutenção da vida da criança grave, me distancia de um cuidado mais sensível. |
| 49 | Incentivo que a família traga os objetos pessoais da criança. | Incentivo que a família traga os objetos pessoais da criança, como brinquedos. |
| 59 | A entrada na UTIP do orientador espiritual da criança e sua família é permitida sem restrições. | Permito a entrada, sem restrições na UTIP, do apoiador espiritual da criança e sua família. |

Para finalizar esta etapa da validação semântica e de conteúdo, a escala foi reorganizada totalizando 99 itens. Houve a necessidade de reposicionamento do item “49 do

componente cognitivo” (49 - nos casos de crianças com menos gravidade e que choram, permito a permanência do familiar/acompanhante na UTIP) e “31 do afetivo” (31 - por perder muito tempo explicando o cuidado desenvolvido, não incentivo que familiar/acompanhante participe dos cuidados à criança), pois correspondiam a uma atitude comportamental, como apresentado anteriormente no Quadro 04.

Os juízes, na análise semântica, apontaram a presença dos termos “familiar/acompanhante” e “pais/responsável” solicitando priorizar apenas um. Optou-se por não modificar a redação dos itens e considerar os dois termos, visto que na redação contida no Estatuto da Criança e do Adolescente e na resolução 41/1995 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012b) utiliza-se as palavras mãe, pai, responsável, acompanhado por e familiar, e a revisão bibliográfica realizada para a construção dos itens também apresenta os dois termos.

Os itens positivos e negativos da escala foram identificados e estão distribuídos aleatoriamente pela escala correspondendo ao quantitativo apresentado no Quadro 06.

Quadro 06 - Quantitativo de itens positivos e negativos da escala

| Componente da Atitude | Itens válidos | positivos | negativos | Total de Itens |
|-----------------------|--|-----------|-----------|----------------|
| Cognitivo | 1 -3- 11 - 16- 20- 22 -25 - 31 - 32 -34 - 37- 38 - 40 - 41 - 42 - 44 - 45 - 46 - 47 -50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 60 - 61 - 62 - 65 - 66 - 68 - 70 - 71 - 72 - 73- 75 - 76 - 79 | 22 itens | 16 itens | 38 itens |
| Afetivo | 3 - 4 - 6 - 7 - 11 - 12 - 14 - 16 - 17 - 18 - 19 -21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 34 - 35 - 43 - 44 - 46 - 48 -52 | 15 itens | 13 itens | 28 itens |
| Comportamental | 3 - 4 - 5 - 7 - 8 - 10 - 11 - 13 - 15 - 17 - 18 -21 -22 - 23 - 26 - 27 - 28 - 29 - 31 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 41 - 43 - 44 - 49 - 59 - 60 - 61 (31 - 49- reposic.) | 21 itens | 12 itens | 33 itens |
| Total | ————— | 58 | 41 | 99 |

Quando os procedimentos teóricos para a construção do instrumento de medida são finalizados, obtém-se um instrumento preliminar, ou piloto, que corresponde à representação comportamental do construto de interesse, e pronto para ser empiricamente testado (validação do instrumento), que será realizado com procedimentos experimentais e análises psicométricas (PASQUALI, 1998, 2010b).

A EAEDC-UTIP em sua estrutura preliminar, após análise pelos juízes (Apêndice 4), é composta por 99 itens em três dimensões, sendo 38 do componente cognitivo, 28 do componente afetivo, e 33 do componente comportamental, distribuídos na escala aleatoriamente, sem a identificação dos componentes das atitudes e numerados em ordem crescente de um a 99.

Com o instrumento de medida finalizado segue-se para sua experimentação, denominado de Polo Empírico. Este polo corresponde às etapas de planejamento da técnica de aplicação do instrumento preliminar (piloto) e a coleta de informações empíricas (PASQUALI, 2010b).

Na etapa de planejamento da técnica de aplicação do instrumento, Pasquali (2010b) menciona dois pontos de grande relevância, que são a definição da amostra e instruções para a aplicação do instrumento. Para o autor, a amostra deve representar a população a qual o instrumento se destina e deve ser cuidadosamente definida e delimitada mediante suas características específicas, sendo homogênea em relação ao traço latente medido pelo instrumento.

3.1.3 Amostra e Local do Estudo

A escala de atitudes foi construída para medir atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP, em hospitais da rede pública no Município do Rio de Janeiro. Assim, a amostra correspondeu a 189 enfermeiras de 12 hospitais do Município do Rio de Janeiro que possuem UTIP. As instituições são hospitais públicos das esferas federais, municipais e estadual, sendo que das 12 UTIP, três são de atendimento misto, correspondendo à assistência a criança e ao neonato.

A enfermeira foi escolhida como participante deste estudo, pois é ela quem gerencia a assistência de enfermagem a criança na UTIP. De acordo com Christovam, Porto e Oliveira (2012, 739-740), as ações desenvolvidas pela enfermeira na gerência do cuidado estão relacionadas “às ações de cuidado direto e de cuidado indireto, de caráter instrumental e expressivo realizado pela enfermeira de forma integrada e articulada, cuja finalidade é oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade aos clientes/usuários dos serviços de enfermagem”.

Para seleção do quantitativo de enfermeiras, foi realizado contato telefônico, no mês de dezembro de 2013, com a enfermeira da rotina de cada UTIP. Deste quantitativo, foram selecionadas enfermeiras assistenciais, de rotina e chefia de enfermagem.

No Apêndice 5 apresenta-se a caracterização dos campos de estudo de acordo com a autarquia governamental, área programática, tipo de atendimento, número de leitos e quantitativo de enfermeiras.

A amostra foi constituída por enfermeiras de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão, mediante uma amostragem não probabilística intencional:

- Inclusão: ser enfermeira; atuar como enfermeira na UTIP nos serviços diurno e noturno; e ter no mínimo um ano de atuação na UTIP.
- Exclusão: enfermeiras que estiverem de férias, licença médica e relatarem menos de 1 ano de atuação na UTIP.

A amostragem não probabilística intencional consiste em selecionar uma parte da população que possa ser considerada representativa. Essa seleção é baseada em informações disponíveis e os participantes são escolhidos mediante determinados critérios, ou seja, a amostra não é selecionada aleatoriamente (RICHARDSON, 1999; GIL, 2008).

Pasquali (2010b) refere-se que, para a definição da amostra deve-se recorrer as técnicas de amostragem disponíveis, contudo, como se trata de uma validação de instrumento psicológico e que este será submetido a análises fatorial, a amostra deve ser suficientemente grande para atender essa etapa. No caso de pesquisas que irão medir um único fator, a amostra deve conter no mínimo 100 participantes e se o instrumento medir 2 fatores, no mínimo 200 participantes.

Com essa perspectiva, Pasquali (2010b) acrescenta que, para considerar o tamanho amostral, seriam suficientes entre 5 a 10 participantes por item do instrumento e ressalta que uma amostra com menos de 200 participantes dificilmente poderia ser considerada adequada para a análise fatorial. Por outro lado, Hair Junior et al. (2009) aponta que o pesquisador encontrará dificuldades para realização da análise fatorial com uma amostra menor que 50 participantes e o ideal é que o tamanho da amostra seja igual ou maior que 100.

Do total de 189 enfermeiras que correspondiam a população-meta, 2 possuíam duplo vínculo institucional; 11 estavam de licença médica; 05 encontravam-se de férias; 09 tinham menos de um ano de atuação na UTIP; 10 aceitaram participar, contudo, não devolveram os questionários; e 08 recusaram participar da pesquisa.

Assim, neste estudo participaram 144 enfermeiras que atuam em 12 UTIP do Município do Rio de Janeiro (Quadro 07). Os resultados de caracterização das enfermeiras foram analisados a partir de estatística descritiva.

Quadro 07 – Amostra de enfermeiras participantes do estudo

| Quantitativo total de enfermeiras | Duplo vínculo | Licença Médica/ Maternidade | Férias | Menos de 1 ano de atuação | Aceitaram e não devolveram o questionário | Recusaram participar | Participaram do estudo |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|--------|---------------------------|---|----------------------|------------------------|
| Inst.01 – 15 enfermeiras | | | | | | | 15 |
| Inst.02 – 17 enfermeiras | 01 | 01 | | 01 | 01 | 01 | 12 |
| Inst.03 – 10 enfermeiras | | | | | | 01 | 09 |
| Inst.04 – 25 enfermeiras | | 02 | 01 | 01 | 02 | 02 | 17 |
| Inst.05 – 11 enfermeiras | | | | 01 | | 01 | 09 |
| Inst.06 – 13 enfermeiras | | | | 02 | 02 | 01 | 08 |
| Inst.07 – 12 enfermeiras | | 01 | | | | | 11 |
| Inst.08 – 19 enfermeiras | | | | 01 | 01 | 01 | 16 |
| Inst.09 – 13 enfermeiras | 01 | | 01 | | 01 | | 10 |
| Inst.10 – 14 enfermeiras | | 01 | 01 | 02 | | | 10 |
| Inst.11 – 28 enfermeiras | | 06 | 02 | | 02 | 01 | 17 |
| Inst.12 – 12 enfermeiras | | | | 01 | 01 | | 10 |
| TOTAL – 189 enfermeiras | - 02 | - 11 | - 05 | - 09 | - 10 | - 08 | 144 |

Na Tabela 01, verifica-se que 128 (88,9%) são mulheres e 16 (11,1%) são do sexo masculino. A idade varia de 25 a 60 anos e a maioria das enfermeiras concentra-se na faixa etária de 31 a 35 anos (29,1%) e de 36 a 40 anos (22,9%), com uma média de idade de 37,16 anos. Quanto ao estado civil, 72 (50%) declaram-se casadas, 54 (37,5%) solteiras. Em relação aos filhos, 81 (56,2%) enfermeiras informam ter pelo menos um filho.

Tabela 01 – Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo suas características pessoais. Rio de Janeiro, 2015.

| Variáveis | N | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 128 | 88,9 |
| Masculino | 16 | 11,1 |
| Total | 144 | 100 |
| Faixa Etária | | |
| 20 - 25 | 2 | 1,4 |
| 26 - 30 | 27 | 18,8 |
| 31 - 35 | 42 | 29,1 |
| 36 - 40 | 33 | 22,9 |
| 41 - 45 | 18 | 12,5 |
| 46 - 50 | 13 | 9,0 |
| 51 - 55 | 7 | 4,9 |
| 56 - 60 | 2 | 1,4 |
| Total | 144 | 100 |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 54 | 37,5 |
| Casada | 72 | 50,0 |
| Divorciada | 14 | 9,7 |
| União Estável | 2 | 1,4 |
| Separada | 1 | 0,7 |
| Outros | 1 | 0,7 |
| Total | 144 | 100 |
| Tem Filhos | | |
| Sim | 81 | 56,2 |
| Não | 63 | 43,8 |
| Total | 144 | 100 |
| * Idade varia de 25 a 60 anos | | |
| Média de 37,16 anos | | |
| DP 7,6 anos | | |

Na Tabela 02, do total das profissionais entrevistadas, 144 (100%) possuem graduação em enfermagem, com ano de conclusão variando de 1979 a 2012, sendo desenvolvida em instituições públicas (62,5%) e privadas (37,5%). O tempo de formação possui uma média de 12,92 anos, variando de 2 a 35 anos. Constatou-se que 49 (34%) profissionais que atuam na UTIP possuem de 6 a 10 anos de formação e apenas uma enfermeira (0,7%) informou possuir a segunda graduação desenvolvida em fisioterapia.

Tabela 02 – Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo sua graduação a nível superior. Rio de Janeiro, 2015.

| Variáveis | N | % |
|---|-----|------|
| Graduação | | |
| Enfermagem | 144 | 100 |
| Total | 144 | 100 |
| Ano de Conclusão | | |
| 1979 - 1990 | 15 | 10,4 |
| 1991 - 2000 | 44 | 30,5 |
| 2001 - 2012 | 85 | 59,1 |
| Total | 144 | 100 |
| Tempo de Formação | | |
| 01 - 05 | 19 | 13,2 |
| 06 - 10 | 49 | 34,0 |
| 11 - 15 | 28 | 19,4 |
| 16 - 20 | 24 | 16,7 |
| 21 - 25 | 16 | 11,1 |
| 26 - 30 | 6 | 4,2 |
| 31 - 35 | 2 | 1,4 |
| Total | 144 | 100 |
| Instituição da Graduação | | |
| Pública | 90 | 62,5 |
| Privada | 54 | 37,5 |
| Total | 144 | 100 |
| Segunda Graduação | | |
| Não realizou | 133 | 99,3 |
| Fisioterapia | 1 | 0,7 |
| Total | 144 | 100 |
| * Ano de Graduação – varia de 1979 a 2012 89,6% se formou de 1991 a 2012. | | |
| * Tempo de Formação – varia de 2 a 35 anos Média de 12,92 anos DP de 7,1 anos | | |

Conforme a Tabela 03, no decorrer da atuação profissional, 126 (87,5%) profissionais cursaram pós-graduação lato sensu. No primeiro curso de especialização, 30 (20,8%) enfermeiras possuem especialização em pediatria e 40 (27,8%) em neonatologia. O segundo curso de especialização foi desenvolvido em pediatria por 9 (6,2%) enfermeiras e 13 (9,0%) em neonatologia. Sete (4,9%) enfermeiras possuem o terceiro curso de especialização e uma (0,7%) enfermeira o quarto curso, todos desenvolvidos em outras áreas. Entre a primeira e segunda especialização, 39 (27%) são especialistas em pediatria e 53 (36,8%) em neonatologia.

Tabela 03 – Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo o desenvolvimento de pós-graduação lato sensu. Rio de Janeiro, 2015.

| Variáveis | N | % |
|--|-----|------|
| Pós-Graduação Lato Sensu | | |
| Sim | 126 | 87,5 |
| Não | 18 | 12,5 |
| Total | 144 | 100 |
| Primeira Especialização | | |
| Pediatria | 30 | 20,8 |
| Neonatologia | 40 | 27,8 |
| Terapia Intensiva Pediátrica | 1 | 0,7 |
| Controle de Riscos e agravos ao RN | 1 | 0,7 |
| Materno-Infantil | 1 | 0,7 |
| Outras áreas | 49 | 34 |
| Não Informou | 4 | 2,8 |
| Não realizou | 18 | 12,5 |
| Total | 144 | 100 |
| Segunda Especialização | | |
| Pediatria | 9 | 6,2 |
| Neonatologia | 13 | 9,0 |
| Outras áreas | 17 | 11,9 |
| Não realizou | 105 | 72,9 |
| Total | 144 | 100 |
| Terceira Especialização | | |
| Outras áreas | 7 | 4,9 |
| Não realizou | 137 | 95,1 |
| Total | 144 | 100 |
| Quarta Especialização | | |
| Outras áreas | 1 | 0,7 |
| Não realizou | 143 | 99,3 |
| Total | 144 | 100 |
| * Entre a primeira e segunda especialização: | | |
| Pediatria – 27% | | |
| Neonatologia – 36,8% | | |

Em nível de pós-graduação stricto sensu (Tabela 04), 16 (11,1%) profissionais cursaram o mestrado, sendo que 11 (7,6%) desenvolveram sua pesquisa na área da saúde da criança.

Tabela 04 – Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo o desenvolvimento de pós-graduação stricto sensu. Rio de Janeiro, 2015.

| Variáveis | N | % |
|---|-----|------|
| Pós-Graduação Stricto Sensu | | |
| Sim | 16 | 11,1 |
| Não | 128 | 88,9 |
| Total | 144 | 100 |
| Nível de Pós-Graduação Stricto Sensu | | |
| Mestrado | 16 | 11,1 |
| Não realizou | 128 | 88,9 |
| Total | 144 | 100 |
| Área Temática Pós-Graduação Stricto Sensu | | |
| Saúde da Criança | 11 | 7,6 |
| Saúde do Adolescente | 1 | 0,7 |
| Outras Áreas | 4 | 2,8 |
| Não realizou | 128 | 88,9 |
| Total | 144 | 100 |
| Instituição da Pós-Graduação Stricto Sensu | | |
| Pública | 15 | 10,4 |
| Privada | 1 | 0,7 |
| Não realizou | 128 | 88,9 |
| Total | 144 | 100 |

Quanto à capacitação para atuar como enfermeira na UTIP (Tabela 5), 92 (63,9%) enfermeiras declararam ter recebido treinamento. Dentre os cursos desenvolvidos na instituição de atuação, 65 (45,1%) enfermeiras apontaram ter participado e apenas 11 (7,6%) referem que foi realizado na área da saúde da criança e estão relacionados as temáticas: atualização em UTIP, violência contra a criança, desenvolvimento emocional infantil, curso de reanimação pediátrica, ser prematuro, aleitamento, hematologia pediátrica,

No que diz respeito aos cursos, treinamento e/ou palestra sobre os direitos da criança hospitalizada, 24 (16,7%) enfermeiras informaram sua participação. As enfermeiras declararam que tiveram contato com a temática em: curso de especialização, cursos na instituição, curso de diretrizes do ECA, curso sobre os direitos da criança hospitalizada, palestras em congressos e aulas no mestrado.

Tabela 05 – Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo realização de cursos e treinamentos. Rio de Janeiro, 2015.

| Variáveis | N | % |
|--|-----|------|
| Treinamento para atuar na UTIP | | |
| Sim | 92 | 63,9 |
| Não | 52 | 36,1 |
| Total | 144 | 100 |
| Realização de cursos na instituição | | |
| Sim | 65 | 45,1 |
| Não | 79 | 54,9 |
| Total | 144 | 100 |
| Cursos realizados na instituição | | |
| Saúde da Criança | 11 | 7,6 |
| Saúde do Neonato | 1 | 0,7 |
| Outras Áreas | 53 | 36,8 |
| Não realizou | 79 | 54,9 |
| Total | 144 | 100 |
| Cursos, treinamento e/ou palestras sobre os Direitos da Criança Hospitalizada | | |
| Sim | 24 | 16,7 |
| Não | 120 | 83,3 |
| Total | 144 | 100 |

Em relação ao vínculo institucional (Tabela 06), 116 (80,6%) declararam ser servidores públicos, 16 (11,1%) são de contrato temporário e 12 (8,3%) atuam no regime da iniciativa privada (CLT – consolidação das leis do trabalho). Na jornada de trabalho, 102 (70,8%) enfermeiras atuam na escala de 12 x 60 horas, 20 (13,9%) trabalham 6 horas/dia e 11 (7,6%) oito horas/dia. No turno de trabalho predominam 59 (41%) enfermeiras nos plantões do serviço diurno, 52 (36,1%) no plantão do serviço noturno. No que se refere ao tempo de serviço na unidade, 71 enfermeiras (49,3%) possuem de um a 5 anos de atuação na instituição e 50 (34,7%) de 6 a 10 anos, com uma média de tempo de 6,81 anos, variando de 1 a 33 anos de atuação na UTIP. Em relação a outro vínculo empregatício, 111 (77,1%) enfermeiras declararam possuir um segundo vínculo e três (2,1%) o terceiro.

Tabela 06 – Distribuição numérica e percentual das enfermeiras que atuam na UTIP, segundo vínculo empregatício. Rio de Janeiro, 2015.

| Variáveis | N | % |
|--|-----|------|
| Vínculo Institucional | | |
| Servidor Público | 116 | 80,6 |
| CLT | 12 | 8,3 |
| Contrato Temporário | 16 | 11,1 |
| Total | 144 | 100 |
| Jornada de Trabalho | | |
| 12 x 36 horas | 1 | 0,7 |
| 12 x 60 horas | 102 | 70,8 |
| 24h semanais | 8 | 5,6 |
| 6h / dia | 20 | 13,9 |
| 8h / dia | 11 | 7,6 |
| 4h / dia | 2 | 1,4 |
| Total | 144 | 100 |
| Turno de Trabalho | | |
| Diarista | 25 | 17,3 |
| Plantão SD | 59 | 41,0 |
| Plantão SN | 52 | 36,1 |
| Plantão de 24 horas | 8 | 5,6 |
| Total | 144 | 100 |
| Tempo de Serviço na Unidade | | |
| 01 - 05 | 71 | 49,3 |
| 06 - 10 | 50 | 34,7 |
| 11 - 15 | 8 | 5,6 |
| 16 - 20 | 12 | 8,3 |
| 21 - 25 | 1 | 0,7 |
| 26 - 30 | 1 | 0,7 |
| 31 - 33 | 1 | 0,7 |
| Total | 144 | 100 |
| Possui outro Vínculo Empregatício | | |
| Segundo Vínculo | 111 | 77,1 |
| Terceiro Vínculo | 3 | 2,1 |
| Não possui | 30 | 20,8 |
| Total | 144 | 100 |

* Todas as instituições possuem pelo menos uma enfermeira diarista e o mínimo de uma enfermeira escalada por plantão.

* Tempo de serviço na unidade varia de 1 a 33 anos

84% correspondeu de 1 a 10 anos de atuação

Média de 6,81 anos

DP de 5,61 anos

3.1.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

Em observância aos critérios e preceitos éticos com pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c), da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Escola São Francisco de Assis (EEAN/HESFA - instituição proponente), CAE 20837713.9.0000.5238, pelo parecer de nº 404.554/2013 (Apêndice 6) e aprovado em 13 instituições de saúde (coparticipantes) envolvidas no início estudo.

Uma instituição da esfera municipal teve sua UTIP fechada após aprovação do desenvolvimento da pesquisa, tanto pela direção institucional, como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Diante disso, a mesma foi retirada do elenco de instituições selecionadas para coleta de dados.

Vale destacar que das 12 instituições coparticipantes utilizadas como locais de coleta de dados, três não possuem comitê de ética em pesquisa, sendo autorizadas pela direção geral de cada unidade e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA. As duas instituições da esfera municipal foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Assim, foi realizado a submissão do projeto de pesquisa em oito Comitês de Ética em Pesquisa no Município do Rio de Janeiro, para a aprovação das instituições coparticipantes, com aprovação de todos mediante parecer consubstanciado (Apêndice 7), sem pendências ou restrições.

Durante a coleta de dados, as enfermeiras que concordaram em participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 8) e suas identidades foram preservadas no decorrer da pesquisa e na apresentação dos resultados.

3.1.5 Limitações do Estudo

Este estudo teve como limitações: a disponibilidade das enfermeiras para responder a pesquisa devido à dinâmica de trabalho da UTIP; perdas, extravios e não devolução dos questionários; demora da enfermeira em responder o questionário; não controle do tempo para o preenchimento do questionário e consulta a outras fontes para responder ao questionário.

A retirada de um local de coleta de dados, devido ao fechamento de uma UTIP, implicou na perda de participantes, diminuindo o total final da amostra.

A validação da EAEDC-UTIP possui limitação pela amostra ser apenas de enfermeiras de hospitais do Município do Rio de Janeiro, podendo não contemplar as diferentes formas dos direitos da criança hospitalizada serem garantidos na UTIP na diversidade dos hospitais em outros estados do país.

As características individuais de cada instituição e diferentes maneiras de assistir a criança na UTIP pode ter sido um fator de limitação da amostra. Estas características diferenciadas entre as instituições justificaram a necessidade de se fazer uma análise específica da amostra, o que implicou na utilização de uma subamostra para a realização das análises.

3.1.6 Procedimento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados deste estudo correspondeu a um questionário autoaplicável (Apêndice 9) cuja primeira parte conteve aos dados de caracterização dos participantes e a segunda parte da EAEDC-UTIP. A coleta de dados ocorreu nas 12 UTIPs no período de 20 de fevereiro a 30 de abril de 2014.

Para a coleta de dados nas UTIPs foi realizado contato telefônico com a enfermeira chefe de cada unidade para marcar data e horário da primeira visita. Na primeira visita foi registrado em um quadro o nome e o turno de todas as enfermeiras que poderiam participar do estudo.

No início da coleta de dados, na primeira instituição, observei que para ter a adesão das enfermeiras precisaria elaborar uma estratégia para que o questionário fosse respondido.

Em virtude da dinâmica de assistência na UTIP e a dificuldade da enfermeira parar suas atividades para responder o questionário, foi organizada uma caixa amarela, para cada instituição, identificada externamente “pesquisa da EEAN/ pesquisadora responsável Elena Araujo Martinez”, em que foram colocados envelopes pardos contendo dois termos de consentimento e o questionário, identificados externamente em papel preso com cliques com o nome de cada enfermeira. Em todas as instituições, a caixa amarela foi colocada no posto de enfermagem, em local de fácil visualização e acesso das enfermeiras.

Realizei contato telefônico com cada enfermeira fazendo o convite para participar da pesquisa. As ligações foram realizadas em cada instituição até que todas as enfermeiras fossem convidadas. Nesse momento, explicava os objetivos da pesquisa, informava o conteúdo do TCLE e caso aceitasse participar, deveria deixar um TCLE assinado nas duas folhas dentro do envelope pardo. Foi explicado o que correspondia o questionário e a forma

de preenchimento, solicitando atenção especial a todos os campos do instrumento. Solicitado a enfermeira participante que ao término do preenchimento do questionário o mesmo deveria ser colocado no envelope junto ao TCLE e fazer o lacre do mesmo com etiqueta adesiva disponibilizada para garantir o anonimato da pesquisa. Posteriormente a isso, o envelope deveria ser colocado novamente na caixa amarela.

De acordo com Pasquali (2010b), nas instruções de aplicação do instrumento especifica-se as tarefas do participante da pesquisa e nesta fase deixa-se claro a sistemática de aplicação do instrumento, sua estrutura e como o participante se posicionará para respondê-lo. Na sistemática de aplicação define-se a dinâmica para coleta, com contatos prévios com direção e chefia dos participantes; se a aplicação será individual ou coletiva; identifica-se a disponibilidade dos participantes e elabora-se estratégias para melhor adesão do grupo.

Quanto ao formato do instrumento, o pesquisador deve decidir como o participante responderá cada item, definindo um formato de resposta que será escolhida como a alternativa correta. As instruções que apresentam o instrumento têm como objetivo deixar claro como o participante deve se posicionar, informando como a resposta tem que ser dada. Por fim, na etapa de coleta de informações torna-se necessário ter cuidados e precauções exigidas para a aplicação de qualquer instrumento, como por exemplo, um ambiente tranquilo para realização dessa tarefa (PASQUALI, 2010b).

O instrumento de coleta de dados deste estudo continha instrução para seu preenchimento, não sendo necessária a presença da pesquisadora para o preenchimento do mesmo. Vale destacar que após recolhimento dos questionários o lacre adesivo era rompido pela pesquisadora e o TCLE retirado para não identificar a participante.

Para o recolhimento dos questionários respondidos realizei visitas semanais nas instituições. O prazo médio de devolução dos questionários foi de três dias em virtude da escala de plantão da maioria das instituições ser de 12hx60h e os questionários respondidos no momento do convite foram preenchidos no tempo médio de 30 minutos.

Ao término do período de coleta de dados, às caixas foram recolhidas de todos os hospitais, totalizando 144 questionários respondidos.

3.1.7 Procedimentos de Análise dos Dados

Nesta fase, inicia-se a realização dos testes estatísticos, correspondendo ao Polo Analítico. Esta é a última etapa de construção de um instrumento, em que se definem os procedimentos estatísticos para validação de construto, precisão e normatização do teste (PASQUALI, 1996, 2010b).

Como primeiro procedimento, verifica-se a dimensionalidade do instrumento, mediante a análise fatorial que tem como objetivo identificar o número de fatores que o instrumento está medindo, como também os itens que compõem cada fator. Entendendo que o instrumento construído constitui uma hipótese, ocorre a necessidade de verificá-lo empiricamente para constatar se ele mede um único fator ou mais, e quais são os fatores que ele está medindo. Vale destacar que a análise fatorial define a validade do instrumento e “produz resultados importantes com os quais se pode tomar decisões sobre a qualidade dos itens, bem como o instrumento no seu todo” (PASQUALI, 2010b, p.188).

A análise fatorial tem por objetivo reduzir um grande número de variáveis a um quantitativo menor. Com essa análise pretende-se mostrar a inter-relação entre as variáveis e que variáveis pertencem ao mesmo grupo ou dimensão, conferindo assim, validade ao instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; PASQUALI, 2011).

Pasquali (2010b, p.188) enfatiza que, a análise fatorial é uma técnica estatística capaz de produzir para cada item uma carga fatorial e esta indica a covariância entre o fator e o item. A covariância corresponde a porcentagem de parentesco entre o item e o fator, em que “quanto mais próximo a 100% de covariância item-fator, melhor será o item, pois ele assim se constitui em um excelente representante comportamental do fator (do traço latente)”.

Essas cargas fatoriais “são expressas similarmente aos índices de correlação e, portanto, podem ir de -1,00 a +1,00 (PASQUALI, 2010b, p.189). O autor destaca que quando uma carga for de 0,00 corresponde que não existe relação nenhuma entre o fator e o item. Aponta-se como carga mínima necessária, para um item representar um fator, o valor de – ou +0,30 e quanto maior que 0,30 for o valor, melhor será do item. Assim, fica evidente que, as cargas fatoriais referem-se tanto a qualidade de cada item como o seu conjunto, ou seja, o próprio fator. Assim, os itens com cargas fatoriais maiores que 0.30 serão mantidos em cada fator e os itens que apresentarem cargas fatoriais inferiores a 0,30 ou cargas relevantes em dois ou mais fatores, serão excluídos ou reestruturados.

Um dos pré-requisitos para o desenvolvimento da análise fatorial é a avaliação do teste de Esfericidade de Bartlett, que indica a existência de correlações suficientes entre as variáveis e considerado significativo $p < 0,05$, como também a análise do índice Kayser-Meyer-Olkin (KMO) que mede a adequação da amostra para o desenvolvimento do estudo e seu resultado deve ser superior a 0,50 (HAIR JUNIOR et al, 2009).

A análise fatorial pode ser desenvolvida mediante dois métodos: análise de fatores comuns que é utilizada para identificar fatores ou as dimensões latentes mostrando as características que as variáveis tem em comum; e método de análise dos componentes principais que é usado para reduzir um quantitativo grande de informações originais, a um número reduzido de fatores (HAIR JUNIOR et al, 2009). Dancey e Reidy (2013) acrescentam que tanto na análise de fatores comuns como no método de análise de componentes principais, essa redução de informações são denominadas de fatores ou componentes.

Outro procedimento muito utilizado para a validação da escala é a verificação da fidedignidade do instrumento. A fidedignidade ou precisão de um teste corresponde as características que ele deve possuir, ou seja, realizar mensurações sem erros, demonstrando sua consistência interna. Isso quer dizer que o mesmo teste, medindo os mesmos participantes em momentos diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos participantes na mesma ocasião, produz resultados idênticos, ou seja, a correlação entre estas duas medidas deve ser de 1. Contudo, torna-se necessário deixar claro que o erro está sempre presente em qualquer medida e esta correlação se afasta tanto do 1 quanto maior for o erro cometido na medida. Por isso, é de extrema importância a análise da precisão de um instrumento psicológico, pois apresenta o quanto ele se afasta da correlação ideal 1. (PASQUALI, 1996, 2010b, 2011).

Assim, verificar a fidedignidade é equivalente a calcular a intensidade do erro cometido na medida, ou o quanto da variação de seus resultados está relacionada a inconsistência da mensuração, como também, até que ponto o teste é influenciado por erros casuais. Mediante a isso, garante-se que o instrumento apresente resultados semelhantes quando for medido novamente as características do objeto ou dos participantes sob as mesmas condições da primeira aplicação do instrumento (ERTHAL, 2009; PASQUALI, 1996, 2010b, 2011).

O Teste de Coeficiente Alfa de Cronbach é o comumente usado como um indicador da consistência interna dos itens que compõe o teste. Esse procedimento exige a aplicação do

teste em um único momento, em que a questão da constância temporal é totalmente evitada (PASQUALI, 1996, 2010b, 2011).

O referido teste tem por finalidade calcular a confiabilidade de um teste nas situações em que o pesquisador não tem a oportunidade de fazer outra entrevista com o indivíduo, contudo precisa obter uma estimativa apropriada da magnitude do erro da medida. Ele mede a correlação entre respostas em um instrumento através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O cálculo é realizado a partir da razão entre o somatório da variância dos itens individuais e da soma da variância de cada avaliador, sendo multiplicado pela razão entre o número de itens do questionário e esse número -1 (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010; PASQUALI, 2011).

Para o resultado ideal do Alfa de Cronbach não se tem um limite mínimo definido, entretanto, tem-se como limite inferior aceitável o Alfa de Cronbach de 0,7, apesar de poder chegar ao limite de 0,6 em pesquisas exploratórias (HAIR JUNIOR et al, 2009).

Nas análises, observa-se que o valor do Alfa de Cronbach normalmente aumenta quando as intercorrelações entre os itens de um teste aumentam, sendo assim conhecido como a consistência interna da estimativa da fidedignidade de um teste. O resultado do Alfa de Cronbach indica indiretamente o nível em que cada conjunto de itens mede um constructo latente unidimensional, como também, é um indicativo sobre as dimensões presentes no instrumento, ou seja, sua validade, mediante a realização da análise fatorial (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010; PASQUALI, 2011).

Pasquali (2010b) assegura que um instrumento quando submetido a uma série de análises estatísticas, como as citadas anteriormente, pode ser considerado válido e fidedigno, estando pronto para uso na pesquisa.

Para validação da escala construída neste estudo, os dados coletados foram estruturados e analisados com auxílio de planilha eletrônica, utilizando-se o programa estatístico EXCEL 2007 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS[®]) versão 16.0 e seus resultados são apresentados a seguir.

Vale destacar que dos 99 itens da escala, 58 correspondiam a afirmações com sentido positivo, aos quais foi atribuída uma pontuação: discordo totalmente (1 ponto), discordo parcialmente (2 pontos), indeciso (3 pontos), concordo parcialmente (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). As 41 afirmações com sentido negativo tiveram sua pontuação invertida, o que permitiu atribuir um mesmo sentido para todos os itens.

A análise de dados envolveu cinco estágios: análise da amostra (teste estatístico w de Feldt), análise de consistência interna dos itens mediante estatística de correlação de item total

nas subescalas para gerar melhores valores de Alfa de Cronbach; e análise fatorial exploratória nas subescalas, a partir do método de análise dos componentes principais; verificação da consistência interna da escala mediante Teste de Coeficiente Alfa de Cronbach; e validação divergente das três dimensões da escala.

Para a análise dos itens da EAEDC-UTIP, optou-se por analisar cada componente da atitude separadamente, resultando em três subescalas: cognitiva, afetiva e comportamental.

Iniciando as primeiras análises com a amostra total de 144 enfermeiras, os resultados não se apresentaram consistentes, constatando a necessidade de realizar uma análise da amostra. Tal constatação pode ser explicada pelas características estruturais e individuais de cada instituição e como a assistência à criança na UTIP é desenvolvida pelas enfermeiras, resultando em respostas diversas e aleatórias no questionário, prejudicando a análise.

Diante da inconsistência da base de dados, optou-se pela análise da amostra e para respeitar o anonimato das instituições e participantes, sem que houvesse prejuízos ou privilégios, foi utilizado o aleatorizador do programa estatístico EXCEL 2007 gerando-se códigos para cada participante, com a ordenação de modo aleatório. Depois, foi substituído o rótulo de cada hospital também por valores gerados aleatoriamente, com isso, nem mesmo a pesquisadora saberia identificar a instituição, pois só teria números no lugar de instituições, sem saber sua correspondência. Finalmente foi reordenado os participantes por instituição. O que se tinha eram instituições com números cuja correspondência não se conhecia.

Com isso, realizou-se a primeira análise, excluindo instituição por instituição e comparado o Alfa de Cronbach da amostra total com cada Alfa excluindo uma subamostra, como apresentado na Tabela 7. Para este estudo foi considerado o valor do Alfa de Cronbach superior a 0,60.

Tabela 07 – Análise da amostra do estudo - teste w de Feldt. Rio de Janeiro, 2015.

| Instituição | Dimensão atitudinal | | | Decisão |
|-------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|
| | Cognitiva | Afetiva | Comportamental | |
| | Alfa se instituição excluída | Alfa se instituição excluída | Alfa se instituição excluída | |
| 1 | 0,579* | 0,594* | 0,805* | <i>EXCLUIR</i> |
| 2 | 0,534 [¶] | 0,596* | 0,788 [¶] | <i>FICAR</i> |
| 3 | 0,535 [¶] | 0,605* | 0,804* | <i>EXCLUIR</i> |
| 4 | 0,548 | 0,555 [¶] | 0,789 [¶] | <i>FICAR</i> |
| 5 | 0,532 [¶] | 0,586 | 0,800 | <i>FICAR</i> |
| 6 | 0,527 [¶] | 0,577 [¶] | 0,784 [¶] | <i>FICAR</i> |
| 7 | 0,546 | 0,567 [¶] | 0,802* | <i>FICAR</i> |
| 8 | 0,541 | 0,596* | 0,804* | <i>EXCLUIR</i> |
| 9 | 0,548 | 0,585 | 0,795 | <i>FICAR</i> |
| 10 | 0,560* | 0,595* | 0,804* | <i>EXCLUIR</i> |
| 11 | 0,517 [¶] | 0,603* | 0,791 | <i>FICAR</i> |
| 12 | 0,550* | 0,594* | 0,789 [¶] | <i>FICAR</i> |
| TOTAL | 0,544 | 0,586 | 0,797 | - |

* A exclusão da subamostra causa melhora na confiabilidade dos dados. Foi usado o critério de melhora significativa ($p < 0,05$) em pelo menos 2 das 3 escalas para descartar uma subamostra usando o teste w de Feldt e para comparar alfas par-a-par, entre o alfa a amostra sem e com a subamostra.

[¶] Valor significativamente menor quando a subamostra é excluída, usando o teste w de Feldt. Retirar essa subamostra pode prejudicar a confiabilidade dos dados.

Para saber se haveria uma diferença significativa entre os valores de Alfa de Cronbach, foi utilizado o teste estatístico w de Feldt. Este teste permite a realização de comparações entre os coeficientes de consistência interna em várias análises (FELDT, 1969; ALSAWALMEH; FELDT, 1994) e neste estudo foi realizado na amostra e subamostra. Ao excluir 4 das 12 instituições¹³, obteve-se um incremento significativo na confiabilidade dos resultados, como pode ser visto na Tabela 8.

¹³ Os números de identificação das instituições apresentadas na tabela 7 não correspondem a numeração apresentada no Apêndice 8 da caracterização dos campos de estudo, pois foram gerados aleatoriamente.

Tabela 08 – Resultado do Alfa de Cronbach antes e depois da utilização de uma subamostra dos participantes. Rio de Janeiro, 2015.

| Estatística | Subescala (sem exclusão de itens) | | | | | |
|---------------|-----------------------------------|--------|----------|--------|----------------|--------|
| | Cognitiva | | Afetiva | | Comportamental | |
| | Antes | Depois | Antes | Depois | Antes | Depois |
| Valor do alfa | 0,544 | 0,606 | 0,586 | 0,644 | 0,797 | 0,826 |
| Significância | p <0,001 | | p <0,001 | | p <0,001 | |

Constata-se o aumento nos valores do Alfa de Cronbach nas três subescalas após a exclusão de 60 participantes, e em todas com valor de $p < 0,001$. Em seguida, com uma base de dados mais confiável usando uma amostra menor, contudo mais consistente e adequada para o estudo, deu-se continuidade as análises. Vale destacar que o total de participantes da subamostra correspondeu a 84 enfermeiras.

3.1.8 Apresentação dos Resultados

Considerando que para comparar os dados referentes aos componentes das atitudes das enfermeiras, definiu-se que cada subescala (cognitiva, afetiva e comportamental) teriam as mesmas características estruturais. Para isso, foram excluídos um número de itens para que cada subescala tenha: 1. boa consistência interna; 2. unidimensionalidade; e 3. mesmo quantitativo de itens para todas as subescalas. Assim, as análises foram realizadas em cada subescala separadamente.

3.1.8.1 Análise dos itens da subescala cognitiva

Inicialmente, foi utilizado o critério do incremento dos valores Alfa de Cronbach mediante a estatística de correlação de item total, em que se o item for excluído melhora a consistência interna.

A consistência interna mostra a dimensão com que os itens de uma escala estão medindo o mesmo fenômeno a partir da avaliação do coeficiente Alfa de Cronbach. Para essa avaliação são calculadas as correlações entre o escore de cada item individualmente, com os escores dos demais itens. Itens não correlacionados com os demais, em que os coeficientes de correlação item-total e item-total corrigido são baixos e inferiores a 0,20, normalmente devem ser eliminados, o que contribuirá para aumentar os valores de consistência interna. Por outro

lado, coeficientes com alta correlação item-total, superiores a 0,80, pode ser um indicativo de redundância entre um ou mais itens (MAROCO; GARCIA-MARQUEZ, 2006; DANCEY; REIDY, 2013).

Desta forma, as tabelas referentes a análise um, dois e três da estatística de correlação item-total da subescala cognitiva, que inicialmente possuía 38 itens são apresentadas. Na primeira análise (Tabela 9) foram excluídos os itens 2, 4, 11, 28, 40, 52, 56, 64, 75, 82, 87, 90, 99, porque a correlação de item-total apresenta-se baixa, ou seja, inferior a 0,20 e não significativa, em que o resultado do Alfa de Cronbach melhora quando o item é excluído.

Tabela 09 – Análise 1 da subescala cognitiva –
Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Análise 1 Subescala Cognitiva | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| COG 2 ¹⁴ | -,022 | ,612 |
| COG 4 | ,068 | ,609 |
| COG 7 | ,079 | ,605 |
| COG 9 | ,195 | ,596 |
| COG 11 | ,055 | ,608 |
| COG 13 | ,271 | ,595 |
| COG 16 | ,316 | ,601 |
| COG 18 | ,252 | ,598 |
| COG 20 | ,295 | ,589 |
| COG 23 | ,133 | ,602 |
| COG 26 | ,158 | ,602 |
| COG 28 | -,085 | ,635 |
| COG 31 | ,376 | ,587 |
| COG 35 | ,175 | ,600 |
| COG 37 | ,166 | ,599 |
| COG 40 | -,017 | ,609 |
| COG 43 | ,169 | ,599 |
| COG 47 | ,235 | ,595 |
| COG 49 | ,229 | ,594 |
| COG 52 | ,037 | ,612 |
| COG 56 | -,040 | ,611 |
| COG 58 | ,188 | ,597 |
| COG 61 | ,295 | ,586 |
| COG 64 | ,011 | ,607 |
| COG 67 | ,178 | ,598 |
| COG 69 | ,367 | ,573 |
| COG 71 | ,209 | ,601 |
| COG 73 | ,291 | ,586 |
| COG 75 | ,088 | ,607 |
| COG 77 | ,328 | ,582 |
| COG 80 | ,077 | ,606 |
| COG 82 | ,082 | ,609 |
| COG 84 | ,356 | ,578 |
| COG 87 | ,024 | ,608 |
| COG 90 | ,078 | ,612 |
| COG 92 | ,179 | ,597 |
| COG 95 | ,471 | ,576 |
| COG 99 | -,005 | ,609 |
| TOTAL | - | ,606 |

¹⁴ O grifo em vermelho foi utilizado nas tabelas para destacar os itens excluídos.

Na análise 2 da subescala cognitiva (Tabela 10) observa-se um aumento dos valores de Alfa de Cronbach em todos os itens, após a exclusão dos itens com correlação item-total baixa.

Nesta etapa foi realizada nova exclusão de itens, que são o 26, 43 e 80, em função da melhoria do valor do Alfa de Cronbach quando os mesmos são excluídos.

Tabela 10 - Análise 2 da subescala cognitiva –
Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Análise 2 Subescala Cognitiva | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| COG 7 | ,124 | ,682 |
| COG 9 | ,249 | ,674 |
| COG 13 | ,263 | ,675 |
| COG 16 | ,359 | ,678 |
| COG 18 | ,221 | ,678 |
| COG 20 | ,306 | ,670 |
| COG 23 | ,121 | ,683 |
| COG 26 | ,146 | ,691 |
| COG 31 | ,355 | ,669 |
| COG 35 | ,138 | ,682 |
| COG 37 | ,211 | ,678 |
| COG 43 | ,169 | ,685 |
| COG 47 | ,266 | ,674 |
| COG 49 | ,227 | ,676 |
| COG 58 | ,195 | ,682 |
| COG 61 | ,255 | ,673 |
| COG 67 | ,220 | ,677 |
| COG 69 | ,375 | ,659 |
| COG 71 | ,190 | ,681 |
| COG 73 | ,316 | ,667 |
| COG 77 | ,367 | ,662 |
| COG 80 | ,064 | ,687 |
| COG 84 | ,392 | ,659 |
| COG 92 | ,227 | ,676 |
| COG 95 | ,451 | ,659 |
| TOTAL | - | ,684 |

Na análise 3 da subescala cognitiva (Tabela11), observa-se que os valores de Alfa de Cronbach de todos os itens tiveram aumento.

Analisando este resultado, verifica-se ainda valores de correlação item-total baixos e que mais dois itens foram excluídos: 7 e 37.

Tabela 11 - Análise 3 da subescala cognitiva –
Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Análise 3 Subescala Cognitiva | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| COG 7 | ,092 | ,699 |
| COG 9 | ,233 | ,689 |
| COG 13 | ,250 | ,688 |
| COG 16 | ,382 | ,690 |
| COG 18 | ,197 | ,692 |
| COG 20 | ,320 | ,681 |
| COG 23 | ,161 | ,693 |
| COG 31 | ,400 | ,678 |
| COG 35 | ,195 | ,695 |
| COG 37 | ,176 | ,697 |
| COG 47 | ,308 | ,683 |
| COG 49 | ,262 | ,686 |
| COG 58 | ,237 | ,692 |
| COG 61 | ,244 | ,688 |
| COG 67 | ,271 | ,685 |
| COG 69 | ,305 | ,683 |
| COG 71 | ,137 | ,695 |
| COG 73 | ,327 | ,679 |
| COG 77 | ,425 | ,668 |
| COG 84 | ,403 | ,670 |
| COG 92 | ,189 | ,694 |
| COG 95 | ,438 | ,671 |
| Total | - | ,696 |

Com essa retirada constata-se a melhoria dos valores de Alfa de Cronbach em 11 itens, contudo o item 84 diminuiu seu valor de 0,670 para 0,668 (Tabela 12).

Apesar dos itens 18, 23, 35, 71, e 92 ainda apresentarem valores de correlação item-total baixos, optou-se por mantê-los, pois com novas eliminações de itens acarretaria a redução da confiabilidade da subescala.

Após as três análises da subescala cognitiva e de exclusão de 18 itens com valores da correlação de item total baixos, tem-se a versão final (Tabela 12) da subescala com todos os itens com os melhores valores de Alfa de Cronbach e superiores a 0,667. O valor total de consistência interna da subescala cognitiva nesta etapa é de 0,701 e considerado satisfatório.

Tabela 12 – Versão final da subescala cognitiva – Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Versão Final Subescala Cognitiva | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| COG 9 | ,235 | ,689 |
| COG 13 | ,240 | ,689 |
| COG 16 | ,395 | ,690 |
| COG 18 | ,188 | ,693 |
| COG 20 | ,333 | ,680 |
| COG 23 | ,173 | ,693 |
| COG 31 | ,409 | ,676 |
| COG 35 | ,195 | ,695 |
| COG 47 | ,305 | ,683 |
| COG 49 | ,272 | ,685 |
| COG 58 | ,242 | ,694 |
| COG 61 | ,222 | ,691 |
| COG 67 | ,281 | ,685 |
| COG 69 | ,277 | ,688 |
| COG 71 | ,134 | ,701 |
| COG 73 | ,350 | ,676 |
| COG 77 | ,419 | ,667 |
| COG 84 | ,409 | ,668 |
| COG 92 | ,179 | ,699 |
| COG 95 | ,436 | ,671 |
| Total | - | ,701 |

O próximo passo foi a realização de análise fatorial exploratória com os itens finais da subescala cognitiva após a seleção de itens com boa consistência interna. Foi realizado o método de Análise de Componentes Principais para verificar que componentes poderiam ser extraídos.

A escolha desse método é adequada para esta etapa de análise, pois o objetivo é a redução de dados priorizando o número mínimo de componentes capazes de “explicar a

porção máxima da variância total representada no conjunto original de variáveis” (HAIR JUNIOR et al, 2009, p. 112).

Constatou-se adequação dos dados para a análise, pois o teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se altamente significativo ($p < 0,000$) e KMO de adequação da amostra foi de 0,51.

Foi definido utilizar dois critérios para excluir itens usando a análise de componentes principais, em que os critérios deveriam ter uma hierarquia pré-determinada: 1. itens com as menores cargas componenciais no primeiro componente (inicialmente itens com carga menor que 0.35, e depois itens com carga menor que 0.40); 2. itens que após a segunda análise estivessem apresentando a maior carga componencial em outro fator.

Na primeira análise de componentes principais da subescala cognitiva (Tabela 13) apareceram 8 componentes, com autovalores superiores a 1, sendo que 5 explicaram 49,9% da variância total dos itens da subescala.

Tabela 13 - Primeira Análise de Componentes Principais da subescala cognitiva. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 3,435 | 17,176 | 17,176 | 3,435 | 17,176 | 17,176 |
| 2 | 2,071 | 10,357 | 27,533 | 2,071 | 10,357 | 27,533 |
| 3 | 1,703 | 8,517 | 36,050 | 1,703 | 8,517 | 36,050 |
| 4 | 1,470 | 7,348 | 43,397 | 1,470 | 7,348 | 43,397 |
| 5 | 1,303 | 6,516 | 49,914 | 1,303 | 6,516 | 49,914 |
| 6 | 1,236 | 6,182 | 56,095 | 1,236 | 6,182 | 56,095 |
| 7 | 1,137 | 5,684 | 61,780 | 1,137 | 5,684 | 61,780 |
| 8 | 1,038 | 5,192 | 66,971 | 1,038 | 5,192 | 66,971 |
| 9 | ,973 | 4,866 | 71,837 | | | |
| 10 | ,814 | 4,068 | 75,906 | | | |
| 11 | ,770 | 3,851 | 79,757 | | | |
| 12 | ,692 | 3,460 | 83,217 | | | |
| 13 | ,580 | 2,901 | 86,119 | | | |
| 14 | ,545 | 2,723 | 88,842 | | | |
| 15 | ,508 | 2,541 | 91,382 | | | |
| 16 | ,445 | 2,223 | 93,606 | | | |
| 17 | ,371 | 1,855 | 95,461 | | | |
| 18 | ,351 | 1,753 | 97,214 | | | |
| 19 | ,324 | 1,622 | 98,836 | | | |
| 20 | ,233 | 1,164 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Então, foram excluídos os itens 9, 23, 35, 58, 71, 92, que estão em vermelho na matriz de componentes (Tabela 14), por apresentarem carga componencial menor que 0.35 no primeiro componente.

Tabela 14 – Matriz de componentes - análise 1 da subescala cognitiva. Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

| | Componente | | | | | | | |
|--------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| COG 9 | ,290 | ,022 | ,371 | ,056 | ,659 | -,103 | -,030 | ,114 |
| COG 13 | ,337 | ,678 | ,144 | ,049 | -,045 | ,209 | ,079 | ,078 |
| COG 16 | ,541 | -,351 | -,305 | -,190 | ,264 | -,193 | -,076 | ,146 |
| COG 18 | ,354 | ,441 | ,025 | -,355 | ,132 | -,215 | -,203 | -,230 |
| COG 20 | ,477 | -,475 | -,056 | -,144 | ,039 | -,349 | ,072 | ,123 |
| COG 23 | ,294 | ,302 | -,574 | ,123 | ,231 | ,333 | ,277 | ,118 |
| COG 31 | ,519 | -,211 | -,017 | ,224 | -,042 | -,147 | -,152 | -,315 |
| COG 35 | ,229 | ,473 | -,430 | ,191 | -,057 | -,154 | -,032 | ,256 |
| COG 47 | ,531 | -,001 | -,301 | -,335 | -,303 | ,063 | ,068 | -,332 |
| COG 49 | ,408 | ,158 | ,415 | -,336 | ,212 | ,077 | -,150 | ,376 |
| COG 58 | ,257 | -,346 | ,173 | ,326 | -,077 | ,560 | -,051 | ,136 |
| COG 61 | ,352 | -,176 | -,132 | ,256 | -,343 | -,348 | ,130 | ,544 |
| COG 67 | ,381 | -,205 | ,192 | -,170 | ,323 | ,168 | ,432 | -,164 |
| COG 69 | ,333 | -,152 | ,177 | ,632 | ,046 | -,197 | -,271 | -,301 |
| COG 71 | ,151 | ,264 | ,404 | ,311 | -,030 | -,305 | ,390 | -,001 |
| COG 73 | ,469 | ,383 | ,063 | ,273 | -,049 | -,064 | ,358 | -,212 |
| COG 77 | ,566 | -,404 | -,200 | -,054 | -,025 | ,222 | ,246 | -,076 |
| COG 84 | ,488 | -,077 | ,438 | ,020 | -,366 | ,351 | -,165 | ,127 |
| COG 92 | ,275 | ,134 | -,373 | ,318 | ,324 | ,187 | -,476 | ,006 |
| COG 95 | ,638 | ,253 | ,126 | -,282 | -,332 | -,063 | -,273 | -,015 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 8 componentes extraídos.

Uma nova Análise de Componentes Principais foi realizada com os itens que restaram apresentando 5 componentes, sendo que 4 explicaram 52% da variância total da subescala, demonstrando ainda que haviam itens a serem excluídos (Tabela 15).

Tabela 15 - Segunda Análise de Componentes Principais da subescala cognitiva. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 3,182 | 22,726 | 22,726 | 3,182 | 22,726 | 22,726 |
| 2 | 1,850 | 13,214 | 35,941 | 1,850 | 13,214 | 35,941 |
| 3 | 1,305 | 9,322 | 45,263 | 1,305 | 9,322 | 45,263 |
| 4 | 1,077 | 7,696 | 52,959 | 1,077 | 7,696 | 52,959 |
| 5 | 1,022 | 7,299 | 60,259 | 1,022 | 7,299 | 60,259 |
| 6 | 1,000 | 7,140 | 67,399 | | | |
| 7 | ,927 | 6,619 | 74,018 | | | |
| 8 | ,813 | 5,809 | 79,826 | | | |
| 9 | ,636 | 4,540 | 84,366 | | | |
| 10 | ,578 | 4,132 | 88,498 | | | |
| 11 | ,509 | 3,639 | 92,137 | | | |
| 12 | ,453 | 3,238 | 95,375 | | | |
| 13 | ,361 | 2,576 | 97,951 | | | |
| 14 | ,287 | 2,049 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Em vermelho, na matriz de componentes (Tabela 16), optou-se por retirar os itens 13, 18, 69 e 73 que com uma nova análise permitiu chegar a presença de 1 componente.

Tabela 16 - Matriz de componente - análise 2 da subescala cognitiva. Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

| | Componente | | | | |
|--------|------------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| COG 13 | ,285 | ,723 | ,209 | ,014 | ,044 |
| COG 16 | ,551 | -,427 | -,291 | ,044 | -,096 |
| COG 18 | ,348 | ,455 | -,299 | -,333 | -,111 |
| COG 20 | ,541 | -,460 | -,072 | ,099 | -,078 |
| COG 31 | ,526 | -,222 | ,299 | -,177 | ,142 |
| COG 47 | ,564 | -,013 | -,330 | -,396 | -,153 |
| COG 49 | ,408 | ,338 | -,241 | ,570 | ,211 |
| COG 61 | ,361 | -,283 | ,267 | ,206 | -,490 |
| COG 67 | ,392 | -,096 | -,181 | -,039 | ,733 |
| COG 69 | ,313 | -,150 | ,753 | -,055 | ,150 |
| COG 73 | ,428 | ,351 | ,335 | -,374 | ,045 |
| COG 77 | ,584 | -,374 | -,084 | -,082 | ,124 |
| COG 84 | ,510 | ,197 | ,160 | ,496 | -,008 |
| COG 95 | ,675 | ,387 | -,099 | ,045 | -,294 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 5 componentes extraídos.

Após a última retirada de itens fizeram com que a subescala cognitiva apresentasse um componente e este explica 29% da variância total da subescala e com autovalor de 2,903, sendo assim uma subescala unidimensional (Tabelas 17 e 18).

Tabela 17 - Análise final subescala cognitiva – Análise de Componentes Principais. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 2,903 | 29,031 | 29,031 | 2,903 | 29,031 | 29,031 |
| 2 | ,986 | 13,151 | 42,182 | | | |
| 3 | ,926 | 10,440 | 52,622 | | | |
| 4 | ,886 | 10,289 | 62,911 | | | |
| 5 | ,826 | 8,258 | 71,170 | | | |
| 6 | ,815 | 8,147 | 79,317 | | | |
| 7 | ,695 | 6,950 | 86,267 | | | |
| 8 | ,550 | 5,505 | 91,772 | | | |
| 9 | ,477 | 4,766 | 96,538 | | | |
| 10 | ,346 | 3,462 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Tabela 18 - Matriz de componente - análise final da subescala cognitiva. Rio de Janeiro, 2015.

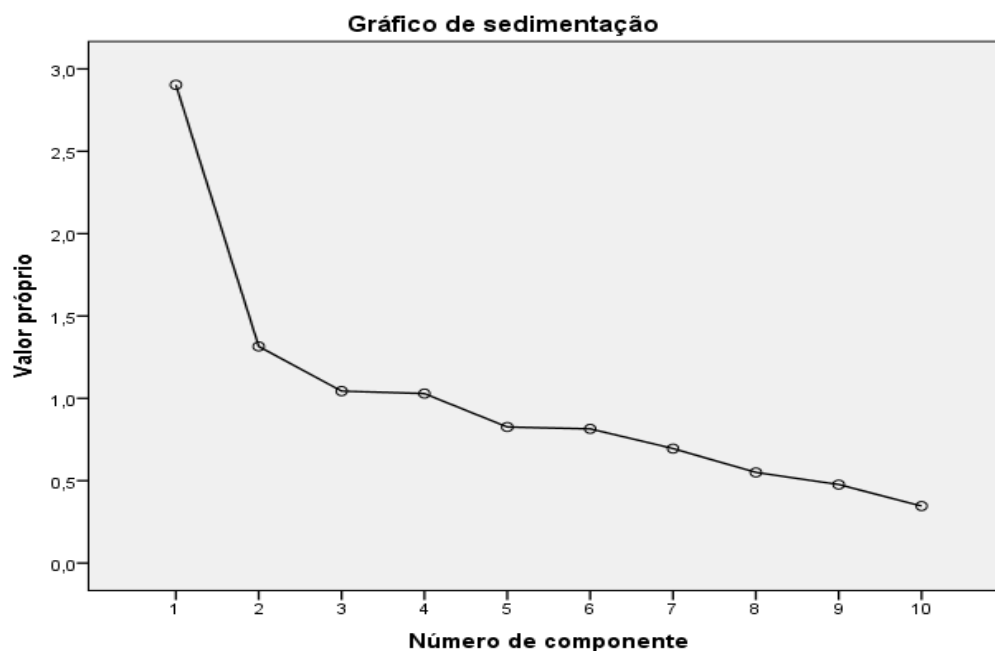
Matriz de componente^a

| | Componente |
|--------|------------|
| | 1 |
| COG 16 | ,634 |
| COG 20 | ,603 |
| COG 31 | ,531 |
| COG 47 | ,589 |
| COG 49 | ,388 |
| COG 61 | ,401 |
| COG 67 | ,411 |
| COG 77 | ,650 |
| COG 84 | ,488 |
| COG 95 | ,607 |

Método de extração: Análise do Componente principal
a. 1 componente extraído.

A partir da inspeção visual do gráfico de sedimentação (scree plot) da subescala cognitiva (Figura 2) e considerando os autovalores maiores que 1, verificou-se a adequação da extração de 1 componente, sendo unidimensional e explicando 29% da variância dos dados.

Figura 02 – Gráfico de sedimentação da Subescala Cognitiva



Do mesmo modo como na análise dos valores Alfa de Cronbach de cada item, foram excluídos 10 itens da subescala cognitiva para chegar à unidimensionalidade pelo método de análise de componentes principais. A subescala cognitiva atingiu esse patamar na presença de 10 itens que são: 16, 20, 31, 47, 49, 61, 67, 77, 84, 95, apresentando cargas componenciais variando de 0,388 a 0,650.

3.1.8.2 Análise dos itens da subescala afetiva

Como segunda etapa das análises das subescalas, repetiu-se os mesmos procedimentos estatísticos com a subescala afetiva, que são apresentados a seguir.

No primeiro momento, foi verificada a consistência interna dos 28 itens da subescala afetiva. Desta forma, as tabelas referentes a análise um e dois da estatística de correlação de item-total são apresentadas. Na primeira análise (Tabela 19) foram excluídos os itens 6, 12, 38, 41, 42, 45, 55, 57, 94, porque a correlação de item-total apresenta-se baixa, inferior a 0,20

e não significativa, em que o resultado do Alfa de Cronbach melhora quando o item é excluído.

Tabela 19 - Análise 1 da subescala afetiva – Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Análise 1 Subescala Afetiva | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| AFET 1 | ,303 | ,629 |
| AFET 6 | ,122 | ,648 |
| AFET 12 | ,055 | ,651 |
| AFET 14 | ,266 | ,636 |
| AFET 22 | ,406 | ,614 |
| AFET 24 | ,379 | ,621 |
| AFET 29 | ,370 | ,618 |
| AFET 32 | ,272 | ,628 |
| AFET 34 | ,224 | ,633 |
| AFET 36 | ,352 | ,633 |
| AFET 38 | ,039 | ,652 |
| AFET 39 | ,353 | ,621 |
| AFET 41 | -,004 | ,651 |
| AFET 42 | ,096 | ,646 |
| AFET 45 | -,094 | ,664 |
| AFET 50 | ,231 | ,633 |
| AFET 54 | ,204 | ,636 |
| AFET 55 | -,035 | ,655 |
| AFET 57 | ,007 | ,656 |
| AFET 59 | ,308 | ,629 |
| AFET 62 | ,378 | ,627 |
| AFET 66 | ,090 | ,643 |
| AFET 78 | ,473 | ,600 |
| AFET 86 | ,286 | ,630 |
| AFET 89 | ,380 | ,613 |
| AFET 93 | ,357 | ,617 |
| AFET 94 | -,152 | ,667 |
| AFET 97 | ,153 | ,640 |
| Total | - | ,644 |

Com a retirada desses 9 itens, observa-se uma melhora significativa nos valores de Alfa de Cronbach dos itens restantes (Tabela 20). Na análise 2 da subescala afetiva novos itens foram retirados, que são o 50, 66 e 97, em função da melhoria do valor do Alfa de Cronbach quando os mesmos são excluídos.

Tabela 20 - Análise 2 da subescala afetiva – Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Análise 2 Subescala Afetiva | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| AFET 1 | ,282 | ,740 |
| AFET 14 | ,307 | ,741 |
| AFET 22 | ,479 | ,722 |
| AFET 24 | ,414 | ,730 |
| AFET 29 | ,473 | ,723 |
| AFET 32 | ,253 | ,744 |
| AFET 34 | ,279 | ,740 |
| AFET 36 | ,445 | ,736 |
| AFET 39 | ,359 | ,733 |
| AFET 50 | ,138 | ,757 |
| AFET 54 | ,317 | ,737 |
| AFET 59 | ,305 | ,739 |
| AFET 62 | ,440 | ,732 |
| AFET 66 | ,108 | ,748 |
| AFET 78 | ,508 | ,717 |
| AFET 86 | ,313 | ,738 |
| AFET 89 | ,359 | ,735 |
| AFET 93 | ,332 | ,737 |
| AFET 97 | ,101 | ,750 |
| Total | - | ,747 |

Após a exclusão dos itens da segunda análise da subescala afetiva, os itens restantes apresentaram aumento nos valores de consistência interna e agora com valores de correlação item-total variando de 0,261 a 0,526. Assim, gerou-se uma versão final com 16 itens e todos com os melhores valores de Alfa de Cronbach e superiores a 0,730, como apresentado na tabela 21. O valor total de Alfa da subescala afetiva nesta etapa é de 0,761.

Tabela 21 - Versão final da subescala afetiva – Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Versão Final Subescala Afetiva | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| AFET 1 | ,261 | ,756 |
| AFET 14 | ,285 | ,756 |
| AFET 22 | ,494 | ,735 |
| AFET 24 | ,425 | ,744 |
| AFET 29 | ,470 | ,738 |
| AFET 32 | ,270 | ,759 |
| AFET 34 | ,264 | ,757 |
| AFET 36 | ,435 | ,751 |
| AFET 39 | ,360 | ,748 |
| AFET 54 | ,360 | ,748 |
| AFET 59 | ,331 | ,752 |
| AFET 62 | ,454 | ,746 |
| AFET 78 | ,526 | ,730 |
| AFET 86 | ,360 | ,749 |
| AFET 89 | ,314 | ,756 |
| AFET 93 | ,312 | ,755 |
| Total | - | ,761 |

Após a identificação dos itens com melhores valores de Alfa de Cronbach, o próximo passo foi a realização de análise fatorial exploratória com os 16 itens finais da subescala afetiva. Foi realizado o método de Análise de Componentes Principais para verificar que componentes poderiam ser extraídos. Constatou-se adequação dos dados para a análise, pois o teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se altamente significativo ($p < 0,000$) e KMO de adequação da amostra foi de 0,67.

Como na análise da subescala cognitiva, também foi definido utilizar dois critérios para excluir itens usando a análise de componentes principais, em que os critérios deveriam ter uma hierarquia pré-determinada: 1. itens com as menores cargas componenciais no primeiro componente (inicialmente itens com carga menor que 0.35, e depois itens com carga menor que 0.40); 2. itens que após a segunda análise estivessem apresentando a maior carga componencial em outro fator.

Na primeira análise de componentes principais da subescala afetiva (Tabela 22) apareceram 7 componentes, sendo que 4 explicaram 50,5% da variância total da subescala.

Tabela 22 – Primeira Análise de Componentes Principais da subescala afetiva.
Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 3,885 | 24,284 | 24,284 | 3,885 | 24,284 | 24,284 |
| 2 | 1,593 | 9,958 | 34,242 | 1,593 | 9,958 | 34,242 |
| 3 | 1,406 | 8,790 | 43,032 | 1,406 | 8,790 | 43,032 |
| 4 | 1,202 | 7,515 | 50,546 | 1,202 | 7,515 | 50,546 |
| 5 | 1,111 | 6,946 | 57,492 | 1,111 | 6,946 | 57,492 |
| 6 | 1,054 | 6,588 | 64,080 | 1,054 | 6,588 | 64,080 |
| 7 | 1,035 | 6,469 | 70,550 | 1,035 | 6,469 | 70,550 |
| 8 | ,845 | 5,279 | 75,829 | | | |
| 9 | ,788 | 4,924 | 80,753 | | | |
| 10 | ,640 | 3,999 | 84,752 | | | |
| 11 | ,548 | 3,425 | 88,177 | | | |
| 12 | ,505 | 3,156 | 91,334 | | | |
| 13 | ,430 | 2,686 | 94,020 | | | |
| 14 | ,381 | 2,383 | 96,403 | | | |
| 15 | ,307 | 1,917 | 98,320 | | | |
| 16 | ,269 | 1,680 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Então, foram excluídos os itens 1, 32 e 34, que estão em vermelho na matriz de componentes (Tabela 23), por apresentarem carga componencial menor que 0.35.

Tabela 23 - Matriz de componente - análise 1 da subescala afetiva. Rio de Janeiro, 2015.
Matriz de componente^a

| | Componente | | | | | | |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| AFET 1 | ,336 | ,445 | ,406 | -,062 | ,417 | ,096 | -,211 |
| AFET 14 | ,439 | ,670 | -,123 | -,051 | -,157 | ,136 | -,058 |
| AFET 22 | ,610 | -,421 | -,056 | -,082 | ,102 | -,208 | -,112 |
| AFET 24 | ,571 | -,069 | -,155 | -,138 | ,374 | -,072 | -,239 |
| AFET 29 | ,651 | ,284 | -,152 | -,199 | -,174 | -,190 | ,228 |
| AFET 32 | ,342 | -,168 | ,148 | -,101 | ,324 | ,569 | ,468 |
| AFET 34 | ,326 | -,111 | ,159 | ,306 | -,230 | -,468 | ,519 |
| AFET 36 | ,598 | ,473 | -,194 | ,105 | -,175 | ,044 | ,086 |
| AFET 39 | ,437 | -,266 | ,082 | -,433 | -,193 | ,319 | ,352 |
| AFET 54 | ,486 | ,007 | -,041 | -,136 | ,477 | -,410 | ,131 |
| AFET 59 | ,488 | -,169 | -,460 | ,142 | -,207 | ,128 | -,123 |
| AFET 62 | ,607 | -,344 | -,417 | -,030 | -,125 | ,147 | -,312 |
| AFET 78 | ,581 | -,185 | ,483 | -,196 | -,114 | -,196 | -,170 |
| AFET 86 | ,475 | ,204 | -,011 | ,605 | ,164 | ,130 | ,081 |
| AFET 89 | ,382 | ,055 | ,622 | -,060 | -,423 | ,084 | -,271 |
| AFET 93 | ,366 | -,350 | ,277 | ,617 | ,040 | ,164 | -,088 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 7 componentes extraídos.

Uma nova análise de componentes principais foi realizada com os itens que restaram apresentando 5 componentes, sendo que 3 explicaram 49,4% da variância total, demonstrando ainda que havia itens a serem excluídos (Tabela 24).

Tabela 24 - Segunda Análise de Componentes Principais da subescala afetiva. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 3,625 | 27,887 | 27,887 | 3,625 | 27,887 | 27,887 |
| 2 | 1,505 | 11,580 | 39,466 | 1,505 | 11,580 | 39,466 |
| 3 | 1,292 | 9,941 | 49,408 | 1,292 | 9,941 | 49,408 |
| 4 | 1,183 | 9,104 | 58,512 | 1,183 | 9,104 | 58,512 |
| 5 | 1,034 | 7,953 | 66,465 | 1,034 | 7,953 | 66,465 |
| 6 | ,848 | 6,525 | 72,990 | | | |
| 7 | ,686 | 5,276 | 78,266 | | | |
| 8 | ,643 | 4,948 | 83,214 | | | |
| 9 | ,604 | 4,645 | 87,859 | | | |
| 10 | ,544 | 4,183 | 92,042 | | | |
| 11 | ,410 | 3,152 | 95,193 | | | |
| 12 | ,343 | 2,642 | 97,835 | | | |
| 13 | ,281 | 2,165 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Em vermelho, na matriz de componentes (Tabela 25), estão os itens 89 e 93 excluídos por apresentarem carga componencial menor que 0.40.

Tabela 25 - Matriz de componente- análise 2 da subescala afetiva. Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

| | Componente | | | | |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| AFET 14 | ,439 | -,666 | ,164 | -,018 | ,129 |
| AFET 22 | ,632 | ,405 | -,141 | -,088 | -,205 |
| AFET 24 | ,568 | ,091 | -,298 | -,129 | -,150 |
| AFET 29 | ,655 | -,358 | ,064 | -,272 | -,036 |
| AFET 36 | ,607 | -,553 | ,091 | ,101 | ,006 |
| AFET 39 | ,423 | ,229 | ,098 | -,411 | ,380 |
| AFET 54 | ,481 | ,010 | -,139 | -,184 | -,678 |
| AFET 59 | ,523 | ,028 | -,420 | ,106 | ,456 |
| AFET 62 | ,659 | ,202 | -,352 | ,010 | ,281 |
| AFET 78 | ,568 | ,364 | ,455 | -,154 | -,112 |
| AFET 86 | ,461 | -,212 | -,025 | ,628 | -,164 |
| AFET 89 | ,373 | ,157 | ,774 | ,062 | ,143 |
| AFET 93 | ,345 | ,399 | ,091 | ,662 | ,018 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 5 componentes extraídos.

Houve a necessidade de realização de uma terceira análise de componentes principais da subescala afetiva, para a redução do número de itens e atingir o mesmo quantitativo da subescala cognitiva. A análise apresentou três componentes, sendo que dois componentes explicaram 44% da variância total, demonstrando ainda que havia itens a serem excluídos (Tabela 26).

Tabela 26 - Terceira Análise de Componentes Principais da subescala afetiva. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 3,443 | 31,302 | 31,302 | 3,443 | 31,302 | 31,302 |
| 2 | 1,450 | 13,178 | 44,481 | 1,450 | 13,178 | 44,481 |
| 3 | 1,058 | 9,618 | 54,099 | 1,058 | 9,618 | 54,099 |
| 4 | ,988 | 8,986 | 63,085 | | | |
| 5 | ,860 | 7,816 | 70,901 | | | |
| 6 | ,750 | 6,822 | 77,723 | | | |
| 7 | ,635 | 5,774 | 83,498 | | | |
| 8 | ,599 | 5,441 | 88,939 | | | |
| 9 | ,469 | 4,263 | 93,202 | | | |
| 10 | ,413 | 3,753 | 96,955 | | | |
| 11 | ,335 | 3,045 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Em vermelho, na matriz de componentes (Tabela 27), está o item 59 excluído, que apresentou maior carga componencial no último componente. Com sua retirada melhora de forma geral as cargas componenciais dos outros componentes e atinge o total de 10 itens.

Tabela 27 - Matriz de componente- análise 3 da subescala afetiva. Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

| | Componente | | |
|----------------|-------------|--------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| AFET 14 | ,454 | ,651 | -,012 |
| AFET 22 | ,622 | -,453 | ,103 |
| AFET 24 | ,590 | -,176 | ,029 |
| AFET 29 | ,690 | ,256 | ,195 |
| AFET 36 | ,622 | ,546 | ,013 |
| AFET 39 | ,421 | -,325 | -,114 |
| AFET 54 | ,508 | -,108 | ,529 |
| AFET 59 | ,543 | -,081 | -,628 |
| AFET 62 | ,667 | -,260 | -,419 |
| AFET 78 | ,517 | -,335 | ,379 |
| AFET 86 | ,445 | ,350 | -,032 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 3 componentes extraídos.

A última retirada de item fez com que a subescala afetiva apresentasse 2 componentes, sendo que o componente 1 explica 32% da variância total da subescala, com autovalor de 3,217 (Tabelas 28 e 29). Não foi utilizado método de rotação, pois o interesse era forçar uma solução unidimensional. Observa-se na tabela 29 que apesar de não ter realizado rotação da matriz, todos os itens carregaram significativamente no primeiro componente e todos com cargas acima de 0,408.

Tabela 28 - Análise final subescala afetiva – Análise de Componentes Principais. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 3,217 | 32,171 | 32,171 | 3,217 | 32,171 | 32,171 |
| 2 | 1,047 | 14,467 | 46,638 | 1,047 | 14,467 | 46,638 |
| 3 | ,991 | 9,912 | 56,550 | | | |
| 4 | ,894 | 8,943 | 65,493 | | | |
| 5 | ,808 | 8,082 | 73,575 | | | |
| 6 | ,750 | 7,503 | 81,078 | | | |
| 7 | ,610 | 6,101 | 87,179 | | | |
| 8 | ,471 | 4,711 | 91,890 | | | |
| 9 | ,420 | 4,201 | 96,092 | | | |
| 10 | ,391 | 3,908 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Tabela 29 – Matriz de componente - análise final da subescala afetiva.
Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

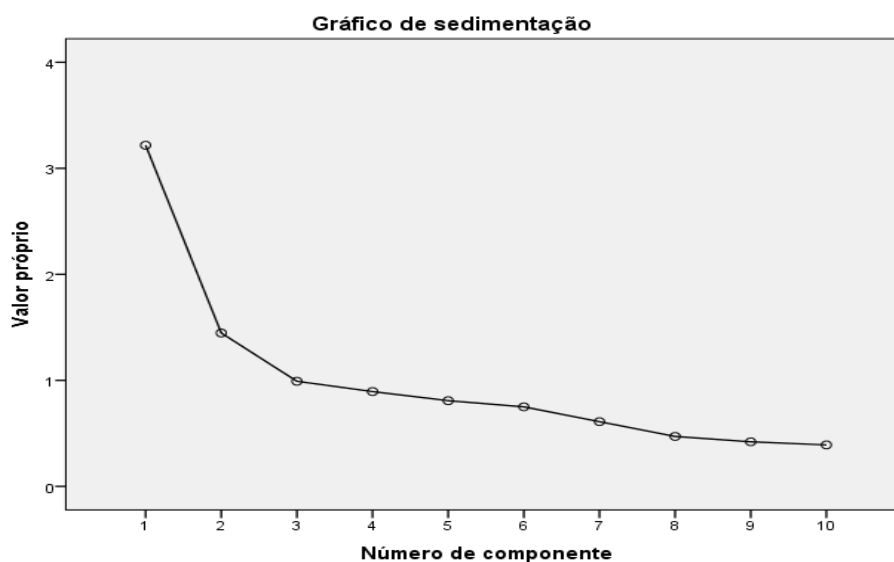
| | Componente | |
|---------|------------|-------|
| | 1 | 2 |
| AFET 14 | ,465 | ,644 |
| AFET 22 | ,631 | -,467 |
| AFET 24 | ,597 | -,188 |
| AFET 29 | ,710 | ,236 |
| AFET 36 | ,640 | ,534 |
| AFET 39 | ,408 | -,325 |
| AFET 54 | ,533 | -,133 |
| AFET 62 | ,631 | -,249 |
| AFET 78 | ,542 | -,359 |
| AFET 86 | ,436 | ,352 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 2 componentes extraídos.

Frente a presença de 2 componentes e com o objetivo de garantir a unidimensionalidade da subescala foi realizada inspeção visual do gráfico de sedimentação (scree plot) da subescala afetiva (Figura 3) e considerando os autovalores maiores que 1, optou-se, assim, pela extração de um componente, que explica 32% da variância dos dados, é significativo em relação aos demais e apresenta cargas componenciais em todos os itens variando de 0,408 a 0,710.

Figura 03 – Gráfico de sedimentação da Subescala Afetiva



Com a finalização das análises de componentes principais, foram excluídos 6 itens para chegar à unidimensionalidade. A subescala afetiva atingiu esse patamar na presença de 10 itens (14, 22, 24, 29, 36, 39, 54, 62, 78, 86) e a extração final de 1 componente de grande relevância e coerente com as expectativas teóricas deste estudo.

3.1.8.3 Análise dos itens da subescala comportamental

Na terceira etapa e última das análises das subescalas, repetiu-se os mesmos procedimentos estatísticos com a subescala comportamental, que são apresentadas a seguir.

Verificou-se, primeiramente, a consistência interna dos 33 itens da subescala comportamental. Desta forma, as tabelas referentes a análise um, dois e três da estatística de correlação de item total da subescala comportamental, que inicialmente possuía 33 itens são apresentadas. Na primeira análise (Tabela 30) foram excluídos os itens 15, 33, 44, 48, 83, 98, porque a correlação de item total apresenta-se baixa e não significativa, em que o resultado do Alfa de Cronbach melhora quando o item é excluído.

Tabela 30 - Análise 1 da subescala comportamental – Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Análise 1 Subescala Comportamental | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| COMP 3 | ,353 | ,821 |
| COMP 5 | ,334 | ,821 |
| COMP 8 | ,527 | ,814 |
| COMP 10 | ,295 | ,823 |
| COMP 15 | ,071 | ,827 |
| COMP 17 | ,467 | ,819 |
| COMP 19 | ,443 | ,819 |
| COMP 21 | ,323 | ,822 |
| COMP 25 | ,246 | ,825 |
| COMP 27 | ,207 | ,825 |
| COMP 30 | ,233 | ,824 |
| COMP 33 | ,120 | ,830 |
| COMP 44 | ,167 | ,826 |
| COMP 46 | ,311 | ,823 |
| COMP 48 | ,233 | ,826 |
| COMP 51 | ,452 | ,817 |
| COMP 53 | ,430 | ,818 |
| COMP 60 | ,439 | ,819 |
| COMP 63 | ,418 | ,819 |
| COMP 65 | ,257 | ,824 |
| COMP 68 | ,468 | ,816 |
| COMP 70 | ,192 | ,825 |
| COMP 72 | ,227 | ,825 |
| COMP 74 | ,395 | ,819 |
| COMP 76 | ,466 | ,816 |
| COMP 79 | ,520 | ,816 |
| COMP 81 | ,445 | ,818 |
| COMP 83 | ,182 | ,826 |
| COMP 85 | ,472 | ,817 |
| COMP 88 | ,278 | ,823 |
| COMP 91 | ,341 | ,821 |
| COMP 96 | ,302 | ,823 |
| COMP 98 | -,057 | ,832 |
| Total | - | ,826 |

Ao retirar 6 itens observou-se uma melhora significativa nos valores de Alfa de Cronbach de todos os itens restantes. Na segunda análise da subescala comportamental

(Tabela 31) novos itens foram retirados, que são o 25, 70, 88, em função da melhoria do valor do Alfa de Cronbach quando os mesmos são excluídos.

Tabela 31- Análise 2 da subescala comportamental – Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Análise 2 Subescala Comportamental | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| COMP 3 | ,319 | ,829 |
| COMP 5 | ,333 | ,828 |
| COMP 8 | ,543 | ,819 |
| COMP 10 | ,269 | ,830 |
| COMP 17 | ,477 | ,825 |
| COMP 19 | ,483 | ,824 |
| COMP 21 | ,306 | ,829 |
| COMP 25 | ,194 | ,834 |
| COMP 27 | ,230 | ,831 |
| COMP 30 | ,276 | ,830 |
| COMP 46 | ,318 | ,829 |
| COMP 51 | ,460 | ,823 |
| COMP 53 | ,404 | ,825 |
| COMP 60 | ,487 | ,823 |
| COMP 63 | ,437 | ,824 |
| COMP 65 | ,220 | ,831 |
| COMP 68 | ,468 | ,822 |
| COMP 70 | ,197 | ,832 |
| COMP 72 | ,223 | ,831 |
| COMP 74 | ,435 | ,824 |
| COMP 76 | ,483 | ,822 |
| COMP 79 | ,558 | ,821 |
| COMP 81 | ,442 | ,824 |
| COMP 85 | ,509 | ,821 |
| COMP 88 | ,223 | ,832 |
| COMP 91 | ,338 | ,828 |
| COMP 96 | ,305 | ,829 |
| Total | - | ,832 |

Devido a necessidade de retirar mais itens, foi realizada a análise 3 da subescala comportamental em que foram excluídos os itens 27 e 65 (Tabela 32).

Tabela 32 - Análise 3 da subescala comportamental – Estatística de correlação de item total.
Rio de Janeiro, 2015.

| Análise 3 Subescala Comportamental | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| Estatísticas de item-total | | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído | |
| COMP 3 | ,290 | ,837 | |
| COMP 5 | ,363 | ,834 | |
| COMP 8 | ,549 | ,826 | |
| COMP 10 | ,253 | ,838 | |
| COMP 17 | ,465 | ,832 | |
| COMP 19 | ,474 | ,831 | |
| COMP 21 | ,300 | ,836 | |
| COMP 27 | ,231 | ,840 | |
| COMP 30 | ,301 | ,836 | |
| COMP 46 | ,325 | ,836 | |
| COMP 51 | ,466 | ,830 | |
| COMP 53 | ,399 | ,833 | |
| COMP 60 | ,493 | ,830 | |
| COMP 63 | ,467 | ,830 | |
| COMP 65 | ,209 | ,840 | |
| COMP 68 | ,454 | ,830 | |
| COMP 72 | ,211 | ,838 | |
| COMP 74 | ,467 | ,830 | |
| COMP 76 | ,480 | ,829 | |
| COMP 79 | ,569 | ,827 | |
| COMP 81 | ,441 | ,831 | |
| COMP 85 | ,511 | ,828 | |
| COMP 91 | ,305 | ,836 | |
| COMP 96 | ,286 | ,836 | |
| Total | - | ,839 | |

Após a exclusão dos itens da terceira análise da subescala comportamental, todos os itens apresentaram valores de correlação item-total variando de 0,224 a 0,585. Assim, gerou-se uma versão final (Tabela 33) com 22 itens e todos com os melhores valores de Alfa de Cronbach e superiores a 0,826, como apresentado na tabela 33. O valor total de Alfa da subescala comportamental nesta etapa é de 0,840.

Tabela 33 - Versão final da subescala comportamental – Estatística de correlação de item total. Rio de Janeiro, 2015.

| Versão Final Subescala Comportamental | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| Estatísticas de item-total | | |
| Item | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| COMP 3 | ,290 | ,837 |
| COMP 5 | ,375 | ,833 |
| COMP 8 | ,543 | ,826 |
| COMP 10 | ,249 | ,838 |
| COMP 17 | ,483 | ,831 |
| COMP 19 | ,460 | ,831 |
| COMP 21 | ,290 | ,836 |
| COMP 30 | ,312 | ,836 |
| COMP 46 | ,335 | ,836 |
| COMP 51 | ,451 | ,830 |
| COMP 53 | ,379 | ,834 |
| COMP 60 | ,516 | ,829 |
| COMP 63 | ,465 | ,830 |
| COMP 68 | ,488 | ,828 |
| COMP 72 | ,224 | ,838 |
| COMP 74 | ,441 | ,831 |
| COMP 76 | ,456 | ,830 |
| COMP 79 | ,585 | ,826 |
| COMP 81 | ,452 | ,830 |
| COMP 85 | ,515 | ,828 |
| COMP 91 | ,314 | ,836 |
| COMP 96 | ,267 | ,837 |
| Total | - | ,840 |

Posteriormente a identificação dos itens com melhores valores de Alfa de Cronbach, o próximo passo foi a realização de análise fatorial exploratória com os 22 itens finais da subescala comportamental. Foi realizada a Análise de Componentes Principais para verificar que componentes poderiam ser extraídos. Constatou-se adequação dos dados para a análise, pois o teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se altamente significativo ($p < 0,000$) e KMO de adequação da amostra foi de 0,72.

Definiu-se utilizar dois critérios para excluir os itens usando a análise de componentes principais, em que os critérios deveriam ter uma hierarquia pré-determinada: 1. itens com as menores cargas componenciais no primeiro componente (inicialmente itens com carga menor

que 0.35, e depois itens com carga menor que 0.40); 2. itens que após a segunda análise estivessem apresentando a maior carga componencial em outro fator.

Na primeira análise de componentes principais da subescala comportamental (Tabela 34) apareceram 7 componentes, sendo que 4 explicaram 47,7% da variância total dos itens.

Tabela 34 - Primeira Análise de Componentes Principais da subescala comportamental. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 5,329 | 24,223 | 24,223 | 5,329 | 24,223 | 24,223 |
| 2 | 2,138 | 9,717 | 33,940 | 2,138 | 9,717 | 33,940 |
| 3 | 1,540 | 7,001 | 40,941 | 1,540 | 7,001 | 40,941 |
| 4 | 1,487 | 6,760 | 47,701 | 1,487 | 6,760 | 47,701 |
| 5 | 1,374 | 6,246 | 53,947 | 1,374 | 6,246 | 53,947 |
| 6 | 1,273 | 5,784 | 59,732 | 1,273 | 5,784 | 59,732 |
| 7 | 1,081 | 4,914 | 64,645 | 1,081 | 4,914 | 64,645 |
| 8 | ,925 | 4,207 | 68,852 | | | |
| 9 | ,843 | 3,834 | 72,686 | | | |
| 10 | ,780 | 3,545 | 76,230 | | | |
| 11 | ,737 | 3,348 | 79,578 | | | |
| 12 | ,674 | 3,063 | 82,642 | | | |
| 13 | ,605 | 2,752 | 85,394 | | | |
| 14 | ,542 | 2,465 | 87,859 | | | |
| 15 | ,500 | 2,272 | 90,131 | | | |
| 16 | ,453 | 2,059 | 92,190 | | | |
| 17 | ,430 | 1,956 | 94,146 | | | |
| 18 | ,398 | 1,811 | 95,957 | | | |
| 19 | ,285 | 1,295 | 97,252 | | | |
| 20 | ,272 | 1,238 | 98,490 | | | |
| 21 | ,188 | ,855 | 99,344 | | | |
| 22 | ,144 | ,656 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Então, foram excluídos os itens 3, 10, 21, 72, 96, que estão em vermelho na matriz de componentes (Tabela.35), por apresentarem carga componencial menor que 0.35, e depois itens com carga menor que 0.40.

Tabela 35 - Matriz de componente - análise 1 da subescala comportamental. Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

| | Componente | | | | | | |
|----------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| COMP 3 | ,334 | ,468 | -,095 | -,113 | ,405 | ,365 | ,058 |
| COMP 5 | ,427 | -,246 | ,431 | ,409 | ,155 | ,202 | -,104 |
| COMP 8 | ,617 | ,007 | ,026 | ,068 | -,175 | ,458 | -,117 |
| COMP 10 | ,312 | ,370 | -,136 | -,144 | -,424 | ,278 | -,167 |
| COMP 17 | ,557 | -,148 | ,107 | -,560 | ,096 | -,045 | ,084 |
| COMP 19 | ,577 | -,383 | -,469 | -,210 | -,151 | ,004 | -,023 |
| COMP 21 | ,355 | ,351 | -,021 | -,344 | ,112 | -,308 | ,327 |
| COMP 30 | ,382 | ,009 | -,081 | ,509 | ,010 | ,158 | -,209 |
| COMP 46 | ,408 | -,395 | ,463 | ,015 | ,330 | -,205 | -,091 |
| COMP 51 | ,523 | ,317 | ,219 | -,230 | -,243 | -,065 | -,138 |
| COMP 53 | ,443 | -,288 | ,402 | -,375 | ,200 | ,214 | -,087 |
| COMP 60 | ,609 | -,013 | -,096 | ,115 | ,073 | -,380 | -,351 |
| COMP 63 | ,543 | ,368 | ,003 | ,133 | -,362 | -,406 | -,118 |
| COMP 68 | ,576 | ,193 | ,048 | -,168 | ,250 | ,036 | -,330 |
| COMP 72 | ,316 | -,522 | -,481 | -,031 | ,112 | -,058 | -,069 |
| COMP 74 | ,535 | -,310 | ,185 | ,249 | -,408 | -,092 | ,194 |
| COMP 76 | ,530 | -,004 | -,013 | ,017 | -,143 | ,420 | ,506 |
| COMP 79 | ,684 | -,404 | -,377 | ,032 | -,047 | ,027 | ,035 |
| COMP 81 | ,505 | ,362 | ,097 | ,419 | ,185 | -,056 | ,271 |
| COMP 85 | ,600 | ,460 | -,058 | ,023 | ,067 | -,091 | -,074 |
| COMP 91 | ,389 | ,088 | -,346 | ,231 | ,467 | -,167 | ,299 |
| COMP 96 | ,326 | -,185 | ,334 | -,026 | -,259 | -,240 | ,343 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 7 componentes extraídos.

Uma nova análise de componentes principais foi realizada com os itens que restaram apresentando 6 componentes, sendo que 3 explicaram 46,5% da variância total, demonstrando ainda que haviam itens a serem excluídos (Tabela 36).

Tabela 36 - Segunda Análise de Componentes Principais da subescala comportamental. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 4,867 | 28,629 | 28,629 | 4,867 | 28,629 | 28,629 |
| 2 | 1,700 | 10,001 | 38,629 | 1,700 | 10,001 | 38,629 |
| 3 | 1,353 | 7,957 | 46,586 | 1,353 | 7,957 | 46,586 |
| 4 | 1,327 | 7,807 | 54,394 | 1,327 | 7,807 | 54,394 |
| 5 | 1,173 | 6,897 | 61,291 | 1,173 | 6,897 | 61,291 |
| 6 | 1,064 | 6,258 | 67,549 | 1,064 | 6,258 | 67,549 |
| 7 | ,940 | 5,527 | 73,076 | | | |
| 8 | ,714 | 4,199 | 77,275 | | | |
| 9 | ,704 | 4,140 | 81,416 | | | |
| 10 | ,635 | 3,734 | 85,150 | | | |
| 11 | ,529 | 3,111 | 88,261 | | | |
| 12 | ,500 | 2,942 | 91,203 | | | |
| 13 | ,445 | 2,621 | 93,824 | | | |
| 14 | ,382 | 2,249 | 96,073 | | | |
| 15 | ,285 | 1,678 | 97,751 | | | |
| 16 | ,221 | 1,297 | 99,049 | | | |
| 17 | ,162 | ,951 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Na matriz de componentes, estão os itens 5, 30, 46, 91, excluídos por apresentarem carga componencial menor que 0.40 e itens que após a segunda análise estivessem apresentando a maior carga componencial em outro fator (Tabela 37).

Tabela 37 - Matriz de componente- análise 2 da subescala comportamental. Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

| | Componente | | | | | |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| COMP 5 | ,465 | ,194 | ,357 | ,539 | ,012 | ,108 |
| COMP 8 | ,630 | ,052 | ,083 | -,087 | -,286 | ,340 |
| COMP 17 | ,545 | ,346 | -,476 | -,108 | ,060 | ,051 |
| COMP 19 | ,571 | ,279 | ,006 | -,608 | ,092 | -,186 |
| COMP 30 | ,412 | -,189 | ,447 | -,004 | -,060 | ,037 |
| COMP 46 | ,433 | ,438 | ,065 | ,512 | ,264 | -,229 |
| COMP 51 | ,508 | -,185 | -,441 | ,142 | -,352 | -,083 |
| COMP 53 | ,449 | ,545 | -,271 | ,231 | ,010 | ,162 |
| COMP 60 | ,616 | -,142 | -,035 | ,039 | ,276 | -,428 |
| COMP 63 | ,532 | -,516 | -,186 | ,066 | -,232 | -,369 |
| COMP 68 | ,577 | -,113 | -,344 | ,092 | ,338 | ,310 |
| COMP 74 | ,565 | ,178 | ,302 | ,054 | -,443 | -,372 |
| COMP 76 | ,520 | ,091 | ,213 | -,189 | -,331 | ,438 |
| COMP 79 | ,692 | ,231 | ,216 | -,405 | ,125 | -,099 |
| COMP 81 | ,498 | -,468 | ,235 | ,251 | ,116 | ,183 |
| COMP 85 | ,597 | -,477 | -,255 | -,012 | ,002 | ,133 |
| COMP 91 | ,380 | -,254 | ,250 | -,181 | ,550 | ,074 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 6 componentes extraídos.

Houve a necessidade de realização de uma terceira análise de componentes principais da subescala comportamental, para a redução do número de itens. A análise apresentou 4 componentes, sendo que 2 fatores explicaram 45% da variância total, demonstrando ainda que havia itens a serem excluídos (Tabela 38).

Tabela 38 - Terceira Análise de Componentes Principais da subescala comportamental. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 4,304 | 33,107 | 33,107 | 4,304 | 33,107 | 33,107 |
| 2 | 1,585 | 12,194 | 45,301 | 1,585 | 12,194 | 45,301 |
| 3 | 1,208 | 9,291 | 54,592 | 1,208 | 9,291 | 54,592 |
| 4 | 1,041 | 8,006 | 62,599 | 1,041 | 8,006 | 62,599 |
| 5 | ,998 | 7,675 | 70,274 | | | |
| 6 | ,732 | 5,632 | 75,906 | | | |
| 7 | ,687 | 5,287 | 81,192 | | | |
| 8 | ,623 | 4,795 | 85,988 | | | |
| 9 | ,503 | 3,867 | 89,854 | | | |
| 10 | ,483 | 3,718 | 93,572 | | | |
| 11 | ,397 | 3,054 | 96,626 | | | |
| 12 | ,262 | 2,013 | 98,639 | | | |
| 13 | ,177 | 1,361 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Na matriz de componentes, optou-se por retirar os itens 53, 74 e 81 em vermelho para atingir ao quantitativo de 10 itens por subescala (Tabela 39).

Tabela 39 - Matriz de componente - análise 3 da subescala comportamental. Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

| | Componente | | | |
|----------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| COMP 8 | ,636 | -,118 | -,050 | ,300 |
| COMP 17 | ,579 | -,297 | ,400 | ,036 |
| COMP 19 | ,601 | -,482 | -,117 | -,402 |
| COMP 51 | ,554 | ,274 | ,236 | ,150 |
| COMP 53 | ,435 | -,413 | ,471 | ,244 |
| COMP 60 | ,602 | ,188 | -,026 | -,535 |
| COMP 63 | ,567 | ,534 | -,137 | -,129 |
| COMP 68 | ,586 | ,159 | ,478 | -,059 |
| COMP 74 | ,548 | -,155 | -,518 | ,123 |
| COMP 76 | ,536 | -,194 | -,312 | ,523 |
| COMP 79 | ,692 | -,387 | -,259 | -,267 |
| COMP 81 | ,463 | ,495 | -,232 | ,197 |
| COMP 85 | ,631 | ,450 | ,138 | ,024 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 4 componentes extraídos.

A última retirada de itens, fez com que a subescala apresentasse 2 componentes, sendo que o componente 1 explica 37% da variância total e com autovalor de 3,719 (Tabelas 40 e 41). Neste caso, também não foi utilizado método de rotação, pois o interesse era forçar uma solução unidimensional. Na tabela 41 observa-se que apesar de não ter realizado rotação da matriz, todos os itens carregaram significativamente no primeiro componente e todos com cargas acima de 0,513.

Tabela 40 – Análise final subescala comportamental – Análise de Componentes Principais. Rio de Janeiro, 2015.

Variância total explicada

| Componente | Valores próprios iniciais | | | Somadas de extração de carregamentos ao quadrado | | |
|------------|---------------------------|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| 1 | 3,719 | 37,186 | 37,186 | 3,719 | 37,186 | 37,186 |
| 2 | 1,098 | 13,983 | 51,168 | 1,098 | 13,983 | 51,168 |
| 3 | ,994 | 9,935 | 61,104 | | | |
| 4 | ,826 | 8,258 | 69,362 | | | |
| 5 | ,760 | 7,599 | 76,961 | | | |
| 6 | ,613 | 6,130 | 83,091 | | | |
| 7 | ,554 | 5,535 | 88,626 | | | |
| 8 | ,502 | 5,024 | 93,650 | | | |
| 9 | ,417 | 4,166 | 97,816 | | | |
| 10 | ,218 | 2,184 | 100,000 | | | |

Método de extração: análise do componente principal.

Tabela 41 – Matriz de componente - análise final da subescala comportamental. Rio de Janeiro, 2015.

Matriz de componente^a

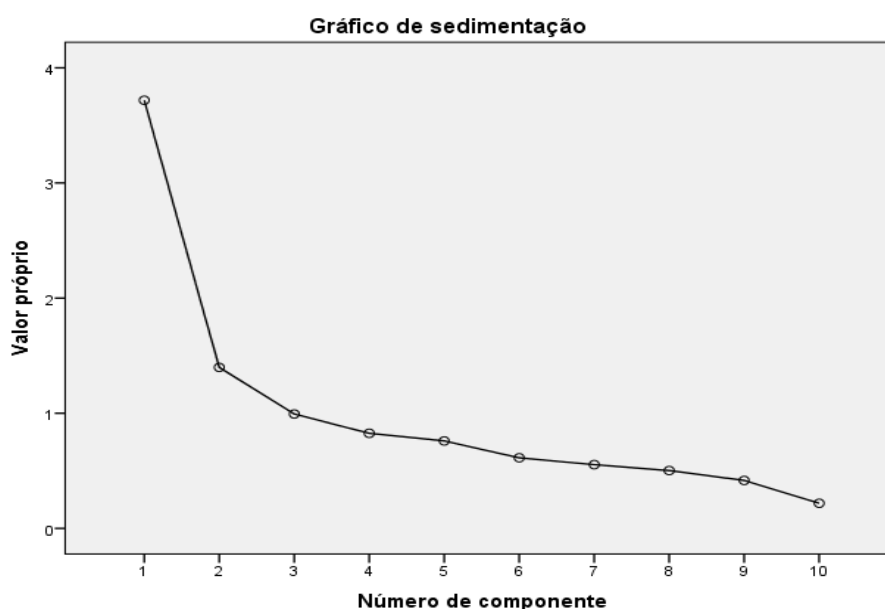
| | Componente | |
|---------|------------|-------|
| | 1 | 2 |
| COMP 8 | ,635 | -,143 |
| COMP 17 | ,595 | -,147 |
| COMP 19 | ,636 | -,526 |
| COMP 51 | ,550 | ,400 |
| COMP 60 | ,624 | ,148 |
| COMP 63 | ,564 | ,581 |
| COMP 68 | ,630 | ,194 |
| COMP 76 | ,513 | -,347 |
| COMP 79 | ,682 | -,489 |
| COMP 85 | ,650 | ,403 |

Método de extração: Análise do Componente principal.

a. 2 componentes extraídos.

Da mesma forma como ocorrido com a subescala afetiva, a subescala comportamental ao atingir o total de 10 itens apresenta-se com 2 componentes. Diante da necessidade de garantir a unidimensionalidade da subescala e o mesmo número de itens, foi realizada inspeção visual do gráfico de sedimentação (scree plot) da subescala afetiva (Figura 4) e considerando os autovalores maiores que 1, optou-se pela extração de um componente, que explica 37% da variância dos dados, é significativo em relação aos demais e apresenta cargas componenciais em todos os itens superiores a 0,513.

Figura 04 – Gráfico de sedimentação da Subescala Comportamental.



Nesta última etapa foram excluídos 12 itens para chegar à unidimensionalidade da subescala comportamental e esse patamar foi atingido na presença de 10 itens (8, 17, 19, 51, 60, 63, 68, 76, 79, 85) e a extração final de 1 componente de grande relevância e coerente com as expectativas teóricas deste estudo.

Com os itens finais das três subescalas, o teste de esfericidade de Bartlett apresentou-se significativo ($p < 0,000$) e valores de KMO respectivamente são de 0,68, 0,76 e 0,73.

Para a finalização das análises das 3 subescalas cognitiva, afetiva e comportamental, atingiu-se a proposta inicial de manter a EAEDC-UTIP em 3 dimensões compostas por 10 itens em cada subescala, sendo unidimensionais e com valores de Alfa de Cronbach significativos, mostrando que a escala possui uma boa consistência interna (Tabela 42).

O Alfa de Cronbach e média da subescala cognitiva é de 0,676 (M= 41,94), para a subescala afetiva de 0,737 (M= 43,11) e comportamental 0,797 (M= 39,33). Vale destacar que valor do Alfa de Cronbach total da EAEDC-UTIP ficou em 0,867 (M= 124,38).

De acordo com Hair Junior et al (2009) após verificar a unidimensionalidade de cada construto da escala, o pesquisador deve mensurar a sua confiabilidade, mediante o coeficiente de consistência interna. A verificação da consistência interna não garante que a escala seja unidimensional, contudo assume a sua existência.

Tabela 42 – Valores de Alfa de Cronbach para as três subescalas da EAEDC-UTIP. Rio de Janeiro, 2015.

| Componentes | Estatísticas | | |
|----------------|--------------|-------|------------------|
| | Média | DP | Alfa de Cronbach |
| Cognitivo | 41,94 | 4,74 | ,676 |
| Afetivo | 43,11 | 5,34 | ,737 |
| Comportamental | 39,33 | 6,92 | ,797 |
| Total | 124,38 | 17,00 | ,867 |

Esses resultados comprovam que a EAEDC-UTIP proposta apresenta confiabilidade e fidedignidade. O valor de Alfa de Cronbach total da escala é de 0,867 e é considerado satisfatório, demonstrando que se a escala for reaplicada na mesma amostra, apresentará resultados semelhantes. Na Tabela 43 consta os itens finais da EAEDC-UTIP separados pelos componentes das atitudes e respectivas subescalas.

Tabela 43 – Número de itens finais da EAEDC-UTIP, subdivididos pelas subescalas. Rio de Janeiro, 2015.

| Escala final (30 itens) | Itens (10 para cada subescala) |
|----------------------------|--|
| Cognitiva | 16, 20, 31, 47, 49, 61, 67, 77, 84, 95 |
| Afetiva | 14, 22, 24, 29, 36, 39, 54, 62, 78, 86 |
| Comportamental | 8, 17, 19, 51, 60, 63, 68, 76, 79, 85 |

Na Tabela 44 são apresentadas as cargas componenciais de cada um dos itens e os coeficientes de consistência interna de cada subescala (Alfa de Cronbach) e da EAEDC-UTIP. As cargas componenciais da subescala cognitiva variam de 0,388 a 0,650, a subescala afetiva de 0,408 a 0,710, e subescala comportamental de 0,513 a 0,682.

Tabela 44 - Cargas componenciais dos itens das subescalas e da escala EAEDC-UTIP obtidas pela análise de componentes principais e seus coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach). Rio de Janeiro, 2015.

| Itens da Escala EAEDC-UTIP por Componente da Atitude | Alfa de Cronbach | Cargas componenciais |
|---|------------------|----------------------|
| Subescala Cognitiva | 0,676 | |
| 16 Considero o familiar/acompanhante como uma fonte de informação sobre os hábitos, costumes e história de vida da criança. | | ,634 |
| 20 Acredito que a permanência dos pais/responsável na UTIP prejudica a recuperação da criança. | | ,603 |
| 31 Minha relação com a família da criança tem por finalidade trocar e discutir ideias, dialogar e conversar de maneira sensível, empática e honesta, com vista ao bom entendimento entre a equipe e a família. | | ,531 |
| 47 Quando utilizo o brinquedo e atividades lúdicas percebo que a criança extravasa seus sentimentos e interage de maneira mais tranquila. | | ,589 |
| 49 Reconheço que o grupo de apoio à família da criança facilita na relação com a equipe, diminui o estresse e uniformiza as informações a serem transmitidas. | | ,388 |
| 61 Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família. | | ,401 |
| 67 Reconheço que nem todos os pais têm condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP. | | ,411 |
| 77 Acredito que a família dificulta a inter-relação entre a criança e a equipe | | ,650 |
| 84 A família da criança não é parte integrante dos cuidados que desenvolvo na UTIP. | | ,488 |
| 95 Considero que a permanência e participação dos familiares na assistência devem ser incentivadas visando à valorização das heranças culturais e troca de experiências entre a criança, família e equipe de saúde. | | ,607 |
| Subescala Afetiva | 0,737 | |
| 14 Valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois eles oferecem amor e carinho à criança. | | ,465 |
| 22 Não compreendo o estado emocional do familiar/acompanhante da criança e prefiro o afastamento. | | ,631 |
| 24 Sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele. | | ,597 |
| 29 Sinto que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada. | | ,710 |
| 36 Me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família e valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. | | ,640 |
| 39 Valorizo a permanência no leito de imagens, orações, dentre outros objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança. | | ,408 |
| 54 Conviver com a permanência do familiar/acompanhante na UTIP me deixa mais sensibilizada com a história de vida da criança e sua família. | | ,533 |
| 62 Valorizo os momentos de conversa, escuta atenta e orientação à família durante o período de internação da criança na UTIP. | | ,631 |
| 78 Prefiro cuidar de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam. | | ,542 |
| 86 Valorizo o familiar/acompanhante como um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP. | | ,436 |
| Subescala Comportamental | 0,797 | |
| 8 Antes da realização dos cuidados explico para criança, sedada ou em coma, tudo o que será realizado. | | ,635 |
| 17 Respeito à opinião de crianças lúcidas internadas na UTIP. | | ,595 |
| 19 Demonstro para o familiar/acompanhante o meu interesse pela história de vida da criança. | | ,636 |
| 51 Durante a realização de procedimentos na UTIP, utilizo o brinquedo para distrair a criança. | | ,550 |
| 60 Atendo todas as necessidades de saúde da criança na UTIP oferecendo assistência de maneira individualizada e humanizada. | | ,624 |
| 63 Estabeleço uma interação com a criança na UTIP utilizando brinquedos, desenhos e músicas. | | ,564 |
| 68 Participo das decisões sobre o tratamento da criança e condutas a serem tomadas mediante discussões com a equipe multiprofissional da UTIP. | | ,630 |
| 76 Realizo o procedimento na criança grave e não explico para ela o que estou fazendo. | | ,513 |
| 79 Ofereço assistência à criança na UTIP, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. | | ,682 |
| 85 Ao identificar na UTIP que a criança sofre maus tratos aciono o conselho tutelar. | | ,650 |
| Escala Total | 0,867 | |

Com uma versão reduzida, validada e final da escala EAEDC-UTIP (Apêndice 10) com 30 itens, sendo 10 para cada subescala e que a partir dessas serão analisados os componentes das atitudes das enfermeiras, comparou-se os resultados de cada subescala. Primeiro foi feito uma análise descritiva e depois uma validação divergente por meio de uma matriz de correlação das somas das subescalas.

A validação divergente ou discriminante, segundo Hair Junior et al (2009, p. 126), consiste no “grau em que dois conceitos similares são distintos”. Realiza-se “correlações entre as medidas, em que a escala múltipla está correlacionada com uma medida semelhante, mas conceitualmente distinta”. Assim, espera-se que as correlações sejam baixas, indicando desta forma que a escala “é suficientemente diferente do outro conceito semelhante”.

Na Tabela 45 apresenta-se a matriz correlacional das três subescalas, que mostra que estão separadas, pois não houve correlação alta entre as somas das subescalas. Este resultado permitiu o estabelecimento de diferenciação entre os componentes cognitivos, afetivos e comportamentais das atitudes das enfermeiras.

Tabela 45 – Matriz correlacional das 3 subescalas da EAEDC-UTIP. Rio de Janeiro, 2015.

| Matriz Correlacional das subescalas | | | |
|-------------------------------------|---|------|------|
| Dimensão | 1 | 2 | 3 |
| 1. Cognitivo | - | 0,61 | 0,36 |
| 2. Afetivo | | - | 0,59 |
| 3. Comportamental | | | - |

Os percentis e escores Z também foram gerados para ter um escore padronizado da escala, sendo importante para futuras comparações indivíduo-amostra (Tabela 46).

Tabela 46 – Percentis e Escore Z da EAEDC-UTIP. Rio de Janeiro, 2015.

| Percentis | Cognitivo | Afetivo | Compor. | Escore Z |
|-----------|-----------|---------|---------|----------|
| 5 | 31,50 | 32,00 | 26,00 | 1 |
| 10 | 34,50 | 35,00 | 30,50 | 2 |
| 15 | 36,00 | 37,75 | 32,00 | 3 |
| 20 | 37,00 | 39,00 | 32,00 | 4 |
| 25 | 39,00 | 40,00 | 34,50 | 5 |
| 30 | 40,00 | 41,00 | 37,50 | 6 |
| 35 | 41,00 | 42,00 | 38,00 | 7 |
| 40 | 42,00 | 42,00 | 39,00 | 8 |
| 45 | 43,00 | 43,00 | 40,00 | 9 |
| 50 | 43,00 | 44,50 | 41,00 | 10 |
| 55 | 44,00 | 45,00 | 42,00 | 11 |
| 60 | 44,00 | 45,00 | 42,00 | 12 |
| 65 | 45,00 | 46,00 | 43,00 | 13 |
| 70 | 45,00 | 47,00 | 43,00 | 14 |
| 75 | 45,00 | 47,75 | 44,00 | 15 |
| 80 | 46,00 | 48,00 | 45,00 | 16 |
| 85 | 46,25 | 49,00 | 46,00 | 17 |
| 90 | 47,00 | 49,00 | 48,00 | 18 |
| 95 | 48,00 | 49,75 | 49,00 | 19 |
| 100 | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 20 |

3.2 ESTUDO 2 – ANÁLISE DA TENDÊNCIA DOS COMPONENTES DAS ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP¹⁵.

3.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de natureza quase-experimental, sem utilização de grupo controle.

O estudo quase-experimental, de acordo com Gil (2008) é desenvolvido com um elevado rigor metodológico, porém não apresenta distribuição aleatória dos participantes, nem grupos de controle. Este tipo de estudo examina as relações entre as variáveis dependentes e independentes, mediante a análise por comparação entre os grupos.

3.2.2 Amostra do Estudo

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizada a mesma subamostra do estudo 1, conforme apresentado na página 92 e respeitado todos os preceitos e critérios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/12.

3.2.3 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi a mesma realizada no estudo 1, com enfermeiras de UTIP de hospitais do Município do Rio de Janeiro. Foi utilizado os dados da coleta referente as respostas das enfermeiras nos 30 itens validados, distribuídos pelas três subescalas, para acessar as dimensões das atitudes das enfermeiras na UTIP.

¹⁵ Estudo apresentado e 1º lugar do Prêmio Maria Aparecida de Luca Nascimento - categoria estudante, no 6º Seminário Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente e III Seminário Internacional de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente, realizado no Rio de Janeiro, Brasil, em 2014; e 3º lugar na sessão pôster digital no Dia Internacional da Enfermagem – 76ª SBEn – 2015 (IFF/FIOCRUZ) realizado no Rio de Janeiro, Brasil, em 2015.

3.2.4 Procedimento de Análise de Dados

Para analisar a tendência dos componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP e responder a hipótese do estudo foi realizado uma comparação entre os três componentes das atitudes. Foram realizados testes de diferenças de médias entre os escores dos componentes cognitivo, afetivo e comportamental, testando a hipótese de que o componente comportamental da atitude da enfermeira durante o desenvolvimento da prática assistencial na UTIP difere dos componentes cognitivo e afetivo da atitude quanto aos direitos da criança hospitalizada na UTIP.

Assim, foi utilizado uma análise de variância (ANOVA) de uma via e teste post hoc Bonferroni para comparação par-a-par.

A ANOVA tem como finalidade verificar se existem diferenças entre as médias dos grupos analisados, mediante a determinação da média geral e verificando o quanto as médias individuais são diferentes das médias gerais. A ANOVA de uma via ou um fator é utilizada para avaliar se os grupos de médias se diferem significativamente (HAIR JUNIOR et al, 2009; DANCEY; REIDY, 2013).

Os resultados da ANOVA não oferecem informações de quais são as diferenças entre os grupos, somente informando que existe ou não uma diferença significativa. Assim, após verificar que existem diferenças entre as médias e rejeita-se a hipótese nula, torna-se necessário fazer testes adicionais para mostrar esse resultado e um testes muito utilizado é o de post hoc (DANCEY; REIDY, 2013).

O teste post hoc examina as diferenças entre os grupos e permite identificar as médias distintas, testando as diferenças entre todas as possíveis combinações de grupos. O teste post hoc Bonferroni é o mais simples dos testes e recomendado para amostras pequenas (HAIR JUNIOR et al, 2009; DANCEY; REIDY, 2013).

3.2.5 Apresentação dos Resultados

Os resultados apresentados na Tabela 47 com a realização da análise da variância das três subescalas, mostram que existem diferenças estatísticas significativas ($p < 0,000$) entre as médias dos escores dos componentes das atitudes das enfermeiras. Desta forma, pode-se rejeitar a hipótese nula de que não existem diferenças entre as médias dos escores dos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais das atitudes.

Tabela 47 – Análise de variância das 3 subescalas - médias dos componentes das atitudes das enfermeiras. Rio de Janeiro, 2015.

| ANOVA | | | | | |
|--------------|--------------------|-----|----------------|-------|-------|
| Comparações | Soma dos Quadrados | df | Quadrado Médio | F | Sig. |
| Entre Grupos | 627,198 | 2 | 313,599 | 9,521 | 0,000 |
| Nos grupos | 8201,405 | 249 | 32,937 | | |
| Total | 8828,603 | 251 | | | |

df = graus de liberdade

F= estatística F = variação (entre médias amostrais) / variação (entre indivíduos dentro das amostras)

Sig. = significância

Com essa constatação foi realizado o teste post hoc Bonferroni (Tabela 48) e o resultado foi significativo na comparação da subescala comportamental com as outras duas subescalas, no entanto, não houve diferença significativa entre os dados cognitivos e afetivos.

Tabela 48 - Teste post hoc Bonferroni das 3 subescalas da EAEDC-UTIP. Rio de Janeiro, 2015.

| Bonferroni | | | | | | |
|----------------|----------------|-----------------------|---------------|------|----------------------------|-----------------|
| (I) Componente | | Diferença média (I-J) | Modelo padrão | Sig. | Intervalo de confiança 95% | |
| | | | | | Limite inferior | Limite superior |
| Cognitivo | Afetivo | -1,167 | ,886 | ,567 | -3,30 | ,97 |
| | Comportamental | 2,607* | ,886 | ,011 | ,47 | 4,74 |
| Afetivo | Cognitivo | 1,167 | ,886 | ,567 | -,97 | 3,30 |
| | Comportamental | 3,774* | ,886 | ,000 | 1,64 | 5,91 |
| Comportamental | Cognitivo | -2,607* | ,886 | ,011 | -4,74 | -,47 |
| | Afetivo | -3,774* | ,886 | ,000 | -5,91 | -1,64 |

*. A diferença média é significativa no nível 0,05.

Sig. = significância

Estes resultados apontaram que os componentes cognitivo e afetivo das atitudes das enfermeiras diferem do componente comportamental, ou seja, elas conhecem e sentem de uma forma e executam de outra, comprovando assim, a hipótese deste estudo.

Desta forma, para retratar os resultados deste estudo são apresentadas as tendências¹⁶ dos componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP.

¹⁶ Neste estudo, o termo **tendência** compreende a “força pela qual um corpo se move em determinada direção; o que leva alguém a agir de determinada forma” (SARAIVA JOVEM, 2010, p. 1161).

3.2.6 Apresentação das Tendências dos Componentes das Atitudes das Enfermeiras

Para a apresentação das tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras foi calculada uma média geral dos escores para as respostas dadas em cada item da escala. Para esse cálculo foram consideradas a pontuação dada as respostas em cada nível de concordância nos itens da escala. Vale destacar que os itens com sentido positivo receberam uma pontuação: discordo totalmente (1 ponto), discordo parcialmente (2 pontos), indeciso (3 pontos), concordo parcialmente (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos), e com sentido negativo tiveram sua pontuação invertida.

Assim, considerou-se que respostas entre 5 e 4 representaram uma tendência positiva tendendo a posicionamento favorável a determinada prática; respostas com pontuação entre 4 e 3 sugeriram uma tendência conflitante devido a indecisão; e inferior a 3 uma tendência negativa e desfavorável a prática.

Para interpretação dos resultados foram consideradas:

- Médias < 3 = tendência negativa
- Médias entre 3 e 4 = tendência conflitante
- Médias > 4 = tendência positiva

Para maior aplicabilidade da escala e análise das tendências dos componentes das atitudes decidiu-se fazer a análise com a subamostra e a amostra total, constatando que não houve diferenças nos resultados das tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras entre ambas.

Nos quadros 08, 09 e 10, apresenta-se a distribuição das respostas da subamostra de enfermeiras nos itens das subescalas cognitiva, afetiva e comportamental, apresentando o percentual das respostas em cada nível de concordância e média, como também, a identificação do tipo de tendência do componente da atitude.

Quadro 08: Distribuição das respostas das enfermeiras nos itens da subescala cognitiva, apresentadas em percentual e média, e identificação do tipo de tendência do componente da atitude.

| Item | Tipo de frase | Frequência das respostas % | | | | | Média | Tendência do componente cognitivo |
|---|---------------|----------------------------|------|-----|------|------|-------------|-----------------------------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Subamostra | |
| Subescala Cognitiva | | | | | | | | |
| 16 - Considero o familiar/acompanhante como uma fonte de informação sobre os hábitos, costumes e história de vida da criança. | positiva | 94,0 | 6,0 | - | - | - | 4,94 | Tendência positiva |
| 20 - Acredito que a permanência dos pais/responsável na UTIP prejudica a recuperação da criança. | negativa | 77,3 | 16,7 | - | 3,6 | 2,4 | 4,63 | Tendência positiva |
| 31 - Minha relação com a família da criança tem por finalidade trocar e discutir ideias, dialogar e conversar de maneira sensível, empática e honesta, com vista ao bom entendimento entre a equipe e a família. | positiva | 69,0 | 25,0 | 3,6 | 2,4 | - | 4,61 | Tendência positiva |
| 47 - Quando utilizo o brinquedo e atividades lúdicas percebo que a criança extravasa seus sentimentos e interage de maneira mais tranquila. | positiva | 60,7 | 29,8 | 7,1 | 2,4 | - | 4,49 | Tendência positiva |
| 49 - Reconheço que o grupo de apoio à família da criança facilita na relação com a equipe, diminui o estresse e uniformiza as informações a serem transmitidas. | positiva | 67,8 | 19,0 | 6,0 | 6,0 | 1,2 | 4,46 | Tendência positiva |
| 61 - Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família. | positiva | 59,5 | 26,2 | - | 10,7 | 3,6 | 4,27 | Tendência positiva |
| 67 - Reconheço que nem todos os pais têm condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP. | negativa | 3,6 | 11,9 | 2,4 | 26,2 | 55,9 | 1,81 | Tendência Negativa |
| 77 - Acredito que a família dificulta a inter-relação entre a criança e a equipe | negativa | 51,1 | 29,8 | 3,6 | 11,9 | 3,6 | 4,13 | Tendência positiva |
| 84 - A família da criança não é parte integrante dos cuidados que desenvolvo na UTIP. | negativa | 53,6 | 26,2 | 3,6 | 13,0 | 3,6 | 4,13 | Tendência positiva |
| 95 - Considero que a permanência e participação dos familiares na assistência devem ser incentivadas visando à valorização das heranças culturais e troca de experiências entre a criança, família e equipe de saúde. | positiva | 60,7 | 32,1 | 1,2 | 4,8 | 1,2 | 4,46 | Tendência positiva |

Quadro 09: Distribuição das respostas das enfermeiras nos itens da subescala afetiva, apresentadas em percentual e média, e identificação do tipo de tendência do componente da atitude.

| Item | Tipo de frase | Frequência das respostas % | | | | | Média Subamostra | Tendência do componente afetivo |
|---|---------------|----------------------------|------|------|------|------|------------------|---------------------------------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| Subescala Afetiva | | | | | | | | |
| 14 - Valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois eles oferecem amor e carinho à criança. | positiva | 65,5 | 33,3 | 1,2 | - | - | 4,64 | Tendência positiva |
| 22 - Não compreendo o estado emocional do familiar/acompanhante da criança e prefiro o afastamento. | negativa | 70,2 | 11,9 | 2,4 | 11,9 | 3,6 | 4,33 | Tendência positiva |
| 24 - Sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele. | positiva | 58,3 | 29,8 | 3,6 | 7,1 | 1,2 | 4,37 | Tendência positiva |
| 29 - Sinto que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada. | negativa | 39,2 | 38,1 | 2,4 | 17,9 | 2,4 | 3,94 | Tendência conflitante |
| 36 - Me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família e valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. | positiva | 80,9 | 16,7 | 2,4 | - | - | 4,79 | Tendência positiva |
| 39 - Valorizo a permanência no leito de imagens, orações, dentre outros objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança. | positiva | 59,5 | 27,4 | 2,4 | 7,1 | 3,6 | 4,32 | Tendência positiva |
| 54 - Conviver com a permanência do familiar/acompanhante na UTIP me deixa mais sensibilizada com a história de vida da criança e sua família. | positiva | 42,8 | 40,5 | 4,8 | 10,7 | 1,2 | 4,13 | Tendência positiva |
| 62 - Valorizo os momentos de conversa, escuta atenta e orientação à família durante o período de internação da criança na UTIP. | positiva | 60,7 | 34,5 | 2,4 | 2,4 | - | 4,54 | Tendência positiva |
| 78 - Prefiro cuidar de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam. | negativa | 41,7 | 16,7 | 10,7 | 20,2 | 10,7 | 3,58 | Tendência conflitante |
| 86 - Valorizo o familiar/acompanhante como um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP. | positiva | 60,7 | 32,1 | 1,2 | 4,8 | 1,2 | 4,46 | Tendência positiva |

Quadro 10: Distribuição das respostas das enfermeiras nos itens da subescala comportamental, apresentadas em percentual e média, e identificação do tipo de tendência do componente da atitude.

| Item | Tipo de frase | Frequência das respostas % | | | | | Média Subamostra | Tendência do componente comportamental |
|--|---------------|----------------------------|------|------|------|------|------------------|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| Subescala Comportamental | | | | | | | | |
| 8 - Antes da realização dos cuidados explico para criança, sedada ou em coma, tudo o que será realizado. | positiva | 32,1 | 38,1 | 2,4 | 21,4 | 6,0 | 3,69 | Tendência conflitante |
| 17 - Respeito à opinião de crianças lúcidas internadas na UTIP. | positiva | 60,7 | 33,3 | 1,2 | 4,8 | - | 4,50 | Tendência positiva |
| 19 - Demonstro para o familiar/acompanhante o meu interesse pela história de vida da criança. | positiva | 51,3 | 33,3 | 7,1 | 8,3 | - | 4,27 | Tendência positiva |
| 51 - Durante a realização de procedimentos na UTIP, utilizo o brinquedo para distrair a criança. | positiva | 15,5 | 39,2 | 9,5 | 17,9 | 17,9 | 3,17 | Tendência conflitante |
| 60 - Atendo todas as necessidades de saúde da criança na UTIP oferecendo assistência de maneira individualizada e humanizada. | positiva | 46,4 | 40,5 | 4,8 | 7,1 | 1,2 | 4,24 | Tendência positiva |
| 63 - Estabeleço uma interação com a criança na UTIP utilizando brinquedos, desenhos e músicas. | positiva | 33,3 | 48,8 | 8,3 | 4,8 | 4,8 | 4,01 | Tendência positiva |
| 68 - Participo das decisões sobre o tratamento da criança e condutas a serem tomadas mediante discussões com a equipe multiprofissional da UTIP. | positiva | 33,3 | 36,9 | 3,6 | 10,7 | 15,5 | 3,62 | Tendência conflitante |
| 76 - Realizo o procedimento na criança grave e não explico para ela o que estou fazendo. | negativa | 44,0 | 19,0 | - | 27,5 | 9,5 | 3,61 | Tendência conflitante |
| 79 - Ofereço assistência à criança na UTIP, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. | positiva | 45,2 | 35,8 | 8,3 | 9,5 | 1,2 | 4,14 | Tendência positiva |
| 85 - Ao identificar na UTIP que a criança sofre maus tratos aciono o conselho tutelar. | positiva | 47,6 | 28,6 | 13,0 | 6,0 | 4,8 | 4,08 | Tendência positiva |

Na subescala cognitiva ou dimensão do componente cognitivo, contou com a presença de 10 itens, sendo nove com tendências positivas e um com tendência negativa. Nos 10 itens presentes na subescala afetiva ou dimensão do componente afetivo identificou-se oito itens com tendências positivas e dois com tendências conflitantes. E a subescala comportamental ou dimensão do componente comportamental, apresentou seis itens com tendências positivas e quatro conflitantes.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados relacionados à caracterização das enfermeiras de UTIP, participantes do estudo; aos resultados da construção e validação da EAEDC-UTIP e à tendência dos componentes das atitudes das enfermeiras de UTIP.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE UTIP DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O número de enfermeiras trabalhando em UTIP vem aumentando nos últimos anos. Em estudo desenvolvido por Diniz (2008), foram identificadas 549 enfermeiras em 75 UTIP e Neonatal do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2005 a 2007. Destas, 165 atuavam em UTIP e mista na região metropolitana do Estado, incluindo o Município do Rio de Janeiro. Considerando este estudo, verificou-se o aumento do número de enfermeiras atuando nas UTIP do referido Município.

Das 189 enfermeiras elegíveis nas 12 UTIP de hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro, obteve-se a adesão de 144 (76,19%) enfermeiras. Pode-se considerar que a participação foi satisfatória, demonstrando um grande interesse em colaborar neste estudo. Vale destacar, que apesar de identificar o aumento do número de enfermeiras nas UTIP, estas são profissionais muito específicas, justificado pelo seu número reduzido no mercado de trabalho.

De acordo com os dados obtidos neste estudo, verificou-se que 128 (88,9%) profissionais eram do sexo feminino. Essa predominância feminina na enfermagem é histórica e foi vinculada, ao longo do tempo, aos aspectos virtuosos da mulher como devoção, caridade, paciência, obediência e submissão, presentes na figura de mulher-mãe cuidadora (PORTO; AMORIM, 2012; OGUISSO; CAMPOS, 2013).

Silva e Ferreira (2011) desenvolveram um estudo que investigou as características de formação e qualificação dos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos, o que corroborou com o resultado encontrado nesta pesquisa. A investigação teve como amostra 24 enfermeiros e 87,5% eram do sexo feminino. No estudo de Diniz (2008), que traçou o perfil dos enfermeiros que atuavam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, o resultado foi bastante expressivo, evidenciando que 94% dos profissionais entrevistados eram enfermeiras.

Em relação a faixa etária, constatou-se que a idade das enfermeiras variou de 25 a 60 anos e a maior parcela concentrou-se na faixa etária de 31 a 35 anos (29,1%). Esse resultado convergiu com a pesquisa aplicada na população de enfermeiros intensivistas (VERSA et al, 2012), da região Oeste do Estado do Paraná. Os autores identificaram que a população de enfermeiros de UTI possui de 23 a 43 anos, o que foi considerada uma faixa etária jovem para a profissão.

Por outro lado, no levantamento demográfico do perfil de enfermeiros de cuidados intensivos dos Estados Unidos e Canadá, realizado pela *American Association of Critical Care Nurses* (AACN, 2014), 26% dos profissionais estão na faixa etária de 30 a 39 anos, 22% de 40 a 49 anos, 24% de 50 a 59 anos e 11% com mais de 60 anos, o que contraria os achados deste estudo, pois observou-se um envelhecimento da força de trabalho.

As enfermeiras de UTIP do Município do Rio de Janeiro participantes do estudo encontraram-se em uma faixa etária mais jovem da profissão, o que representa uma expectativa promissora para uma área em franco desenvolvimento. Esta realidade das unidades de cuidados intensivos pediátricos exige cada vez mais a presença de profissionais experientes, qualificados e com conhecimentos científicos. Entende-se que os profissionais mais jovens possuem uma necessidade constante de adquirirem novos conhecimentos científicos e estar frequentemente se aprimorando na área.

Quanto ao tempo de formação das enfermeiras, constatou-se uma significativa representação nas diversas faixas de tempo, que varia de 2 a 35 anos, com uma média de 12,92 anos, predominando 49 (34%) com 6 a 10 anos de formação. Este resultado foi semelhante ao identificado na pesquisa de Oliveira (2013). A autora aponta que apesar da maior parcela das enfermeiras possuírem entre 6 e 10 anos (35,3%) de formação profissional, há uma distribuição significativa em todos os tempos. Os dados demonstram que existem profissionais em várias faixas de aprendizado e de conhecimentos adquiridos.

Sobre o ano de conclusão da graduação, vale destacar que 129 (89,6%) enfermeiras se formaram a partir de 1991. Esse resultado é relevante para este estudo, pois leva a acreditar que essas enfermeiras tiveram conteúdo sobre os direitos da criança na formação profissional, visto que esses foram garantidos a partir da Constituição Federal de 1988 e teve como marco fundamental o ECA em 1990.

No que diz respeito à instituição de formação, constatou-se que 90 (62,5%) enfermeiras concluíram o curso de graduação em instituições públicas. Este dado é expressivo nos dias atuais, visto que se observa uma maior oferta de cursos de graduação em instituições privadas.

Teixeira et al (2013), apontam que, em 2011, existiam um total de 826 cursos de graduação em enfermagem no Brasil. Destes, 160 em instituições públicas e 666 em instituições privadas. Esse número teve aumento nos anos de 2012 e 2013, respectivamente com 838 e 888 instituições de ensino superior, tendo maior concentração nas regiões sudeste e sul do país.

No decorrer da atuação profissional, 126 (87,5%) enfermeiras cursaram pós-graduação Lato Sensu. Entre a primeira e segunda especialização, 39 (27%) são especialistas em pediatria e 53 (36,8%) em neonatologia. Em sua maioria, as enfermeiras possuíam como titulação mais elevada os cursos de pós-graduação Lato Sensu e desenvolvidas nas áreas da saúde da criança. Esse resultado foi condizente com as características da faixa etária do grupo, pois eram enfermeiras jovens em processo de aprendizado e construção de novos saberes.

A capacitação para atuar como enfermeira na UTIP foi levantada, sendo que 92 (63,9%) enfermeiras apontaram que receberam treinamento. Dentre os cursos desenvolvidos na instituição de atuação, 11 (7,6%) enfermeiras referem ter sido na área de saúde da criança. No que diz respeito à temática dos direitos da criança hospitalizada, 24 (16,7%) enfermeiras foram capacitadas.

Diante desse resultado, fica clara a necessidade de maior capacitação na área da saúde da criança, principalmente, por se tratar de enfermeiras de cuidados intensivos. Para Bucchi, Mira, Otrenti e Ciampone (2011), o trabalho na UTI exige da enfermeira preparo permanente e qualificado para a produção de resultados adequados em sua prática devido a complexidade e dinâmica dos cuidados desenvolvidos na UTI. Os autores ainda acrescentaram, que muitas instituições vêm se empenhando na realização de programas de treinamentos, com o propósito de promover uma atuação profissional mais adequada.

Com essa perspectiva, a enfermeira não pode se limitar a permanecer apenas com as informações adquiridas na sua formação profissional, visto que não sustentarão o cuidado complexo da UTIP. Além do conhecimento técnico-científico generalista adquirido no curso de graduação, ela deve adquirir capacitação específica de sua área de atuação, o que conduzirá a uma prática direcionada ao seu sujeito de atenção, sendo um agente de transformação no seu cotidiano, o que conseqüentemente colaborará para o bem-estar da criança e sua família.

Na análise do vínculo institucional, 116 (80,6%) enfermeiras declararam serem servidores públicos. Acredita-se que, a alta porcentagem de servidores públicos está associada à realização no ano de 2006 e 2009 de concurso público para as instituições federais do Município do Rio de Janeiro, o que ocasionou a admissão de um quantitativo elevado de profissionais para a substituição de contratos temporários.

Quanto à jornada de trabalho, 102 (70,8%) enfermeiras atuam na escala de 12 x 60 horas, 20 (13,9%) trabalham 6 horas/dia. O quantitativo mínimo de enfermeiras encontrado por UTIP, campos de coleta de dados, foi de 10 e o máximo de 28 profissionais, conforme apresentado no Quadro 7.

Vale destacar que todas as UTIP apresentam pelo menos uma enfermeira diarista e uma enfermeira escalada por plantão. Essas UTIP atendem o quantitativo mínimo de profissionais estabelecidos pela portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998). Nesta portaria, destaca-se que a UTI deve contar com equipe básica, sendo dentre eles, um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem e um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho.

No que concerne ao tempo de serviço na unidade, constatou-se que 84% das enfermeiras possuem de um a 10 anos de atuação em UTIP. Este resultado pode estar relacionado à faixa etária mais jovem das participantes do estudo. De acordo com Diniz (2008), o tempo de atuação na UTIP é extremamente importante, pois para se tornar uma enfermeira especialista demanda tempo para se capacitar e o período mais prolongado de experiência permite aos profissionais adquirirem múltiplos conhecimentos e habilidades para cuidar da criança gravemente enferma.

O levantamento realizado pela *American Association of Critical Care Nurses* (AACN, 2014) indica uma maior experiência dos enfermeiros, em que 48% tem mais de 10 anos de atuação em UTI, diferentemente do resultado constatado em pesquisa realizada numa UTIP do Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 2013), em que 83,2% possuem menos de 10 anos de atuação, corroborando com os resultados deste estudo. De acordo com Silva e Ferreira (2011), a experiência profissional da enfermeira é a condutora do modo de cuidar, em que a qualidade do seu fazer tem relação estreita com sua experiência, sua percepção e impressões adquiridas mediante sua capacitação.

Em relação a outro vínculo empregatício, 111 (77,1%) enfermeiras declararam possuir um segundo vínculo. Constatou-se elevada porcentagem de dupla jornada de trabalho das enfermeiras de UTIP, principalmente, quando este resultado foi comparado ao estudo de Diniz (2008), realizado no período de 2005 a 2007, em que 56% dos enfermeiros de UTIP do estado do Rio de Janeiro tinham apenas um vínculo empregatício. Esta realidade atual pode estar relacionada à condição econômica da área de saúde no país, em que, muitas vezes, os profissionais possuem baixa remuneração e optam pela dupla jornada de trabalho.

4.2 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA EAEDC-UTIP

Inicialmente, torna-se necessário destacar que este estudo é pioneiro na construção e validação de uma escala de atitudes de enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP. Durante a revisão bibliográfica, não foram identificados estudos realizados por enfermeiras com características e temática semelhantes, o que implicou em dificuldades na articulação dos resultados deste estudo com outros.

Todo desenvolvimento de construção e validação da EAEDC-UTIP foram pautados rigorosamente em procedimentos psicométricos (PASQUALI, 2010a), o que permitiu garantir que a EAEDC-UTIP obtivesse validade teórica e de construto, fidedignidade e confiabilidade. A enfermagem vem cada vez mais se utilizando de novas técnicas metodológicas para a elaboração de suas pesquisas. Assim, a construção e validação de instrumentos de medida são técnicas capazes de oferecer uma representação numérica para variáveis subjetivas da prática assistencial.

Na construção da EAEDC-UTIP e durante a revisão bibliográfica realizada, que alicerçou a construção dos itens, houve a necessidade de um rigor e detalhamento da literatura, com base nos recortes temáticos e identificação dos temas. Esse cuidado foi necessário visto que as pesquisas selecionadas não abordavam diretamente os direitos da criança no cenário da UTIP, contudo, estes foram identificados nos resultados dos estudos.

A fase teórica da elaboração de Escalas pode ser desenvolvida de formas distintas. Nesta pesquisa, optou-se pela revisão bibliográfica, semelhantemente ao estudo desenvolvido por Vargas (2014) em escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, e Lobão (2012) na escala de predisposição à ocorrências de eventos adversos, ambas para verificar as atitudes de enfermeiras. Outras técnicas são utilizadas como, por exemplo, levantamento empírico com população alvo e a partir de seus resultados elaboram-se os itens (BARROS; NATIVIDADE; HUTZ, 2013).

As dimensões da EAEDC-UTIP, proposta inicialmente e pautada nos componentes cognitivo, afetivo e comportamental da atitude, tiveram por finalidade verificar o que as enfermeiras conhecem, sentem e como se comportam frente aos direitos da criança na UTIP. A elaboração da EAEDC-UTIP foi desenvolvida com essa estrutura, pois este estudo teve como um dos seus objetivos a análise das tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras. Outro aspecto importante do conteúdo da EAEDC-UTIP foi à amplitude de características da prática assistencial de enfermeiras na UTIP presentes nos itens.

Após a construção da EAEDC-UTIP com 198 itens nas dimensões dos componentes das atitudes, ocorreu sua validação teórica, a partir da análise semântica e de conteúdo, por 15 juízes especialistas das cinco regiões do país. Esta análise conferiu o refinamento dos itens da escala resultando na eliminação de 99 itens da sua estrutura inicial. A exclusão de itens que poderiam interferir na coleta de dados e resultado da pesquisa ocorreu após análise da concordância entre os juízes e considerações quanto à estruturação de cada frase, conferindo validade teórica a escala.

Vale destacar, que a validação teórica concedeu a EAEDC-UTIP uma característica de extrema relevância, pois esta foi validada por juízes de todo Brasil, que se posicionaram para o aperfeiçoamento da redação dos itens e adequação da escala. Essa amplitude de olhares e saberes proveniente de espaços distintos de atendimento a criança no país, possibilitou a permanência de uma diversidade de aspectos da prática assistencial nos itens da escala.

Várias pesquisas utilizam um grupo de especialistas para a etapa de validação teórica. Esses juízes são selecionados como peritos na área do construto e possuem como responsabilidade a decisão de verificar se os itens se referem ou não a temática proposta (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; BORGES et al, 2013; JOVENTINO; ORIÁ; SAWADA; XIMENES, 2013). Segundo Alexandre e Coluci (2011), o número de especialistas utilizados para validação varia de acordo com a literatura. Algumas pesquisas utilizam um mínimo de cinco e máximo de dez, enquanto outras, de seis a 20 juízes.

Nas três dimensões da escala permaneceram itens que expressam a representação das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em UTIP, a partir do que elas conhecem, sentem e se comportam durante a assistência. Cabe destacar que os itens trazem elementos que apontam para o direito da criança hospitalizada mediante aspectos da prática cotidiana da enfermeira na UTIP.

Estes aspectos focalizam o respeito e a dignidade da criança como ser humano e um ser de direitos, com a preservação de sua integridade física, psíquica e moral; direito de proteção à vida e a saúde; de ser acompanhada por familiar/acompanhante integralmente durante todo período de internação na UTIP; direito de brincar e participar de atividades lúdicas; direito a informação para a criança e sua família, tendo conhecimento adequado sobre sua enfermidade, tratamento, cuidados prestados e participar dos mesmos; direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente; a preservação de sua autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais; direito de não sentir dor; direito a receber apoio espiritual e religioso; direito a proteção contra maus tratos; e ter direito a uma morte digna.

A amplitude de aspectos incorporados nos itens da escala tornou-se evidente pela necessidade de uma maior compreensão acerca da temática em questão. Com os itens validados em sua fase teórica, optou-se pela estrutura do instrumento por uma escala de Likert, com nível de concordância e respostas de cinco pontos.

A escala de Likert de cinco pontos vem sendo utilizada em pesquisas que procuram verificar se o participante concorda, se ele está em dúvida ou discorda dos itens que abordam um determinado objeto psicológico (VARGAS, 2014; BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Os níveis de concordância tinham as seguintes características: 1 - concordo totalmente - significa que a enfermeira concorda totalmente com o descrito no item; 2 - concordo parcialmente - significa que o descrito no item ocorre na maioria das vezes; 3 - indeciso - significa que a enfermeira possui dúvidas quanto ao seu posicionamento; 4 - discordo parcialmente - significa que o descrito no item não ocorre na maioria das vezes; 5 - discordo totalmente - significa que a enfermeira discorda totalmente com o descrito no item.

Neste estudo, optou-se por permanecer com o nível de concordância “indeciso” para prevenir que as enfermeiras tivessem a tendência de se posicionar com uma resposta socialmente aceitável, visto que a temática dos direitos da criança está impregnada de elementos conflitantes. Trindade (2004), afirma que toda escolha a ser tomada, pode passar por uma decisão penosa, que gera angústia para aquele que se posiciona frente à determinada questão, gerando, conseqüentemente, um conflito interior.

Considerou-se que diante de alguns aspectos peculiares da prática assistencial na UTIP, as enfermeiras poderiam julgar ser mais adequado não opinar e permanecer em uma posição mais confortável. Com os cinco níveis de concordância, acreditou-se que as enfermeiras poderiam se posicionar de forma a retratar a realidade a ser investigada.

Após conferir validade teórica a EAEDC-UTIP, procederam-se as análises para validação de construto. Nos procedimentos empíricos (PASQUALI, 2010b) a escala preliminar com 99 itens foi aplicada a 144 enfermeiras de 12 UTIP do Município do Rio de Janeiro.

Em posse dos dados da coleta, foram realizados os procedimentos analíticos (PASQUALI, 2010b). Como estratégia facilitadora para as análises de dados optou-se na divisão da EAEDC-UTIP em três subescalas pautadas nas dimensões dos componentes das atitudes – cognitiva, afetiva e comportamental.

Como limitação inicial do estudo, constatou-se que os resultados da coleta com a amostra total de 144 enfermeiras, não possuíam uma adequada consistência interna para que

as análises fossem iniciadas. Verificou-se que os valores de Alfa de Cronbach das respostas nas subescalas cognitiva e afetiva eram de 0,544 e 0,586, e inferiores ao recomendado pela literatura (HAIR JUNIOR et al, 2009).

Assim, procedeu-se uma análise direcionada a amostra, mediante o teste estatístico *w* de Feldt (FELDT, 1969) que conferiu uma melhora nos valores de confiabilidade, após a exclusão de 60 participantes. Os valores de Alfa de Cronbach para a subamostra de 84 participantes nas três subescalas ficou respectivamente de 0,606, 0,644 e 0,826, alicerçando o início das análises.

Essa limitação da amostra também está relacionada ao fato desta pesquisa ter sido desenvolvida apenas no Município do Rio de Janeiro. Contudo, o número reduzido de participantes nesta pesquisa não impossibilitou a realização das análises para validação da EAEDC-UTIP.

O quantitativo reduzido da amostra foi encontrado em alguns estudos de validação de instrumentos desenvolvidos por enfermeiros. No estudo de VALER, AIRES, FENGLER e PASKULIN (2015) cujo objetivo foi adaptar e validar o Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos no Brasil teve como amostra 120 cuidadores familiares. Em estudo que objetivou traduzir e validar o conteúdo do instrumento *Conditions of Work Effectiveness – Questionnaire-II*, o número de participantes foi de 40 enfermeiras de dois hospitais de Curitiba (BERNARDINO et al., 2013).

Na busca de evidências de validade da EAEDC-UTIP, realizou-se a estatística de correlação de item total (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010), para análise das correlações entre os itens e verificação dos índices de consistência interna de cada subescala, mediante os valores de Alfa de Cronbach. Com a exclusão de 41 itens no total, que apresentaram valores de correlação baixos, em sua maioria inferiores a 0,20, permaneceram itens com os melhores valores de Alfa de Cronbach nas 3 subescalas.

O procedimento posterior foi à análise fatorial exploratória, mediante o método de análise de componentes principais. A subescala cognitiva, após três rodadas de análises, apresentou 10 itens que tiveram cargas componenciais de 0,388 a 0,650 no primeiro componente, com autovalor de 2,903 e explicou 29% da variância dos dados.

Na subescala afetiva e comportamental, após quatro rodadas, 10 itens carregaram em dois componentes, contudo, o exame do gráfico screen plot sugeriu apenas a permanência do primeiro componente. Na subescala afetiva o primeiro componente explicou 32% da variância dos dados, com autovalor de 3,217 e cargas componenciais variando de 0,408 a 0,710. Já na

subescala comportamental, explicou 37% da variância dos dados, com autovalor de 3,719 e cargas componenciais de 0,513 a 0,682.

Vale destacar, que a opção por não utilizar nenhum método de rotação tinha como propósito a manutenção da unidimensionalidade de cada subescala e a verificação global de aspectos dos três componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP. Assim, os resultados obtidos com a análise dos componentes principais conferiram a manutenção das três dimensões da EAEDC-UTIP, correspondendo às expectativas teóricas deste estudo.

Após essas análises, houve uma redução significativa do número de itens, de 198 da escala inicial, para 30 itens na escala final, e considerado um quantitativo adequado de acordo com a literatura (PASQUALI, 2010b).

O índice de confiabilidade da EAEDC-UTIP foi testado em duas etapas. Primeiramente, nas três subescalas e depois na escala total. De acordo com o item B 9.3 do anexo 1, da Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 002/2003 (BRASIL, 2003), que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos, um coeficiente igual ou maior que 0,60 é considerado suficiente para atestar a precisão de um instrumento de avaliação.

A subescala cognitiva apresentou Alfa de 0,676, a afetiva de 0,737 e a comportamental de 0,797. As três subescalas apresentaram valores de coeficientes adequados e todos superiores a 0,60. O valor de consistência interna e confiabilidade da EAEDC-UTIP foi de 0,867 e é considerado satisfatório, principalmente por se tratar de uma escala de atitudes (PASQUALI, 2010a). Outro aspecto relevante das análises foi que a constatação da ausência de altas correlações entre as dimensões da escala, mediante a validação divergente, certificou que a escala mensurou as diferentes dimensões do construto.

A utilização de várias técnicas estatísticas, apresentadas, neste estudo, permitiu a elaboração de um instrumento e itens com adequada qualidade psicométrica. Diante desses resultados, ficou claro que EAEDC-UTIP na íntegra ou dividida nas três dimensões dos componentes das atitudes, apresenta evidências satisfatórias de validade de construto e um bom índice de consistência interna, sendo considerada uma adequada representação das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP.

A versão final da EAEDC-UTIP com 30 itens, correspondendo a dez em cada subescala, enfocou três aspectos diferentes da atitude das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP: o seu conhecimento, seus sentimentos e seu comportamento. Na EAEDC-UTIP permaneceram 22 itens positivos e oito negativos. Pasquali (2010a), aponta que é

extremamente importante que durante a construção dos itens se incluíam afirmações em ambos os sentidos, para evitar que se tenham apenas respostas positivas.

Na dimensão do componente cognitivo permaneceram seis itens positivos e quatro negativos referindo-se ao que a enfermeira conhece, reconhece, considera e acredita sobre sua prática assistencial na UTIP. Nesta dimensão destacou-se, em especial, a presença de oito itens (16, 20, 31, 49, 67, 77, 84, 95) que focalizaram a família da criança frente aos aspectos de: permanência na UTIP, informação e relações enfermeira-criança-família. O item “47” apontou a importância do uso do brinquedo e o item “67” para o reconhecimento da importância da alta na UTIP.

Nesses itens podem-se analisar o conhecimento da enfermeira frente ao direito da criança: ao respeito e à dignidade; ao atendimento integral à saúde; a ser acompanhada por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização; a que seus pais ou responsáveis participam ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido; direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade; e direito de brincar.

Nos dez itens da dimensão do componente afetivo, sete positivos e três negativos, foram abordados os sentimentos da enfermeira em relação à prática assistencial na UTIP. Nesta dimensão, também observa-se o predomínio de oito itens que focalizaram a família (14, 22, 24, 29, 36, 54, 62, 86) em relação a permanência na UTIP, relações enfermeira-criança-família e informação sobre a criança e a hospitalização. O item “39” aponta para a espiritualidade da criança e da família e o item “78” para o cuidado a criança grave.

Esta dimensão permite analisar os sentimentos da enfermeira frente ao direito da criança: a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família; a preservação de sua autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais; proteção à vida e a saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação; respeito a sua integridade física, psíquica e moral; a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização; a que seus pais ou responsáveis participam ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido; ao respeito e à dignidade.

A dimensão do componente comportamental, com nove itens positivos e um negativo, abordou as ações e comportamentos da enfermeira na UTIP. Nesta dimensão observou-se a presença de vários aspectos da prática assistencial que são: os itens “8, 17 e 76” - a informação sobre os cuidados e opinião da criança; “51 e 63” - o uso do brinquedo durante a

assistência; “19, 60 e 79” - o atendimento integral a criança; item “68” - a participação da enfermeira no tratamento a criança; e “85” a proteção contra maus tratos.

As ações da enfermeira presentes nos itens da dimensão do componente comportamental permitiram verificar o direito da criança: a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva; ao respeito e à dignidade; direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral; ao atendimento integral à saúde; direito de brincar; de proteção à vida e a saúde, com absoluta prioridade; a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e ou prevenção; e direito a proteção contra maus tratos.

Vale destacar que alguns itens presentes na EAEDC-UTIP preliminar, e considerados relevantes para esta pesquisa, não permaneceram na escala final, como o direito a não sentir dor e direito a uma morte digna. Contudo, o direito a não sentir dor pode ser discutido nos itens “8” e “76”, da dimensão do componente comportamental, que abordam cuidados e procedimentos desenvolvidos na criança.

Diante do exposto, a EAEDC-UTIP final, com critérios adequados de validade e confiabilidade, é um instrumento capaz de verificar as diferenças entre os componentes das atitudes das enfermeiras frente aos principais direitos da criança hospitalizada na UTIP.

4.3 TENDÊNCIA DOS COMPONENTES DAS ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP

Com a EAEDC-UTIP validada optou-se pelo desenvolvimento do “estudo 2”, para responder a hipótese de estudo de que “o componente comportamental da atitude da enfermeira durante o desenvolvimento da prática assistencial na UTIP difere dos componentes cognitivo e afetivo da atitude quanto aos direitos da criança hospitalizada na UTIP”.

Após a comparação, mediante os testes de diferenças de médias, entre os componentes das atitudes presentes nas três dimensões da EAEDC-UTIP, comprovou-se a hipótese deste estudo. A realização da análise de variância das três dimensões da escala mostrou que existem diferenças estatísticas significativas ($p < 0,000$) entre as médias dos escores dos componentes das atitudes das enfermeiras. O teste post hoc Bonferroni evidenciou resultado significativo na comparação da subescala comportamental com as outras duas subescalas ($p < 0,011$ e $p < 0,000$), entretanto, não houve diferença significativa entre os dados cognitivos e afetivos ($p < 0,567$).

Com o propósito de apresentar a tendência dos componentes das atitudes das enfermeiras frente aos Direitos da Criança na UTIP, procedeu-se a análise das respostas dadas pelas 84 enfermeiras selecionadas para subamostra, pautadas nas três dimensões da escala: componente cognitivo, componente afetivo, componente comportamental.

Para facilitar a discussão destes resultados, alguns itens foram agrupados, pois referem a aspectos semelhantes do direito da criança e as opções de respostas dadas pelas enfermeiras foram aglutinadas e apresentadas na seguinte forma: “*concordo*” corresponde a concordo totalmente + concordo parcialmente; permaneceu a opção “*indeciso*”; e “*discordo*” corresponde a discordo totalmente + discordo parcialmente.

4.3.1 Conhecimentos da enfermeira frente aos direitos da criança na UTIP

Na dimensão do componente cognitivo verificou-se o conhecimento das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP. Nesta dimensão, constatou-se que nove itens apresentaram tendências positivas, com respostas favoráveis à prática assistencial e um item com tendência negativa e desfavorável a prática.

No item 16 com tendência positiva, verificou-se que 100% das enfermeiras concordaram que: “considero o familiar/acompanhante como uma fonte de informação sobre os hábitos, costumes e história de vida da criança”. Constatou-se que as enfermeiras conhecem a importância de se coletar informações sobre vários aspectos da vida da criança e com esse cuidado permite-se que seja assegurado um atendimento integral à saúde.

O processo de enfermagem desenvolvido durante a assistência é permeado de uma sequência de etapas específicas, dentre elas a obtenção de múltiplas informações sobre o estado de saúde do sujeito de atenção. As outras etapas consistem na identificação das condições que requerem intervenções, planejamento das intervenções, implementação e avaliação das ações (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

No momento em que se consideram as singularidades do ser criança durante a hospitalização na UTIP e não apenas a desordem biológica do corpo, a enfermeira se instrumentaliza e conduz sua assistência para a efetivação de práticas que atenda todas as necessidades de saúde da criança e a garantia do direito a um atendimento integral. Para isso, também é de extrema relevância que a criança seja reconhecida em um contexto mais amplo, que é sua família.

Na investigação de Rodrigues et al (2014), identificou-se aspectos que sustentam este resultado. As autoras apontam que quando a criança e sua família foram cuidadas durante a

hospitalização, os profissionais adotaram uma postura pautada na ética¹⁷. O reconhecimento da criança como um cidadão de direitos e que encontra-se em condições peculiares, impõe a necessidade de um cuidado ético.

Rodrigues et al (2014, p 1477) afirmaram que o desenvolvimento de uma prática pautada no cuidado ético “significa a implementação nas ações do enfermeiro e equipe, de uma prática que consiste na individualidade e na subjetividade do ser cuidado, aliviando o seu estado de vulnerabilidade”.

Na prática assistencial em UTIP, o cuidado direcionado a criança deve envolver a família. Observa-se que a reciprocidade entre a enfermeira e a família, com trocas de experiências, pode favorecer uma melhor identificação das necessidades da criança, o que torna-se um facilitador no planejamento de um cuidado humanizado, integral e holístico.

Azevedo (2014), corroborou com este resultado quando afirma em sua pesquisa, que é fundamental que exista um bom relacionamento entre a enfermeira e a família, pois é esta que possui conhecimentos sobre a criança e pode sinalizar até as pequenas mudanças na sua condição de saúde, em que, muitas vezes, não é percebida pelos profissionais.

Assim, torna-se necessário reconhecer a importância da presença da família durante a internação na UTIP, como também valorizar a família no contexto do cuidado.

A inserção da família como parte do cuidado da enfermeira foi verificada no item 84. Constatou-se que 79,8% das enfermeiras discordaram de que: “a família da criança não é parte integrante dos cuidados que desenvolvo na UTIP”. Ficou claro que, a maior parcela das enfermeiras, reconhecem a importância de cuidar da família durante o desenvolvimento de sua assistência.

A tendência do componente cognitivo no item 84 foi positiva, com um padrão de resposta favorável a prática assistencial. Apesar de um quantitativo reduzido, porém expressivo, observou-se que 16,6% das enfermeiras ainda reconhecem que a família não é inserida nos seus planos de cuidados e 3,6% marcaram a opção indeciso.

Para se garantir um atendimento integral à saúde da criança é de suma importância à inclusão da família nesse cuidado e verificou-se que a maior porcentagem das enfermeiras

¹⁷ ÉTICA - definida como a *ciência da moral*, ou *ciência da conduta*, que possui duas concepções fundamentais: uma que considera a ética uma ciência do fim para o qual a conduta dos homens deve ser orientada e dos meios para atingir tal fim; e outra que se preocupa menos com o fim e mais com a investigação das questões que impulsionam a conduta humana (ABBAGNANO, 2012).

reconhece a importância desta inserção. Uma das estratégias mais eficientes para isso é que a assistência seja centrada na criança e sua família.

De acordo com o *INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE* (2015), ao se adotar uma abordagem assistencial centrada na criança e sua família ou cuidado a criança centrado na família, utiliza-se uma abordagem direcionada para o planejamento, implementação e avaliação dos cuidados baseados em parcerias entre a equipe de saúde, a criança e sua família. Nesta abordagem, as ações são desenvolvidas para o bem-estar da criança e seus familiares em sua totalidade, com o propósito de preservar o respeito e a dignidade, o compartilhamento de informações, participação e colaboração entre todos na assistência da criança.

Supõe-se que uma parcela das enfermeiras concordou quanto ao reconhecimento que a família não é inserida nos seus planos de cuidados por desenvolver sua prática pautada na abordagem assistencial centrada na patologia e centrada na criança. De acordo com Miranda, Oliveira, Toia e Stucchi (2015) estas abordagens ainda encontram-se vigentes em algumas instituições, onde a família está presente, mas não é inserida no processo assistencial.

O cuidado humanizado a criança na UTIP exige da enfermeira uma interação integral com a família e estabelecimento de estratégias que sejam facilitadoras do atendimento de suas necessidades. A presença da família é uma constante na vida da criança, como também, a sua permanência por tempo integral durante a hospitalização é um direito legitimado pelo ECA (BRASIL, 2012b).

O conhecimento da enfermeira quanto à importância da presença da família integralmente com a criança na UTIP foi destacado em três itens da dimensão do componente cognitivo, com tendências positivas. No item 20, 94% das enfermeiras discordaram que: “acredito que a permanência dos pais/responsável na UTIP prejudica a recuperação da criança”, como também, no item 77, 80,9% das enfermeiras discordaram que: “acredito que a família dificulta a inter-relação entre a criança e a equipe”. Ainda com relação à presença da família, o item 95, retratou que 92,8% das enfermeiras concordaram que: “considero que a permanência e participação dos familiares na assistência devem ser incentivadas visando à valorização das heranças culturais e troca de experiências entre a criança, família e equipe de saúde”.

Nos referidos itens, verificou-se que as enfermeiras parecem considerar que a permanência da família e sua participação nos cuidados na UTIP, facilitam a recuperação da criança e intermédia às relações entre a criança e a equipe.

Em pesquisa que objetivou caracterizar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos direitos da criança hospitalizada (CRUZ et al, 2014), o direito da criança de ser acompanhada por sua mãe, pai ou responsável durante todo período de sua hospitalização foi apontado como o direito mais conhecido pelos profissionais de saúde, corroborando com os resultados apresentados.

Soares, Brito e Carvalho (2014), alicerçam estes dados, quando apontam em sua investigação, que a garantia dos direitos da criança em situação de vulnerabilidade contidos no ECA como, por exemplo, a hospitalização, traz a presença do responsável como elemento fundamental durante o reestabelecimento da saúde. Para isso, as instituições hospitalares precisam dispor de estrutura física adequada para a permanência do mesmo, o que torna um facilitador da manutenção do vínculo com a criança e a participação nos cuidados.

Strasburg, Pintanel, Gomes e Mota (2011) reforçam que mesmo em condições adversas de permanência na UTIP, muitos acompanhantes superam todas as limitações e principalmente a falta de acomodação, pela possibilidade de estar integralmente ao lado da criança.

Em estudo que teve como objetivo compreender a visão da equipe multidisciplinar quanto à presença da família na UTIP (MOLINA et al, 2007), evidenciou-se que a permanência da família e sua inclusão nos cuidados à criança, exigiram que a enfermeira estivesse atenta e disponível para as interações, conhecendo e reconhecendo a dinâmica de adaptação da família a esse novo contexto. Por outro lado, constatou-se um contraponto nesta mesma pesquisa, que divergiu com estes resultados. A maioria dos profissionais entrevistados, apesar de considerarem a importância da presença da família, reconheceu que o acompanhante atrapalha na dinâmica do cuidado a criança grave.

Um dado importante revela uma tendência negativa do conhecimento da enfermeira frente à permanência da família na UTIP. Verificou-se no item 67 que, 82,1% das enfermeiras concordaram que: “reconheço que nem todos os pais têm condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP”. Este item pode ter sido respondido em duas vertentes e merecem ser destacadas. Supõe-se que pode ter havido uma dualidade nas respostas em que a condição de permanência dos pais pode ser tanto analisada pelos aspectos emocionais do acompanhante, como pelas dificuldades da enfermeira em lidar com ele na UTIP.

Quando a criança interna na UTIP e tem sua vida ameaçada pela doença, a família começa a vivenciar múltiplos sentimentos. Seus projetos de vida são ameaçados, enfrenta a expectativa e possibilidade da morte da criança, sente medo, insegurança, incerteza, raiva e,

muitas vezes, culpa pelo adoecimento (SILVEIRA; NEVES, 2011; CÔA; PETTENGILL, 2011).

A pesquisa de Azevedo (2014) corrobora com este resultado. A autora aponta que as mães que têm seus filhos na UTIP, além dos sentimentos já citados, possuem reação de choque, paralisia, desespero, tristeza e impotência, tendo muita dificuldade de encarar essa realidade tão difícil. CÔa e Pettengill (2011) que estudam a vulnerabilidade da família na UTIP, ainda acrescentam que o sofrimento desencadeado pela internação é tão intenso, que gera sintomas de hipertensão, anorexia, insônia e, algumas vezes, a perda de motivação para viver.

As enfermeiras podem ter respondido com essa perspectiva, pois diante desses sentimentos, muitos familiares não conseguem vivenciar o dia a dia da UTIP e preferem não permanecer neste espaço, entrando apenas para ver rapidamente a criança e obter informações. Muitos possuem dificuldades de ver a criança em estado grave e dependente de tecnologia, não conseguem vivenciar o cuidado e, muitas vezes, acreditam que podem atrapalhar.

Alguns familiares também não permanecem na UTIP por circunstâncias externas a internação da criança. Observa-se na prática assistencial, que a permanência por tempo integral junto à criança é influenciada por questões financeiras, morar longe do hospital, e por ficarem divididos entre a criança internada e os filhos que estão em casa. Apesar disso, observa-se que os familiares deixam, muitas vezes, essas necessidades para segundo plano na tentativa de permanecer o maior tempo possível com a criança.

Torna-se de suma importância, para garantir o direito da criança de permanência do familiar, que este seja amparado. As instituições e profissionais deveriam ter estratégias facilitadoras para ajudar nessa permanência, com o preparo para enfrentar novos desafios e o atendimento de suas necessidades emocionais. Cabe à enfermeira, juntamente com uma equipe multiprofissional, reunir recursos teóricos e materiais para compreender, amparar e assistir a família com qualidade, para que ela reúna condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP.

A outra perspectiva da resposta do item 67 pode estar relacionada às dificuldades enfrentadas pela enfermeira com a presença da família e por isso podem ter tido a concepção de que ela não tem condição de permanecer na UTIP.

O estudo de Molina et al (2007), converge com essa perspectiva. Constatou-se que as enfermeiras se esforçam para estabelecer uma relação de respeito e acolhimento com a família, contudo, elas reconhecem que possuem dificuldades de conviver com a família, lidar

com questionamentos e interferências no cuidado, preferindo evitar a aproximação e envolvimento emocional. Verificou-se também, que as enfermeiras acreditam que a família não tem condição de permanecer na UTIP, pois ficam extremamente ansiosas e preocupadas diante da condição de doença da criança e acabam atrapalhando o desenvolvimento da assistência e dinâmica do serviço.

Um aspecto que pode influenciar na concepção das enfermeiras de que a família não tem condições de permanecer na UTIP é a falta de estrutura física da unidade. Algumas pesquisas ressaltam que a UTIP nem sempre possui um espaço físico adequado para a acomodação do acompanhante e acaba o afastando da criança por desgaste físico (CÔA E PETTENGILL, 2011; GOMES; OLIVEIRA, 2012).

Outra situação é a solicitação pela enfermeira para que o familiar se retire da UTIP durante a realização de cuidados e procedimentos. Muitas enfermeiras reconhecem que se sentem inseguras em desenvolver sua assistência na presença da família e impõe sua retirada da unidade (CÔA E PETTENGILL, 2011).

Pesquisas corroboram com este resultado, apontando que apesar da presença da família ser um direito da criança e que seus pais ou responsáveis devem participar ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, observa-se em muitas instituições, que isso ainda não é uma realidade. O foco assistencial das enfermeiras está direcionado com muita eficiência para as necessidades da criança e o aparato tecnológico, em que o desenvolvimento do cuidado centrado em sua família é visto como um incômodo, ficando para segundo plano ou, muitas vezes, nem existindo (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010; MIRANDA; OLIVEIRA; TOIA; STUCCHI, 2015).

Diante dessa realidade e apesar de uma legislação que garante a presença da família junto à criança, observa-se que a família pode estar vulnerável no ambiente dos cuidados intensivos e a criança, muitas vezes, não tem seu direito garantido.

Frente ao exposto e a partir da tendência negativa do componente cognitivo da enfermeira no item 67, supõe-se que algumas UTIP podem não ter avançado no sentido de ter rotinas para o desenvolvimento de uma assistência direcionada ao binômio criança-família. A enfermeira precisa cada vez mais conhecer a importância da inclusão da família na assistência a criança na UTIP e se instrumentalizar para ter segurança de desenvolver os cuidados a criança juntamente com a família. Desta maneira, será garantido o direito a criança de ser acompanhada integralmente durante a hospitalização.

O conhecimento das enfermeiras quanto ao direito dos pais da criança receber informações sobre o tratamento, está implícito em dois itens com tendências positivas. No

item 31, 94% das enfermeiras concordaram que: “minha relação com a família da criança tem por finalidade trocar e discutir ideias, dialogar e conversar de maneira sensível, empática e honesta, com vista ao bom entendimento entre a equipe e a família”. No item 49, 86,8% das enfermeiras concordaram que: “reconheço que o grupo de apoio à família da criança facilita na relação com a equipe, diminui o estresse e uniformiza as informações a serem transmitidas”.

Rodriguez, Oliveira e Julião (2014), reforçam este resultado. As autoras apontam que a enfermeira é um dos profissionais que mais tempo permanece junto à criança na UTIP, conhece a evolução do seu estado de saúde, bem como os cuidados que são desenvolvidos. Com todo esse conhecimento, ela deve estar constantemente mantendo a família informada sobre a evolução da saúde da criança para que possam entender o que está sendo realizado.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem oferece amparo legal à enfermeira para que ela forneça informações de sua competência profissional, a pessoa e a família, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências sobre a assistência de enfermagem (COFEN, 2007).

Quando a enfermeira reconhece a importância de estar mantendo a criança e a família informada, garante-se o direito do usuário de saber sobre o diagnóstico, progresso e planos de tratamento. Azevedo (2014) acrescenta que essa concepção facilita as relações de reciprocidade, a família se sente valorizada e tem seus questionamentos esclarecidos.

Um dado que converge com estes resultados foi verificado na pesquisa de Oliveira et al (2010). Evidenciou-se que uma estratégia utilizada em algumas UTIP são os grupos de suporte e apoio à família como um recurso terapêutico que colabora na construção de prática assistencial acolhedora e mais humanizada. Constatou-se que nesse espaço, é promovido o respeito entre as pessoas, com troca de experiências, que podem ser significativas na compreensão das adversidades que acontecem durante a internação na UTIP.

Azevedo (2014) acrescenta que a reunião com familiares e equipe multiprofissional possibilita a criação de vínculo e estimula o desenvolvimento de confiança, como também são reforçados os papéis da equipe na UTIP, visando à melhoria do atendimento, com foco na recuperação da criança e o apoio à família.

Na UTIP é de suma importância que haja uma efetividade na transmissão de informações já que estas, muitas vezes, são complexas e detalhadas. Silva, Wegner e Pedro (2012) afirmam ser necessário que a enfermeira, pautada em seus conhecimentos, esclareça todas as dúvidas da família, pois esta tem o direito de receber informações, com uma linguagem de fácil compreensão e entendimento, conforme suas necessidades.

No item 47 da dimensão do componente cognitivo, com tendência positiva, foi identificado o conhecimento da enfermeira quanto ao direito de brincar e desfrutar de alguma forma de recreação. Verificou-se que 90,5% das enfermeiras concordaram que: “quando utilizo o brinquedo e atividades lúdicas, a criança extravasa seus sentimentos e interage de maneira mais tranquila”.

A enfermeira parece conhecer a importância de brincar durante a hospitalização na UTIP. O estudo de Maia, Ribeiro, Borba (2011), que objetiva compreender como ocorre a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico como instrumento de intervenção de enfermagem, corroborou com este resultado. As enfermeiras reconhecem que quando a criança brinca ocorrem interações significativas entre o profissional, à criança e sua família. Verifica-se que o espaço de internação é transformado e são identificados muitos benefícios, como: bem-estar, tranquilidade e diminuição do medo advindo da hospitalização.

Scaggion (2013), que desenvolveu pesquisa cujo objetivo foi compreender as vivências de crianças pré-escolares hospitalizadas em UTIP por meio do brinquedo terapêutico, afirma que na UTIP existem muitos aparatos tecnológicos, contudo, esses não impedem as crianças de brincarem e de terem curiosidade, mesmo quando os dispositivos hospitalares, principalmente os invasivos, as incomodam. Ainda a autora acrescenta, que quando a criança brinca durante a hospitalização na UTIP percebe-se a diminuição dos períodos de irritabilidade, do choro, melhora a ansiedade, aumenta a adesão ao tratamento e compreensão quanto aos cuidados a serem realizados.

Dois pesquisas identificam a importância do brincar durante a hospitalização e alicerçam este resultado. Verificou-se que criança na UTIP, normalmente possui um quadro clínico que pode ser visto como impeditivo a utilizar o brinquedo. No entanto, observou-se em muitas crianças que esse quadro não as incapacitou de manter uma interação com o meio, ficando acordadas e percebendo toda dinâmica da UTIP. Nesse contexto, as atividades lúdicas foram instrumentos de suma importância para que ela se esquecesse da dor e do sofrimento (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; SCAGGION, 2013).

Considerando o brincar e a recreação como direitos da criança hospitalizada (BRASIL, 2012b), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) alicerça legalmente a enfermeira para a utilização do brinquedo terapêutico durante a assistência, mediante a Resolução nº 295/2004, que regulamenta a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada. No seu artigo 1º aponta que – compete ao Enfermeiro que atua na área pediátrica, enquanto integrante da equipe multiprofissional de

saúde, a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas (COFEN, 2004).

A enfermeira da UTIP possui papel fundamental no incentivo e implementação do brincar e atividades lúdicas, pois as reconhece como coadjuvantes da qualidade do cuidado prestado e um direito da criança.

No item 61 da dimensão do componente cognitivo, identificou-se o direito da criança a não ser ou permanecer hospitalizada desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade e apresentou uma tendência positiva. Verificou-se que 85,7% das enfermeiras concordaram que: “quando a criança tem melhora do seu quadro clínico ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família”.

Com o restabelecimento do quadro clínico da criança, em que o cuidado intensivo não é mais necessário para a continuidade do seu tratamento, a transferência para uma unidade de menor complexidade é de suma importância e um direito. Na resposta do item 61, verificou-se que a maior parcela das enfermeiras reconheceu que a criança não permanece desnecessariamente internada na UTIP. Esta conduta diminui a exposição da criança a infecção cruzada por microorganismos multirresistentes, a permanência em um ambiente de alta complexidade e extremamente estressante.

Para a transferência, as instituições devem dispor de unidades de média e baixa complexidade, clínica e cirúrgica, e possuir leitos disponíveis para a continuidade dos cuidados. Outra opção, é a transferência para outra instituição pelos serviços de referência e contra-referência ou, dependendo do caso, retornar para o hospital de origem que solicitou a internação na UTIP.

4.3.2 Sentimentos da enfermeira frente aos direitos da criança na UTIP

A dimensão do componente afetivo permitiu a verificação dos sentimentos das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP. Ao analisar as médias das respostas das enfermeiras constatou-se que oito itens apresentaram tendências positivas, com respostas favoráveis a prática assistencial e dois itens com tendências conflitantes e que apresentaram indecisões referentes ao desenvolvimento da prática da enfermeira na UTIP.

Os sentimentos das enfermeiras frente ao direito da criança de permanência de seu pai, mãe ou responsável durante todo período de internação (BRASIL, 2004a), foram identificados

em seis itens da dimensão do componente afetivo. Cinco itens apresentaram tendências positivas e um item, tendência conflitante.

Nos cinco itens com tendências positivas foi identificado que: no item 14, 98,8% das enfermeiras concordaram que: “ valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois eles oferecem amor e carinho à criança”; no item 22, 82,1% discordaram com o item: “não compreendo o estado emocional do familiar/acompanhante da criança e prefiro o afastamento”; no item 36, 97,6% concordaram que: “me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família e valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP”; no item 54, 83,3% concordaram que: “conviver com a permanência do familiar/acompanhante na UTIP me deixa mais sensibilizada com a história de vida da criança e sua família”; e no item 86, 92,8% das enfermeiras concordaram que: “valorizo o familiar/acompanhante como um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP”.

Diante da tendência positiva dos itens apresentados, verificou-se que a maior porcentagem das enfermeiras valoriza a permanência da família junto à criança na UTIP, como uma parceira no desenvolvimento dos cuidados e como um cliente que necessita de atenção. Com essa perspectiva, está sendo garantido o direito da criança.

Silveira e Neves (2011) corroboram com estes resultados. As autoras apontam em sua investigação, que as enfermeiras se sensibilizam com a presença da família, pois esta tem papel importante na vida da criança, detendo a responsabilidade sobre o seu bem-estar emocional, físico e social.

Gomes, Erdmann e Busanello (2010), acrescentam que, sendo a família uma constante na vida da criança e uma referência, a enfermeira deve ter a sensibilidade para compreender todos os seus sentimentos vivenciados durante a internação da criança e identificar suas necessidades, o que conseqüentemente será um facilitador para que a família se adapte ao processo de hospitalização.

A enfermeira necessita ter equilíbrio emocional para lidar com os seus sentimentos, como também o sofrimento da criança e sua família durante a internação na UTIP. Supõe-se que ao vivenciar a história de vida desse binômio a enfermeira elabora a capacidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo seus sentimentos e reações, pois em muitos momentos a família encontra-se insegura e experiência a incerteza de recuperação da criança.

Ainda referente ao direito de permanência do familiar, o item 29 apresentou uma tendência conflitante. Apesar de ter verificado que 77,3% das enfermeiras discordaram de que: “sinto que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada”, identificou-se que 20,3% das enfermeiras concordaram e 2,4 ficaram indecisas.

Diante deste resultado, constatou-se que uma parcela das enfermeiras sentem que durante o desenvolvimento de assistência na UTIP, o familiar pode interferir negativamente no comportamento da criança. Supõe-se que esses sentimentos estão relacionados às dificuldades que a enfermeira tem em incluir a família na assistência e que, conseqüentemente, prejudicará o direito da criança em ser acompanhada durante todo período de internação.

Molina et al (2007), reforçam este resultado enfatizando que as enfermeiras sentem que quando a família não está bem preparada para vivenciar o processo de hospitalização na UTIP, ela pode reduzir os benefícios de sua presença junto à criança. Alves et al (2013), acrescentam que alguns profissionais percebem que determinadas crianças modificam o seu comportamento diante dos sentimentos negativos vivenciados pelo familiar.

A internação da criança na UTIP gera na família desequilíbrio emocional, sentimentos de desespero e esses são potencializados quando se tem dificuldades de compreender a doença e necessidade de hospitalização. Na pesquisa de Santos et al (2013), que investigou as vivências maternas na UTIP, esses sentimentos foram normalmente observados no início da internação, em que a mãe sente que perde o controle sobre a vida da criança e torna-se passiva no processo de cuidado.

Diante da situação vivida pela criança, a família se submete as regras institucionais e a equipe de saúde assume o poder de decisão sobre a terapêutica (SANTOS et al, 2013). Côté e Pettengill (2011, p. 828), acrescentam que a "família sente impotência e insegurança ao perceber que não está preparada para a tomada de decisão sobre as intervenções de saúde a serem realizadas na criança em UTIP, sobretudo quando estas envolvem algum risco de morte".

Para que esses sentimentos da família sejam amenizados, ela precisa ser incluída no cuidado e acompanhar o tratamento da criança. Percebendo a atuação eficiente da equipe de saúde e ser esclarecida quanto as suas dúvidas, a família adquire confiança e gradativamente muda seu comportamento (SANTOS et al, 2013).

A enfermeira tem papel fundamental nesse processo. Uma vez a família se sentindo fortalecida e menos ansiosa, será uma aliada durante a assistência e não mais vista como alguém que atrapalha e interfere no comportamento da criança. Desta forma, além da garantia de sua presença, será oferecido um atendimento integral a saúde da criança.

Os sentimentos da enfermeira frente ao direito de informação do familiar foram identificados em dois itens, com tendências positivas. No item 24, 88,1% das enfermeiras concordaram que: "sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele", e no item 62, 95,2% concordaram que: "valorizo os momentos de

conversa, escuta atenta e orientação à família durante o período de internação da criança na UTIP”. Ficou claro, diante destes resultados, que as enfermeiras durante a assistência na UTIP valorizam o acesso à informação e desenvolvem uma prática pautada no respeito à criança e sua família.

A investigação de Rodrigues et al (2014), corrobora com estes resultados. As autoras apontam que as interações entre a equipe e a família devem ser feitas de forma empática, com trocas recíprocas e mediadas pelo diálogo. Quando a enfermeira se coloca disponível e aberta, ela percebe e sente que essa troca é benéfica, passa a compreender melhor a família e proporciona a esta acesso a todas as informações que precisa.

Na pesquisa de Azevedo (2014) identifica-se que as mães se sentiram satisfeitas com as informações recebidas sobre a assistência a criança e isso permitiu a sensação de acolhimento, segurança e de estarem mais preparadas para ajudar no processo terapêutico.

Por outro lado, no estudo de Figueiredo et al (2013) que investiga a comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho, identificou-se dificuldades quanto ao direito à informação e que vão contra aos resultados deste estudo. Verificou-se que as mães demonstraram que gostariam de receber mais informações sobre a hospitalização dos seus filhos e que informações vagas foram um grande gerador de ansiedade. As mães relataram que alguns profissionais não tinham a menor sensibilidade e preocupação em orientá-las, realizando os cuidados de forma técnica e sem nenhum tipo de esclarecimento.

O diálogo, muitas vezes, é inviabilizado pela falta de informação e tem como resultado uma grande preocupação por parte da família por não entender o que realmente está acontecendo com a criança (LIMA et al, 2010).

Diante do exposto, e dos resultados apresentados neste estudo, identificou-se uma tendência das enfermeiras das UTIP do Município do Rio de Janeiro, em valorizar e garantir o direito a informação da família (BRASIL, 2004a), mediante ao diálogo e orientação durante o período de internação.

Referente ao direito de preservação dos seus objetos pessoais e direito de receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família (BRASIL, 2004a), no item 39 com tendência positiva, constatou-se que 86,9% das enfermeiras concordaram que: “valorizo a permanência no leito de imagens, orações, dentre outros objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança”.

Quando a enfermeira valoriza e respeita a espiritualidade do outro, está se assistindo de forma ética, em que o cuidado vai além das demandas biológicas e patológicas do corpo

(GOMES; SANTO, 2013). Diante do potencial risco de morte que ronda o quadro clínico da criança grave na UTIP, o familiar encontra-se em um momento de fragilidade e busca apoio em suas crenças e na religião (RODRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014).

Diante do resultado do item 39 com tendência positiva, supõe-se que a enfermeira possui suas próprias crenças e está mais aberta a respeitar a crença do outro. Lima e Silva (2014) apontam que uma estratégia de enfrentamento utilizada pelos profissionais de UTIP é a espiritualidade. Ela é vista como uma aliada frente a situações desafiantes do cuidado intensivo, que não dependem apenas da sua assistência e da tecnologia.

A criança e a família que vivenciam o dia a dia da UTIP buscam apoio na espiritualidade. A fé é uma aliada no seu fortalecimento frente a um prognóstico incerto. Na prática, a família deixa perto da criança objetos e símbolos de suas crenças e observa-se que estes são mantidos pela enfermeira e sua equipe. A sensibilidade da enfermeira em valorizar a crença da criança e sua família, permite que seja respeitada a dignidade da pessoa humana e, oferecido um cuidado humanizado e integral.

Quanto ao direito a respeito e a dignidade da criança constatou-se uma tendência conflitante nos sentimentos das enfermeiras durante o desenvolvimento de sua prática assistencial e identificado no item 78 da dimensão do componente afetivo. Verificou-se que apenas 58,4% das enfermeiras discordaram que: “prefiro cuidar de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam”. Concordaram que preferem 30,9% e 10,7% das enfermeiras permaneceram indecisas.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº7498/86 uma das atividades privativas da enfermeira é prestar cuidados a pacientes graves com risco de vida, de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos científicos e demandam de tomada de decisões imediatas (BRASIL, 1986).

O resultado apresentado neste item é preocupante na UTIP, visto que a gravidade do quadro clínico não está associada ao estado de vigília da criança. Muitas crianças estão gravemente enfermas e dependentes de alguma tecnologia, porém permanecem acordadas e atentas ao ambiente da UTIP.

Supõe-se que a preferência por parte das enfermeiras em cuidar de crianças graves e sedadas tem relação estreita com o fascínio pelo aparato tecnológico e porque essas são vistas como os pacientes que demandam um menor cuidado relacional. Outro aspecto, é que normalmente a família da criança grave e sedada não permanece constantemente ao seu lado na UTIP.

Este resultado foi semelhantemente encontrado na pesquisa de Silva, Chernicharo, Silva e Ferreira (2012), que analisou os discursos de enfermeiras sobre humanização na unidade de terapia intensiva. Os autores apontam que as enfermeiras relataram dificuldades de interação com pacientes que permanecem acordados e interagem durante o tratamento no cuidado intensivo. Identificou-se que estes pacientes acabam vivenciando um sentimento de isolamento e muitas vezes são colocados em segundo plano, e que suas demandas interativas tinham um tom negativo no discurso das enfermeiras.

O relato de uma enfermeira, neste mesmo estudo, traduziu o resultado encontrado no item 78 da dimensão do componente afetivo. Em seu depoimento, ela prefere cuidar de pacientes mais sedados e graves, e acrescenta que por assumirem múltiplas funções, entre as burocráticas e assistenciais, os pacientes acordados são os últimos a serem vistos, pois demandam de maior atenção (SILVA; CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2012).

Constatou-se, diante do resultado apresentado, que a abordagem assistencial de parte das enfermeiras pode estar centrada na doença e na cura da criança, o que, conseqüentemente, traz impacto no seu modo de agir e assistir na UTIP. Muitas vezes, observa-se que o cuidado é mais objetivo do que subjetivo, em que a tecnologia pode ser uma condutora das ações da enfermeira.

Diante do exposto, verifica-se o desrespeito à singularidade da criança, que quando acordada pode se agitar, chorar, ficar mais irritada, demandando de muita atenção, de um cuidado ético, seguro e que assista integralmente suas necessidades de saúde. A enfermeira deve estar pronta e disponível para cuidar de todas as crianças internadas na UTIP, independente do seu quadro clínico e nível de sedação.

4.3.3 Comportamentos da enfermeira frente aos direitos da criança na UTIP

A dimensão do componente comportamental, composta por dez itens, apresentou o comportamento e as ações das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP. Nesta dimensão, verificou-se que seis itens apresentaram tendências positivas, com respostas favoráveis a prática e quatro itens com tendências conflitantes, com indecisões referentes ao desenvolvimento da prática assistencial da enfermeira na UTIP.

A média das respostas das enfermeiras na referida dimensão (M= 39,33 / DP= 6,92) foi menor do que na dimensão do componente cognitivo (M= 41,94 / DP= 4,74) e afetivo (M= 43,11 / DP= 5,34). A frequência das respostas das enfermeiras no maior nível de resposta (5), seja concordo totalmente ou discordo totalmente, apresentaram oito itens (8, 51, 60, 63,

68, 76, 79, 85) com porcentagens inferiores a 50%. Esta constatação revelou que existe uma distância entre o que se conhece e sente daquilo que é aplicado na prática, corroborando com o resultado apresentado na análise de variância.

Nesta dimensão da EAEDC-UTIP, foram verificados os aspectos da prática na UTIP que direciona a reflexão quanto à importância do papel da enfermeira enquanto líder de equipe. Na UTIP a enfermeira desempenha tanto a função assistencial, quanto a de gerência, liderando a equipe de enfermagem.

A liderança é definida como a forma de conduzir o trabalho e a capacidade de exercer influência sobre alguém ou um grupo de pessoas que trabalham para atingir os mesmos objetivos. Um líder é aquele capaz de influenciar na conduta dos demais membros de sua equipe, em um processo individual ou coletivo, na busca de um trabalho coeso e comprometido (SOUZA E SOUZA et al, 2013).

Com essa perspectiva, supõe-se que todas as ações da enfermeira podem, de alguma forma, influenciar a equipe, na condução do cuidado dispensado a criança e sua família da UTIP. Observa-se na prática que a equipe tem a enfermeira como exemplo e tende a reproduzir suas ações. Este apontamento é relevante quando trata-se do comportamento da enfermeira frente aos direitos da criança na UTIP.

O comportamento da enfermeira frente aos direitos da criança quanto o respeito à sua integridade física, psíquica e moral, e de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva (BRASIL, 2004a), foram identificados nos itens 8 e 76, que apresentaram tendências conflitantes. No item 8, 70,2% das enfermeiras concordaram que: “antes da realização dos cuidados explico para criança, sedada ou em coma, tudo o que será realizado”, contudo, 27,4% discordaram e 2,4% ficaram indecisas. No item 76, 63% das enfermeiras discordaram que: “realizo o procedimento na criança grave e não explico para ela o que está sendo feito”, porém, 37% concordaram.

Diante deste resultado, identificou-se que a maior parte das enfermeiras se preocupa em estar informando a criança sedada, antes e durante a realização dos procedimentos, tudo o que está sendo realizado, e garantindo o seu direito. Por outro lado, uma porcentagem representativa das profissionais parece tender a um trabalho mecânico e focado na realização técnica do procedimento, não vislumbrando a criança como um ser repleto de peculiaridades, que vão além do corpo adoecido.

A enfermeira tem o papel fundamental em estar informando para criança tudo o que está acontecendo e sendo feito nela, e oferecer uma assistência que gere o menor sofrimento

físico e emocional em sua vida. Soares et al (2014), afirmaram em sua pesquisa, que no cenário da UTIP, a criança fica permanentemente exposta a um grande impacto psíquico e físico causado pelo medo, ansiedade, distúrbios de comportamento e sono, dor, imobilização no leito, excessiva manipulação para realização dos cuidados e procedimentos invasivos.

Pautado nos dados apresentados, a enfermeira deve atuar, durante todo o desenvolvimento da assistência, observando a criança de forma sensível, estando disposta a oferecer um atendimento integral e que supere a ação mecanicista ainda identificada no comportamento de algumas profissionais na UTIP. Gomes, Queiroz, Bezerra e Souza (2012), corroboram com esses resultados, quando apontam que os profissionais precisam atuar para além do cuidado com o corpo adoecido. As autoras acrescentam que se devem utilizar técnicas adequadas de comunicação verbal e não verbal, e de relacionamento, para atender os aspectos psicológicos e emocionais da criança.

A tendência conflitante verificada nestes itens, foi semelhantemente constatada no estudo de Schneider, Bielemann e Quadros (2008), que tem como objetivo conhecer a comunicação estabelecida pela equipe de enfermagem para desenvolver o relacionamento interpessoal com paciente internado na UTI. As autoras ressaltam que o sistema organizacional da unidade pode ter direcionado a enfermagem a um atendimento mecanicista, não priorizando a individualidade do ser humano. E que a equipe relatou que agem e realizam os cuidados, independente da opinião do paciente e sua família.

Supõe-se que o comportamento mecânico, sem reflexão de algumas enfermeiras, e a ausência de avaliação do cuidado, pode gerar inúmeras consequências negativas para a criança. Dentre elas destaca-se o desrespeito a sua privacidade (RODRIGUEZ et al, 2014), a interrupção do sono (PAIVA, 2014) e a dor (BARROS et al, 2013), visto que a criança grave é submetida a inúmeros procedimentos invasivos.

Ressalta-se que, a criança tem direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la (BRASIL, 2004a). Murakami e Campos (2011), apontam em sua investigação, que alguns procedimentos podem ser intensamente dolorosos e causar na criança angústia e aumento do sofrimento, principalmente, por não entender o que está acontecendo em seu corpo, podendo inclusive, agravar os sintomas clínicos da doença.

Diante do exposto, as ações da enfermeira durante o desenvolvimento da assistência na UTIP devem ser direcionadas ao respeito à criança como ser humano, com a preservação de sua integridade física, psíquica e moral, e sendo informada constantemente sobre os cuidados e tratamento desenvolvidos. Se a enfermeira avaliar que a criança não tem condições

de receber as informações sobre seu tratamento, as mesmas devem ser compartilhadas com a família.

No item 17, da dimensão do componente comportamental, foi identificado o comportamento das enfermeiras frente ao direito da criança ser respeitada como ser humano e com dignidade. Constatou-se uma tendência positiva, em que 94% das enfermeiras concordaram que: “respeito à opinião de crianças lúcidas internadas na UTIP”. Este resultado retratou que as enfermeiras desenvolvem a assistência levando em consideração o que é melhor para a criança e seus desejos, quando estas podem se comunicar.

Carnevale (2012) aponta reflexões que alicerçam os resultados apresentados neste item. O autor deixa claro, que durante a assistência deve-se respeitar a autonomia da criança, mediante seu assentimento e a deixando livre para aceitar, escolher ou negar os cuidados.

A criança deve ser informada sobre a importância e necessidade do seu tratamento pela enfermeira, para que juntamente com sua família façam a melhor escolha. Sabe-se que muitos procedimentos são necessários para o tratamento na UTIP e não podem deixar de ser realizados, com isso, torna-se necessário sempre levar em conta os seus benefícios para a qualidade de vida e a saúde da criança.

Diante deste contexto, a enfermeira tem o papel em ajudar a criança a compreender o tratamento e aceitar com menos conflitos o que será realizado. Carnevale (2012) acrescenta que as decisões sobre o tratamento devem ser baseadas no que é melhor para a criança, pautado no princípio do melhor interesse, em que os benefícios do cuidado devem transcender os potenciais danos, protegendo assim a criança que encontra-se vulnerável durante a hospitalização.

Um posicionamento divergente a estes resultados foi constatado na pesquisa de Coa e Pettengill (2006). As autoras verificaram, durante o desenvolvimento da assistência, que em vários momentos a criança não foi ouvida e os procedimentos foram realizados a força e sem explicações. As enfermeiras não valorizaram a capacidade da criança em entender a necessidade dos cuidados e relataram que omitiram as informações para proteger a criança.

Martinez, Tocantins e Souza (2013), corroboram com a tendência positiva do comportamento das enfermeiras neste item. As autoras apontam que para o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito, deve-se falar com a criança de maneira tranquila, com um discurso verdadeiro e escutando sua opinião, o que possibilita a diminuição de sua ansiedade e aceitação ao tratamento.

Diante da constatação do respeito à opinião da criança pela maior porcentagem das enfermeiras, permite supor que está sendo oferecido um cuidado holístico e integral. A

atuação da enfermeira de forma sensível, com reconhecimento das expressões da criança e respeito as suas principais necessidades, fornece subsídios para a promoção de uma assistência humanizada, acolhedora e que garanta seus direitos.

Em relação ao comportamento da enfermeira frente ao direito da criança ao atendimento integral de saúde, foram identificados três itens com tendências positivas. O item 19, evidenciou que 84,6% das enfermeiras concordaram que: “demonstro para o familiar/acompanhante o meu interesse pela história de vida da criança”. No item 60, 86,9% das enfermeiras concordaram que: “atendo todas as necessidades de saúde da criança na UTIP oferecendo assistência de maneira individualizada e humanizada”, e no item 79, 81% concordaram que: “ofereço assistência à criança na UTIP, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais”.

Os resultados verificados nos itens demonstram uma tendência das enfermeiras em desenvolver uma assistência integral a saúde da criança contemplando a família nos cuidados e oferecendo uma assistência que atenda todas as suas necessidades.

Esta mesma tendência positiva foi identificada na investigação de Mendes e Martins (2012). As autoras corroboram com este resultado, quando apontam que para um cuidar em pediatria a enfermeira precisa desenvolver sua assistência em parceria com os pais e que essa parceria é uma condutora para o atendimento integral a saúde da criança. Outro estudo que converge com estes dados é o de Pontes, Couto, Lara e Santana (2014). Nesta investigação foi evidenciado que os profissionais têm um papel importante no processo de cuidar e que o trabalho em equipe, com trocas de experiências e saberes, vislumbra a criança como um todo e possibilita um atendimento integral.

Diante do resultado apresentado, ficou evidente que a enfermeira conduz sua assistência para além das necessidades físicas e biológicas do corpo adoecido da criança, contemplando também suas necessidades psicossociais e espirituais, e respeitando o direito da criança a um atendimento integral a saúde.

O direito de brincar e desfrutar de alguma forma de recreação (Brasil, 2004a) foi identificado em dois itens da dimensão do componente comportamental. No item 51, que apresentou uma tendência conflitante, 54,7% das enfermeiras concordaram que: “durante a realização de procedimentos na UTIP, utilizo o brinquedo para distrair a criança”, porém 35,8% discordaram e 9,5% permaneceram indecisas. No item 63, com tendência positiva, 82,1% das enfermeiras, concordaram que: “estabeleço uma interação com a criança na UTIP utilizando brinquedos, desenhos e músicas”.

Os resultados destes itens evidenciaram uma oscilação no comportamento das enfermeiras, entre uma tendência positiva e conflitante, frente ao direito de brincar. Ao mesmo tempo em que a maior parcela das enfermeiras apontou que usam o brinquedo como forma de interação, parece que uma parte não os utilizam como um instrumento terapêutico durante a realização dos cuidados e procedimentos.

Gomes, Queiroz, Bezerra e Souza (2012), apontam em sua investigação que interagir com a criança mediante o brinquedo, permite que ela exteriorize o que sente durante o processo de hospitalização, diminuindo a resistência ao tratamento e a tornando mais cooperativa. As atividades lúdicas durante a internação estimulam o desenvolvimento cognitivo, afetivo, psicomotor e social da criança e proporciona um cuidado humanizado. Este apontamento corrobora com a tendência positiva do comportamento das enfermeiras, em que houve o predomínio de profissionais se utilizam deste recurso para uma interação benéfica com a criança durante a assistência.

Entretanto, a tendência conflitante no comportamento de parte das enfermeiras mostrou que elas podem estar utilizando as atividades lúdicas de forma restrita, com ações desarticuladas ao cuidado. Esta constatação, converge com a pesquisa de Jansen, Santos e Favero (2010), que enfoca as dificuldades da implantação e implementação de uma prática assistencial que utilize o brinquedo de forma terapêutica, devido à restrição de recursos humanos, estruturais e materiais. As autoras ainda acrescentam que essas dificuldades não deveriam ser empecilhos para a restrição do direito de brincar.

O brincar deve ser utilizado como uma intervenção terapêutica e facilitadora de interação, continuamente durante o período de hospitalização. Desta maneira, este direito da criança estará sendo garantido de forma integral.

O direito de proteção à vida e a saúde da criança foi identificado em um item com tendência conflitante do comportamento das enfermeiras. O item 68, mostra que 70,2% das enfermeiras concordaram que: “participo das decisões sobre o tratamento da criança e condutas a serem tomadas mediante discussões com a equipe multiprofissional da UTIP”. Destaca-se que 26,2% das enfermeiras discordaram e 3,6% ficaram indecisas.

Identificou-se, diante deste resultado, que houve o predomínio de enfermeiras que se envolvem nas tomadas de decisões sobre o tratamento da criança, contudo, uma parcela apontou que não participam. A enfermeira é um dos pilares na assistência oferecida a criança na UTIP atuando constantemente na realização dos cuidados e para isso, precisa estar envolvida nos processos decisórios do tratamento.

Cardoso (2009), identificou em seu estudo, ações que convergem com a tendência conflitante do comportamento de algumas enfermeiras neste item. A autora apontou que na UTIP a enfermeira não possui autonomia para questionar, discutir e deliberar condutas terapêuticas junto com a equipe médica e acabam tendo uma participação inexpressiva neste processo.

Um dos contextos que observa-se a restrita participação da enfermeira é no processo decisório de final de vida na UTIP. Evidencia-se uma falta de comunicação e envolvimento entre os membros da equipe multiprofissional e a enfermeira, e esta percebe que sua opinião na condução do cuidado a criança grave é desvalorizada (BECKSTRAND; RAWLE; CALLISTER; MANDLECO, 2010).

A enfermeira durante sua prática assistencial faz o diagnóstico, implementação e intervenção durante os cuidados, para atender as necessidades de saúde da criança. Ela é um dos membros da equipe de saúde que possui muitos conhecimentos sobre o que está acontecendo durante a hospitalização. Assim, sua participação nas decisões durante o tratamento é fundamental, para fazer com que a criança seja atendida em sua integralidade e protegida na UTIP.

O comportamento da enfermeira frente ao direito da criança a proteção contra maus tratos, foi identificado no item 85, e apresentou uma tendência positiva. Neste item, 76,2% das enfermeiras concordaram que: “ao identificar na UTIP que a criança sofre maus tratos aciono o conselho tutelar”.

Diante da identificação de casos de violência contra a criança na UTIP, a maior parcela das enfermeiras aciona o conselho tutelar. O ECA (BRASIL, 2012) deixa claro o papel das instituições de saúde e profissionais da esfera pública, em identificar e notificar os casos de maus-tratos e criar estratégias para proteger a criança e sua família.

Na pesquisa de Cocco, Silva, Jahn e Poll (2010) que analisa as estratégias de cuidados adotadas com crianças vítimas de violência, verifica-se resultados que convergem com a tendência positiva do comportamento da maioria das enfermeiras.

Os autores apontam que a enfermeira, diante de uma identificação de violência, acolhe a criança e direciona as ações dos cuidados a serem realizados pela equipe de enfermagem. Outro cuidado é a solicitação de avaliação médica, que conduz o tratamento e prescreve os primeiros medicamentos. As enfermeiras têm a preocupação e obrigação de acionar e comunicar o caso de violência aos órgãos de proteção à criança, como o Conselho Tutelar (COCCO; SILVA; JAHN; POLL, 2010).

Outros órgãos públicos, como o Juizado da Infância e Adolescência, e a Promotoria Pública, devem ser acionados, com o propósito de que o caso de violência seja combatido e não restrinja-se apenas a resolução do transtorno clínico no âmbito hospitalar (COCCO; SILVA; JAHN; POLL, 2010).

Cocco, Silva, Jahn (2010), abordam em estudo que analisa o fluxo da assistência em instituições hospitalares a crianças vítimas de violência, que 91,66% dos profissionais de saúde conhecem a existência da ficha de notificação compulsória específica para registrar os casos de maus-tratos. Contudo, identificou-se um dado que diverge com o resultado apresentados no item 85, em que apenas 25% dos enfermeiros relataram que é de sua responsabilidade o preenchimento da ficha. Vale destacar, que o preenchimento deste documento é de responsabilidade de todos os profissionais da equipe de saúde.

Neste contexto, cabe salientar que para proteção da criança na UTIP, contra a ocorrência de maus-tratos, a enfermeira deve compreender os aspectos que geram a violência contra a criança e suas diferentes formas, para que possa identificar e direcionar a necessidade de cuidados específicos e oferecer um atendimento integral.

4.4 COMENTÁRIOS FINAIS

Após a discussão das tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP foi verificado um padrão de respostas positivas das enfermeiras nos itens das três dimensões da EAEDC-UTIP, apesar de constatar tendências conflitantes e negativa.

Os resultados indicam que as enfermeiras conhecem a importância dos direitos, os seus desdobramentos na prática, estabelecem e valorizam as relações com a criança e sua família durante a internação na UTIP. Contudo, identificou-se que alguns dos seus comportamentos e ações no desenvolvimento de sua prática ainda não estão caminhando em sua totalidade para a efetivação dos direitos da criança durante a internação.

Na garantia dos direitos da criança, supõe-se que estes comportamentos podem ter influências diretas e indiretas de vários fatores como: filosofia institucional e estrutura física da unidade; características individuais e pessoais da enfermeira; demanda de cuidado desenvolvido pela enfermeira; resistência a mudanças pelas equipes de enfermagem e de saúde; restrição de atuação das equipes de apoio e recursos materiais.

A lacuna existente entre conhecimentos e comportamentos permitiu refletir que durante a formação profissional da enfermeira, o conhecimento teórico aplicado na disciplina de saúde da criança, muitas vezes, pode-se distanciar da realidade da assistência à criança na UTIP. A deficiência de uma formação em que se articulem o conhecimento teórico com a prática e de profissionais capazes de integrar e aplicá-los no cuidar na UTIP, gera um impacto negativo e conflitante no desenvolvimento da assistência e conseqüentemente, em ações que dificultem a efetivação da garantia dos direitos da criança.

Verificar a tendência do componente afetivo da atitude, permitiu supor que ela seja intrínseca a enfermeira e provavelmente relacionada a aspectos pessoais, aos processos de formação e vocacionais da profissão. As enfermeiras que atuam na UTIP parecem ter uma maior predisposição a estabelecer relações afetuosas e valorizar o outro frente à situações complexas de sofrimento e doença, e tendem a estabelecer relações empáticas com a criança e sua família.

As tendências conflitantes identificadas nas respostas do componente comportamental pode ser provavelmente um indicativo da complexidade que a garantia dos direitos da criança na UTIP representa para enfermeira. Isto reflete em ações variadas, com conflitos e muitas vezes são determinadas pela abordagem assistencial adotada pela enfermeira no desenvolvimento de sua prática.

5. CONCLUSÕES

A inquietação inicial desta pesquisa foi verificar as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP e o grande desafio para chegar a esse resultado foi à construção e validação de um instrumento que permitisse a análise de aspectos subjetivos da prática cotidiana da enfermeira na UTIP, mediante dados quantitativos, para responder essa inquietação.

Sabe-se que esta pesquisa poderia ter encerrado no “estudo 1”, visto a relevância da construção e validação da EAEDC-UTIP, contudo, para colaborar ainda mais com a prática assistencial na UTIP, decidiu-se prosseguir e analisar no “estudo 2” a tendência dos componentes das atitudes das enfermeiras.

A realização deste estudo foi de suma importância por identificar a carência de publicações que abordem como objeto central de investigação a temática dos direitos da criança na UTIP e, principalmente, o reduzido número de instrumentos para a análise quantitativa das tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras. Pesquisas qualitativas desenvolvidas no cenário do cuidado intensivo já apontavam para a necessidade de se repensar a prática assistencial frente aos direitos da criança na UTIP e este estudo veio comprovar tais achados.

A EAEDC-UTIP construída atendeu e respeitou todas as etapas de análises psicométricas, e possui um poder de confiabilidade satisfatório, comprovado pelo valor de Alfa de Cronbach de 0,867 na escala em geral e valores adequados para as três subescalas. A validade de conteúdo e de constructo foi assegurada pelos resultados da validação teórica realizada por juízes/especialistas e análises estatísticas desenvolvidas.

Considera-se que sua construção preencheu uma lacuna no campo das medidas atitudinais de enfermeiras de UTIP e que as três dimensões da escala permitiram verificar o que as enfermeiras conhecem, sentem e como se comportam frente aos direitos da criança.

Os resultados apresentados no “estudo 2” permitiram concluir que as propriedades de medidas da EAEDC-UTIP mostraram-se adequadas para sua aplicação em uma amostra de enfermeiras de UTIP e, conseqüentemente, a análise dos direitos da criança neste espaço de atendimento.

Os conhecimentos, sentimentos e comportamentos das enfermeiras frente aos direitos da criança apresentaram um predomínio de respostas com tendências positivas. Pode-se verificar que na UTIP o direito da criança de ser acompanhada integralmente durante a hospitalização tem sua importância reconhecida pela enfermeira e esta estabelece relações

com a família pautadas no respeito, com trocas efetivas e a garantia de informação. Porém, os resultados mostraram que esse direito ainda é um entrave no desenvolvimento da prática assistencial, tanto relacionado à permanência da família junto à criança, como a sua inserção nos cuidados, para a oferta de um atendimento integral a saúde.

Constatou-se uma tendência das enfermeiras em desenvolver sua assistência para o atendimento das necessidades biopsicossociais e espirituais da criança, e ao respeito a sua opinião, contudo, os resultados evidenciaram que parte das participantes não valoriza o cuidado relacional, com trocas efetivas. Verificou-se que o cuidado a criança grave pode estar privilegiando os aspectos biológicos do corpo adoecido e a tecnologia, não contemplando suas peculiaridades e necessidades de saúde. Este resultado retratou a fragilidade da proteção física, psíquica e moral da criança, como também ao respeito a sua dignidade como ser humano durante o processo de adoecimento.

Parte das enfermeiras apontou que não participam dos processos decisórios do tratamento da criança junto à equipe multiprofissional. Este achado indicou que as enfermeiras em sua totalidade não utilizam este espaço para se posicionar em busca de benefícios para o melhor cuidado a criança e advogar em favor a sua proteção.

Verificou-se que o brincar, como um direito, tem sua importância reconhecida e é utilizado na interação com a criança, contudo, parte das enfermeiras não os utiliza como instrumento terapêutico durante a assistência, o que interfere na garantia deste direito integralmente. Os resultados também demonstraram que as enfermeiras reconhecem que a criança não permanece internada na UTIP desnecessariamente e respeitam o direito a proteção contra maus tratos, quando verificou-se que a maior parcela das participantes referiram acionar o conselho tutelar.

Conclui-se que as enfermeiras desenvolvem uma prática assistencial que privilegia a efetivação dos direitos da criança na UTIP, no entanto, uma parcela significativa destas profissionais caminha na contramão desta efetivação.

A enfermeira pediatra deve se instrumentalizar sobre os direitos da criança contidos no ECA e na Resolução 41/95 do CONANDA. Ela tem o dever de ser uma agenciadora das políticas públicas de proteção à infância durante a hospitalização da criança, sendo capaz de fazer com que as pessoas, a sua volta, percebam suas atitudes e juntas, caminhem com o mesmo objetivo. Diante deste apontamento e dos resultados apresentados, permite-se considerar a necessidade do estabelecimento de estratégias que subsidie a prática assistencial das enfermeiras para a efetivação dos direitos da criança na UTIP.

Acredita-se que a realização de algumas transformações no cotidiano assistencial da UTIP depende de alianças feitas pela enfermeira, com a equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional, para que juntos planejem a assistência para o atendimento das necessidades de saúde da criança de forma integral e em favor de sua proteção.

Uma importante estratégia é a construção de espaços de discussão entre os membros da equipe da UTIP para que a enfermeira possa se posicionar frente a aspectos que dificultam a efetivação dos direitos da criança e fazê-las refletirem sobre suas preocupações e limitações no desenvolvimento de sua prática assistencial.

Os resultados das tendências dos componentes das atitudes das enfermeiras indicam aspectos importantes para subsidiar a elaboração de programas de treinamento. Diante disto, propõe-se a elaboração de um curso de atualização para as enfermeiras, das instituições campos de coletas de dados, a fim de apresentar os resultados da pesquisa e contribuir, mediante o desenvolvimento de atividades que estimulem a reflexão das enfermeiras, para a transformação de sua prática assistencial e melhoria da efetivação dos direitos da criança na UTIP.

Sugere-se a inclusão da temática dos direitos da criança hospitalizada nos cursos de graduação e pós-graduação, e que sejam articulados desde a formação da enfermeira com a prática assistencial. Recomenda-se a capacitação periódica das enfermeiras de UTIP, assegurando que elas tenham conhecimentos científicos sobre a temática dos direitos da criança.

Embora os objetivos desta pesquisa tenham sido alcançados, torna-se necessário reconhecer algumas limitações do seu desenvolvimento, como por exemplo, o número reduzido de participantes. Destaca-se que a amostra utilizada é apenas representativa da realidade dos hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro, não podendo ter seus resultados generalizados, como também o número reduzido de participantes pode ter influenciado no desenvolvimento das análises estatísticas e seus resultados.

Outra limitação, foi a forma de aplicação do questionário, visto a complexidade para acessar as enfermeiras durante suas atividades na UTIP. Sugere-se que a aplicação do questionário aconteça em momento distinto do dia de trabalho, para que se tenha controle do tempo de aplicação e que possibilite seu preenchimento com mais tranquilidade. Considera-se que as limitações deste estudo, apesar de evidentes, não invalidaram ou comprometeram o alcance dos seus objetivos, mas necessitam de atenção em futuras pesquisas.

A construção e validação deste instrumento para mensuração de fenômenos subjetivos da prática cotidiana das enfermeiras de UTIP e análise dos direitos da criança hospitalizada, foi um processo longo e que exigiu várias etapas para seu o desenvolvimento. Apesar disto, aponta-se que esta investigação não se encerra com estes resultados, tornando-se importante seu aprofundamento com estudos sequenciais.

Esta pesquisa é considerada um ponto de partida para futuros estudos com a mesma natureza. Pautados nestes resultados, devem ser desenvolvidas novas investigações, como um desdobramento desta pesquisa, para melhor compreensão sobre a temática dos direitos da criança. Sugere-se que em futuras pesquisas sejam realizadas correlações entre as características dos participantes e as tendências das atitudes das enfermeiras, para se verificar suas possíveis influências na prática assistencial do cuidado intensivo.

Pela EAEDC-UTIP ser um instrumento recém-construído, recomenda-se que seja aplicada em diferentes amostras de enfermeiras e de UTIP distribuídas pelo Brasil, com a finalidade de ter seus resultados confirmados, comparados e receber ajustes necessários para melhoria das qualidades psicométricas da escala. Com novas aplicações em outras regiões do país e serviços de saúde distintos do estudado, como por exemplo, as instituições privadas, os resultados permitirão que se tenha um panorama amplo da efetivação dos direitos da criança na UTIP em diferentes realidades brasileiras.

REFERÊNCIAS

AACN. American Association of Critical Care Nurses. **Membership Demographics**. 2014. Disponível em <<http://www.aacn.org/wd/memberships/content/membership-demographics.content>>. Acesso em: 04 de abril 2015.

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Edição Revista e Ampliada 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-68, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 10 de abril 2015.

ALSAWALMEH, Y.M.; FELDT, L.S. A modification of Feldt's test of the equality of two dependent alpha coefficients. **Psychometrika**, Madison, v. 59, no. 1, p. 49–57, 1994.

ALVES, M.V.M.F.F. et al. Experiencia vivida por los familiares con la internación de niños en la Unidad de Cuidado Intensivo **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 31, no. 2, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de abril 2015.

ARAÚJO, A.P. **A família frente ao pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca infantil: perspectivas para o saber da enfermagem pediátrica**. 2003. 92 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

AZEVEDO, M.S.N. **O empoderamento de mães de crianças numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**. 2014. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, E.C.V.; RODRIGUES, B.M.R.D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004.

BARROS, D.M. et al. Crianças hospitalizadas: características do manejo da dor pela equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE** ., Recife, v. 7, n. esp, p. 6197-205, out., 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4090>>. Acesso em: 24 de abril 2015.

BARROS, M.C; NATIVIDADE, J.C.; HUTZ, C.S. Construção e validação de uma medida de papéis de gênero. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 12, n. 3, p. 317-24, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 de abril 2015.

BECKSTRAND, R.L.; RAWLE, N.L.; CALLISTER, L.; MANDLECO, B.L. Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. **American Journal of Critical Care**, Columbia, v. 19, no. 6, p. 543-552, nov. 2010.

BELLUCCI JUNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>>. Acesso em: 13 de abril 2015.

BERNARDINO, E. et al. Adaptação transcultural e validação do instrumento Conditions of Work Effectiveness - Questionnaire-II. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p.1112-18, set./out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1112.pdf>. Acesso em: 18 de abril 2015.

BOMBARDA, F. A condição da criança e do adolescente em situação de risco no Brasil: uma leitura histórico - legislativa. **Anais Eletrônicos...** São Paulo: UNESP, 2008. Disponível em <http://www.alb.com.br/anais17/txtcompletos/sem19/COLE_1810.pdf>. Acesso em: 10 de junho 2013.

BONILHA, L.R.C.M.; RIVORÊDO, C.R.S.F. Puericultura: duas concepções distintas. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 7-13, jan./fev. 2005.

BORGES, J.W.P. et al. Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1076-1082, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1076.pdf>. Acesso em: 12 de abril 2015.

BRASIL.Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil**: Carta de Lei de 25 de Março de 1824. Disponível em <<http://www.dircost.unito.it/cs/docs/Brasile%201824.htm>>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

_____. Constituição (1934). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**: 16 de julho de 1934. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

_____. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**: 10 de novembro de 1937. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

_____. **Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**: Código Penal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

_____. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**:18 de setembro de 1946. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao46.htm>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

_____. **Lei nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964:** Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporando o patrimônio e as do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L4513.htm>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

_____. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil:** 14 de janeiro de 1967. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

_____. **Lei Nº 7.498/86.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em:<<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988:** 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 2012a.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução n. 41, de 13 de outubro de 1995.** Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Resoluções, junho de 1993 a setembro de 2004. Secretaria Executiva do CONANDA, Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº3432 de 12 de agosto de 1998:** Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Disponível em: <<http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

_____. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução n.º 002 de 2003.** Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/satepsi/CD_testes/pdf/Resolu%E7%E3o%20CFP%20n%BA%20002-03%20-%20sem%20anexo.pdf>. Acesso em: 10 de abril 2015.

_____. Coordenadoria da Infância e da Juventude. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 3ª ed. Santa Catarina: Tribunal da Justiça, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012,** do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012c.

BUCCHI, S.M.; MIRA, V.L.; OTRENTI, E.; CIAMPONE, M.H.T. Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 381-87. 2011.

CARDOSO, S.B. **Perspectiva da enfermagem acerca da abordagem assistencial:** O caso da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ.

2009. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CARNEVALE, F. Considerações éticas em enfermagem pediátrica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 37-47, jul. 2012.

CARVALHO, E.M.G. **Educação infantil**: percurso, dilemas e perspectivas. Ilhéus: EDITUS, 2007.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-41, junho. 2012.

CIBREIROS, S.A.; OLIVEIRA, I.C.S. A dramatização no espaço hospitalar. **Esc Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-170, jan./mar. 2010.

CÔA, T.F.; PETTENGILL, M.A.M. A experiência da vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 825-832, ago., 2011.

COCCO, M.; SILVA, E.B.; JAHN, A.C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 12, n. 3, p. 491-497, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7939>>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

COCCO, M.; SILVA, E.B.; JAHN, A.C.; POLL, A.S. Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de cuidado adotadas por profissionais de saúde. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 292-300, abr./jun. 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 295/2004**. Dispõe sobre a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência prestada à criança hospitalizada. 2004. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2952004_4331.html>. Acesso em: 20 de abril 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem.. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 20 de abril 2015.

CONANDA. **Portal dos Direitos da Criança e do Adolescente**: História. 2013. Disponível em: <<http://www.direitosdacrianca.org.br/conanda/historia>>. Acesso em: 13 jun 2013.

CORDEIRO, S.S.; COELHO, M.G.P. Descortinando o conceito de infância na história: do passado à contemporaneidade. VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação. **Anais...** p. 882-889. Uberlândia, MG, 2006. Disponível em: <<http://www.faced.ufu.br/colubhe06/anais/pdf>>. Acesso em: 13 jun 2013.

COSTA, E.B.; LIMA, S.S; FERRARI, R. Dor em pediatria: o papel da assistência de enfermagem junto à criança com dor. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 1179-188, 2012.

COUTO, L.L.; OLIVEIRA, I.C.S. (Con)vivência familiar do escolar em controle de doença oncológica: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 57-66, jan./mar. 2012.

CRUZ, D.S.M. et al. Conhecimento dos profissionais da saúde acerca dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Rev enferm UFPE** ., Recife, v. 8, n. 2, p. 351-7, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4037>>. Acesso em: 24 de abril 2015.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia**: usando SPSS para Windows. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DAVIES, R. Marking the 50th anniversary of the Platt Report: from exclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child. **Journal of Child Health Care**, UK, v. 14, n. 1, p. 6-23, 2010.

DECLARAÇÃO DE GENEBRA. **Declaração dos direitos da criança - 1924**: dita Declaração de Genebra: Carta da União Internacional de Proteção a Infância. Disponível em <<http://cedic.iec.uminho.pt/legislacao/leis/decldircri1923.htm>>. Acesso em: 13 jun 2013.

DIAS, R.R. et al. Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In: BAPTISTA, M.N.; DIAS, R.R. (Org.) **Psicologia hospitalar**: teoria, aplicação e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 53-73.

DIMESNTEIN, G. **O cidadão de papel**: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. 24ª ed. São Paulo: Ática, 2012.

DINIZ, E.A. **Perfil dos enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no estado do Rio de Janeiro**. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

EINLOFT, L. et al. Enfermagem em UTI Pediátrica. In: PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R.A.; GARCIA, P.C.R. **Terapia Intensiva em Pediatria**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p.795-840.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z.M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In: SCHIMITZ, E.M.R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p.169-179.

ERTHAL, T.C. **Manual de Psicometria**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

FELDT, L.S. A test of the hypothesis that Cronbach's alpha or Kuder-Richardson coefficient twenty is the same for two tests. **Psychometrika**, Madison, v. 34, n. 3, p. 363-373, 1969.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, nov./dez. 2007.

FIGUEIREDO, S.V. et al. Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 690-697, dez. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400690&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

FREIRE, M.M.L.; LEONY, V.S. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 199-225, 2011.

FURLANETTO, B.H. Da infância sem valor à infância de direitos: diferentes construções conceituais de infância ao longo do tempo histórico. **Anais Eletrônicos...** Paraná: PUCPR, 2008. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/892_632.pdf>. Acesso em: 13 jun 2013.

GARCIA, P.C.R.; CARVALHO, P.R.A.; PIVA, J.P. A terapia intensiva pediátrica. In: PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R.A.; GARCIA, P.C.R. **Terapia Intensiva em Pediatria**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p. 1-18.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A.M.T.; SANTO, C.C.E. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 261-4, abr./jun. 2013.

GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L.; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 143-7, jan./mar. 2010.

GOMES, G.C.; OLIVEIRA, P.K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 165-171, dez. 2012.

GOMES, I.L.V.; CAETANO, R.; JORGE, M.S.B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 61-65, jan./fev. 2008.

GOMES, I.L.V.; QUEIROZ, M.V.O.; BEZERRA, L.L.A.L.; SOUZA, N.P.G. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 703-709, out/dez. 2012.

HADDAD, D.R.S. **A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica**: vivência do enfermeiro. 2006. 74 f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 2006.

HAIR JUNIOR, J.F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6.ed. Porto Alegre, Bookman, 2009.

HARRISON, A.A. **A psicologia como ciência social**. Tradução por Alvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1975.

HORA, H.R.M.; MONTEIRO, G.T.R.M.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85 - 103, jun. 2010.

HUDDAK, M. **Cuidados críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

IAC. **Carta da Criança Hospitalizada**: anotações. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. 2009.

INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE. **Frequently Asked Questions**. 2015. Disponível em: <<http://www.ipfcc.org/faq.html>>. Acesso em: 22 de abril 2015.

JANSEN, M.F.; SANTOS, R.M.; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 247-253, jun. 2010.

JOVENTINO, E.S.; ORIÁ, M.O.B.; SAWADA, N.O.; XIMENES, L.B. Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 371-379, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a12.pdf>. Acesso em: 18 de abril 2015.

JUNIOR, N.G.S.A.S.; GARCIA, R.M. Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 613-632, maio/ago. 2010.

KRAMER, S. Formação de profissionais de educação infantil: questões e tensões. In: MACHADO, M.L.A. (org.) **Encontros e desencontros em Educação Infantil**. São Paulo: Cortez, 2002.

KUHLMANN JUNIOR, M. **Infância e educação infantil**: uma abordagem histórica. 3ª ed. Porto Alegre: Mediação, 1998.

KYLE, T. **Enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

LEMOES, S.; MIGUEL, E.A. Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 7, supl. 1, p. 82-87, maio. 2008.

LIKERT, R . A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. no.140, p.1-55. 1932.

LIMA, A.S. et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 700-708, out-dez, 2010.

LIMA, B.S.F.; SILVA, R.C.L. Morte e morrer numa UTI pediátrica: desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 722-729, 2014. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21530>>. Acesso em: 03 de maio de 2015.

LIRA, S.F.L. O desrespeito aos direitos das crianças e adolescentes no ambiente hospitalar. **Univ. JUS**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 129-143, jul./dez. 2010.

LOBÃO, W.M. **Construção, validação e Normatização da Escala de Predisposição à Ocorrências de Eventos adversos (EPEA)**. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

LONDON. Department of Health and Social Security. Central Health Services Council. **The welfare of children in hospital**: report of the committee. Her Majesty's Stationery Office, London, 1959.

LOPEZ, A.; MOTA, C.G. **História do Brasil**: uma interpretação. 3ª ed. Rio de Janeiro: Senac, 2012.

MAIA, E.B.S.; RIBEIRO, C.A.; BORBA, R.I.H. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Rer. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 839-46, ago. 2011.

MARCILIO, M.L. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726-1950. In: FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 53-79.

MAROCO, J; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MARTINEZ, E.A. **Comunicação na assistência de enfermagem à criança**: maneiras, influências e estratégias. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MARTINEZ, E.A.; TOCANTINS, F.R.; SOUZA, S.R. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 37-44, jan./mar. 2013.

MARTINS, J.J. et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 10, n. 4, p. 1091-1101. 2008. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>>. Acesso em: 15 de jun. 2013.

MENDES, M.G.S.R.; MARTINS, M.M.F.P.S. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. **Rev Enferm Ref. [Internet]**. III Série, v. 3, n. 6, p. 113-121, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000100011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 18 de maio 2013.

MIRANDA, A.R.; OLIVEIRA, A.R.; TOIA, L.M.; STUCCHI, H.K.O. A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos: do

modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 5 - 9, mar. 2015.

MOLINA, R.C.M. et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 437-444, set, 2007.

MONCORVO FILHO, A. **Histórico da proteção à infância no Brasil: 1500-1922**. Rio de Janeiro: Empresa Gráfica Editora. 1926.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C.J.G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 254-260, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de maio de 2015.

NASCIMENTO, L.C. et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 437-440, maio/jun. 2010.

OGUISSO, T., CAMPOS, P.F.S. Por que e para que estudar história da enfermagem? **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 49-53, fev. 2013.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Rev.latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 95-102, dez, 1999.

OLIVEIRA, F.M.C.S.N. **Qualidades essenciais da enfermeira para prestação de cuidados de conforto a crianças em ventilação mecânica invasiva**. 2013. 133 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

OLIVEIRA, L.M.A.C. et al. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 429-36, jun. 2010.

OLIVEIRA, R.R.; OLIVEIRA, I.C.S. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 230-236, jun, 2008.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos da Criança**. 1959. Disponível em <http://198.106.103.111/cmdca/downloads/Declaracao_dos_Direitos_da_Crianca.pdf>. Acesso em: 15 de jun. 2013.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 18 de jun. 2013.

PAIVA, M.B. **Utilização da actigrafia pelo (a) enfermeiro(a) na aferição dos padrões de sono em crianças hospitalizadas**. 2014. 182 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

PASQUALI, L. (org). **Teoria e Métodos de Medida em Ciências do Comportamento**. Brasília: LabPAM; UnB: INEP; 1996.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista Psiquiátrica Clínica**, v. 5, n. 25, p. 206-213, 1998.

_____. (org.) **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas**. Porto Alegre: Artmed. 2010a.

_____. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: PASQUALI, L. (org.) **Instrumentação Psicológica**. Fundamentos e Práticas. Porto Alegre: Artmed. 2010b.

_____. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

PATRÍCIO, Z.M. Cenas e Cenários de uma Família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: ELSEIN, I. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. 195p.

PAULI, M.C.; BOUSSO, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 280-286, maio/jun. 2003.

PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R.A.; GARCIA, P.C.R. **Terapia intensiva em pediatria**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

POLES, K. **O desenvolvimento do conceito de morte digna na UTI Pediátrica**. 2008. 133f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2008.

POLES, K.; BOUSSO, R.S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 207-213, mar./abr. 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre: Artmed; 2011.

PONTES, E.P.; COUTO, D.L.; LARA, H.M.S; SANTANA, J.C.B. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **REME • Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 152-157, jan./mar. 2014.

PORTO, F; AMORIM, W. **História da Enfermagem**. Identidade, profissionalização e símbolos. São Paulo: Yendis, 2012.

QUIRINO, D.D.; COLLET, N.; NEVES, A.F.G.B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 300-306, jun. 2010.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas; 1999.

ROCHA, S.M.M.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S. Assistência integral a saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 25-52, jan./jul. 1997.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.M.L.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. 29ª ed. revista e atualizada. Petrópolis: Vozes; 2012.

RODRIGUES, B.M.R.D. et al. A ética no cuidado à criança hospitalizada: uma perspectiva para a enfermagem. **J. res.: fundam. care.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1475-1484, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3153/pdf_846>. Acesso em: 20 de abril 2015.

RODRIGUES, E.N.; OLIVEIRA, E.R.C.; JULIÃO, A.M.S. Assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção do acompanhante. **R. Interd.**, Teresina, v. 7, n. 4, p. 39-49, out. nov./dez. 2014.

SANGLARD, G. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. **An. mus. paul. [online]**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 257-289, jul./dez. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/anaismp/v15n2/a20v15n2.pdf>>. Acesso em: 18 de jun. 2013.

SANTOS, L.M. et al. Vivências maternas na unidade de terapia intensiva pediátrica. **J. res.: fundam. care.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3432-42, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1992/pdf_703>. Acesso em: 28 de abril 2015.

SARAIVA JOVEM. **Dicionário da língua portuguesa ilustrado**. org. da editora. São Paulo: Saraiva, 2010.

SCAGGION, L.R.E. "**Mas eu sabe tudo**": compreendendo o mundo-vida da criança hospitalizada na unidade de terapia intensiva pediátrica por meio do brinquedo terapêutico. 2013. 141 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2013.

SCHMITZ, E.M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SCHNEIDER, C.C.; BIELEMANN, V.L.M.; QUADROS, L.C.M. Família e enfermagem na UTI, a comunicação como forma de humanizar o cuidado. **Ciênc. cuid. saude.**, Maringá, v. 7, supl. 2, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20931/pdf>>. Acesso em: 26 de abril 2015.

SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 95-106, mar. 1999.

SILVA, F.D.; CHERNICHARO, I.M.; SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 719-727, out./dez. 2012.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 98-105, jan./fev. 2011.

SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 14, n. 2, p. 337-344, abr/jun, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a14.htm>>. Acesso em: 20 de abril 2015.

SILVEIRA, A.; NEVES, E.T. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em Enfermagem. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 254-260, maio/ago. 2011.

SOARES, J.D.A.D.; BRITO, R.S.; CARVALHO J.B.L. A presença do pai/ acompanhante no âmbito hospitalar: um estudo integrativo. **Rev enferm UFPE.**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2095-106, jul. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6022/pdf_5537>. Acesso em: 23 de abril 2015.

SOARES, M.Z.L. et al . Comparação entre as escalas de Comfort-Behavior e Ramsay em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. dor**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 25-29, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132014000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de maio 2015.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, maio/jun. 2007.

SOUZA E SOUZA, L.P. et al . A liderança na visão de Enfermeiros Líderes. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 30, abr. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 de abril 2015.

SOUZA, M.C.F.; OLIVEIRA, I.C.S. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: breve retrospectiva. **Rev. bras. enferm. [online]**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 247-24, mar./abr. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a24v57n2.pdf>>. Acesso em: 18 de jun. 2013.

STRASBURG, A.C.; PINTANEL, A.C.; GOMES, G.C.; MOTA, M.S. Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes. **Rev. Enfer. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 262-267, abr./jun. 2011.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 66, n. spe, p. 102-110, set. 2013.

THOMAZINE, A.M. et al. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 7, supl. 1, p. 145-152, maio. 2008.

TRIADIS, H.C. **Attitude and attitude change**. New York: John Wiley, 1971.

TRINDADE, P.C.C. **As atitudes dos futuros professores em relação à matemática**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado). Núcleo pedagógico de apoio ao desenvolvimento científico. Universidade Federal do Pará. 2004.

UEBERSAX, J.S. Likert scales: dispelling the confusion. **Statistical Methods for Rater Agreement website**. 2006. Disponível em: <<http://john-uebersax.com/stat/likert.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2012.

UNICEF. **Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança**: 1989. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/sowc20anosCDC/cap4.html>>. Acesso em: 19 de jun. 2013.

UNICEF. **Fundo das Nações Unidas para Infância**:1946. Disponível em: <<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101110&m=1>>. Acesso em: 19 de jun. 2013.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância**: Edição Especial: Celebrando os 20 Anos da Convenção sobre os Direitos da Criança. 2009 . Disponível em: <http://www.unicef.pt/18/sowc_20anoscdc.pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2013.

VALER, D.B.; AIRES, M.; FENGLER, F.L.; PASKULIN, L.M.G. Adaptação e validação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 130-8, jan./fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00130.pdf>. Acesso em: 12 de abril 2015.

VARGAS, D. Validação de construto da escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e a pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 106-111. 2014. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol41/n4/106.html>>. Acesso em: 12 de abril 2015.

VERSA, G.L.G.S. et al. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 78-85, jun. 2012.

WHEDALL, K. **Comportamento Social**:problemas fundamentais e importância social. Trad. De Maria Isabel da Silva Lopes. Rio de Janeiro: ZAHAR; 1976.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - GRUPAMENTOS DE COMPORTAMENTOS LEVANTADOS NAS TEMÁTICAS PREVALENTES, COM BASE NA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

| <u>Temática prevalente</u> | <u>Temáticas agrupadas</u> |
|--|--|
| <i>Interação/ comunicação entre a enfermeira e a criança</i> | Dificuldade de interação / criança em coma ou sedada; Interação prejudicada / casos de emergência; Assistência automática/falta de interação; Conversa/ explicar o procedimento; Toque, atitudes e gestos / comunicação não verbal; Falta de comunicação/ realização de procedimentos; Criança sedada/ audição preservada; Cuidados de forma mecânica/ sem avaliação/ sem comunicação. |
| <i>Presença/permanência dos pais na UTIP</i> | Cuidados a criança em primeiro plano/ não tendo tempo para os pais; Os pais fiscalizam / realização de procedimentos na criança; Receio de não agradar os pais/ pais fiscalizam o cuidado; Permanência dos pais na UTIP / facilita a convivência; Permanência dos pais perto do seu filho; Presença dos pais / importante para criança/ crença da enfermeira; Conviver com os pais / enfermeira sensibilizada; Compartilhando o ambiente da UTIP com os pais; Presença dos pais / experiência traumática para todos/ crença da enfermeira; Permanência dos pais na UTIP/ imposição de limites/ falta de confiança da enfermeira; Decisão de quando é bom ou não para os pais permanecerem na UTIP; Apoio em normas institucionais / lidar com a família na UTIP; Presença dos pais na UTIP/ comportamento inseguro da enfermeira; Permissão para que a mãe fique com a criança na UTIP/ exceções na rotina e normas / faz concessões/ pena da mãe; Concessões nas rotinas da UTIP/ importância do vínculo afetivo criança e sua família; Mudança das normas institucionais/ atender as necessidades da família da criança; Resistência da equipe / permanência dos pais na UTIP; Importância da permanência dos pais na UTIP/ Enfermeira explica a importância para equipe; Conviver com a família na UTIP/ mudança de crenças da enfermeira; Permanência dos pais junto à criança/permissão da enfermeira; Saída dos pais da UTIP/ em casos de emergência /realização de procedimentos; Permanência dos pais na UTIP / desenvolvimento de habilidades técnicas / conhecer o cotidiano do hospital; Participação dos pais / cuidados básicos a criança; Convivência da enfermeira com os pais na UTIP/ demonstração de interesse pela criança/ busca de confiança dos pais/diminuição da ansiedade dos pais / respeito à experiência da família; Dificuldades em lidar com a família na UTIP; Familiar atrapalha e incomoda na assistência; Visita dos pais a criança; Família como parceira e colaboradora; Participação da família / discussões clínicas; Papel periférico e passivo da família; Sofrimento da família/respeito; Falta de acomodação para permanência da família; Visita ampliada/ falta de rotinas; Melhora no quadro clínico da criança; Incentivo a permanência/ durante os procedimentos; Pais como fonte de informação./ hábitos e costumes da criança./ histórico de saúde; Permanência harmoniosa; Família atrapalha e incomoda/ andamento do serviço na UTIP; Falta de valorização/ cenário hospitalar/ compartilhar espaços com a equipe; Equipe favorável/ criança mais calma; Favorece o vínculo afetivo/ trinômio pai-mãe-filho; Direito da criança/ lei / desconhecimento dos profissionais; Sem condições para permanecer com a criança. |
| <i>Criança em fase terminal /Morte da criança na UTIP</i> | Notícia da morte da criança / informação para os pais; Falta de habilidade / lidar com a morte da criança na UTIP; Criança em fase terminal/ oferta de assistencial humanizada; Morte / presente na rotina profissional na UTIP; Surpresas e dúvidas diante da morte /medo e insegurança; Momento marcante/ papel do profissional na UTIP; Morte da criança na UTIP/ fato inevitável/ sentimento de impotência; Investimento tecnológico/ afastamento do sentimento de culpa e responsabilidade pela morte; Cuidado físico e tecnológico em segundo plano; Trabalho da enfermeira/ não se esgota com a morte/ contemplar a família no cuidado; Projeção da enfermeira no papel de mãe/ sensibilização com a dor da mãe; Morte da criança/ família necessita de cuidados/ enfrentamento da morte; Processo de morte da criança/ insegurança de aproximação da família; Família se despedir da criança morta/ forma de ajudar a família/ preparo do ambiente/ privacidade da família/ tempo necessário para despedida; Morte da criança como evento adverso/ dificuldade de assistir a família/ recursos para confortá-la; Impacto na comunicação da morte/ família; Sucesso e fracasso da assistência; Impotência da equipe de enfermagem; Sofrimento da criança gravemente enferma e sua família; Crianças previamente híidas/ maior sofrimento dos profissionais/ impotência da equipe; Criança com doença crônica/ mais aceitável; Comunicar a morte a família/ apoio de psicólogo; Iminência de |

| | |
|---|--|
| | <p>morte e morte/ afastamento da equipe; Aprender a entender a morte / percurso natural da vida; Morte /gravidade do quadro clínico; Morte da criança/ situação mais difícil de ser enfrentada na UTIP; Esforço profissional /salvar a vida da criança; Conviver com a morte / difícil e não aceitável; Tecnologia presente na UTIP / salvar a vida da criança; Criança sem expectativa de vida; Aceitação da morte da criança / sentimento de alívio; Alívio do sofrimento da criança / vida vegetativa e doenças crônicas; Patologia grave / sequelas da doença / desejo da morte como alívio; Preparo do corpo da criança morta; Morte da criança no plantão; Visão da morte / maternidade da enfermeira; Preparo do profissional; Cuidados no final da vida; Convívio com a morte no dia a dia; Morte digna; Interromper o tratamento curativo; Foco curativo; Bioética e ética profissional / condutas; Restrição de procedimentos dolorosos; Protocolos institucionais / final de vida da criança.</p> |
| <i>Cuidados prestados à criança na UTIP</i> | <p>Pensando no bem-estar da criança / flexibilização na rotina da UTIP; Criança grave/ doença aguda/ atendimentos das demandas físicas/ integração com a família em segundo plano; Criança grave/ doença crônica/ relacionamento mais próximo com os pais/ experiências boas e ruins no dia a dia; Separação dos pais/ medo e ansiedade da criança; Assistência de forma automática/ técnica/ crianças sedadas e curarizadas / uso de ventilação mecânica; Avaliação das necessidades da criança; Valorização dos cuidados simples/ conforto do corpo; Prontuário/ fonte de informação; Assistência despersonalizada e mecânica; Preferência por crianças graves e intubadas / sem comunicação com a criança; Choro da criança/ incomodo; Criança que verbaliza / dificuldade da equipe; Crianças graves/ cuidados para melhor clínica; Identificação de características individuais// crescimento e desenvolvimento/ hábitos e costumes/ unidade biopsicoespiritual; Restrição no leito/ segurança da equipe; Uso de tecnologias/ importante para a assistência; Tecnologia e cuidado; Avanço tecnológico/ facilitador da assistência/ relações impessoais e distantes ;Tecnologia/ primordial na assistência; Valorização do estado emocional/ assistência menos tecnicista; Explicar o procedimento; Sem envolvimento da família/ relação mais fácil; Rigidez da estrutura institucional/ direcionamento a conduta dos profissionais; Assistência integral / contempla o biológico e psicológico; Prestar cuidados diretos a criança; Organização da UTIP / possibilita um cuidado direto; Esforços da enfermeira / assistir a criança; Contato direto com a criança/ sentimentos de piedade, compaixão, amor, culpa e raiva; Instabilidade do quadro clínico da criança / tensão no trabalho; Qualidade do cuidado / contato com a enfermeira.</p> |
| <i>Equipe de Enfermagem da UTIP</i> | <p>Conduta da enfermeira/ sustentada e protegida nas normas institucionais / desenvolvimento da prática assistencial; Normas institucionais /não saber como agir em situações adversas; Exceções nas normas institucionais/ aceitação pela equipe e família; Apoiando-se em normas institucionais / questionamentos da família; Competência técnica e conhecimento científico; Desejo de trabalhar na UTIP / tecnologia presente na UTIP; Contato direto com a criança/ fator gerador de desgaste emocional; Atuação da enfermeira / assistir e estar próxima da criança; Falta de treinamento/ trabalhar com criança.</p> |
| <i>Ambiente da UTIP</i> | <p>Mudança na decoração da UTIP /ambiente menos agressiva para criança; Figuras e desenhos na parede / distrai a criança; Mudança da decoração da UTIP/ ambiente acolhedor para criança/ distração da criança; Ruídos do ambiente/ muita iluminação; Características da unidade / confere segurança à enfermeira; Ambiente frio e hostil/ ampla tecnologia; Camas inadequadas/ faixa etária; Decoração/ características infantis; Espaço físico/ acomodação da família.</p> |
| <i>Relação entre a enfermeira e a família</i> | <p>Falta de tempo para relacionar-se com a família/ desconhecimento de características dos pais e das crianças; Relação sem conflitos/humanização na UTIP; Afastamento da família/ lidar com conflitos/ valorização de tabus; Conflitos entre a família e a equipe; Limitação da equipe em lidar com a família; Relacionamento harmonioso/ enfermeira confiante; Limitação nas informações; Família observadora e questionadora; Espera para obter informações/família; Família fora da UTIP /mecanismo de defesa da equipe; Realização de procedimentos na UTIP/ saída dos familiares; Resistência da família em sair da UTIP/ observar o que será feito com a criança; Dificuldade de comunicação/ ansiedade e preocupação da equipe/ explicar sobre equipamentos/ termos técnicos; Identificar melhor momento para se comunicar com a família; Primeiro contato/ admissão da criança; Despreparo para lidar com a família; Sentimentos da família/ medo ansiedade e estresse/ internação da criança; Atendimento das necessidades da família; Questionamentos da família; Apoio de psicólogo; Equipe aberta a interações; Participação nos cuidados/ sem condições emocionais/ estímulo necessário; Participação nos cuidados/mudança da rotina; Família/ necessidades biopsicossociais/ valorização; Necessidades do familiar acompanhante/ promoção do cuidado pela equipe; Dificuldade de comunicação/ morte/ intercorrências; Manual informativo/ normas e rotinas; Sentimentos dos pais/ falta de preparo/ atrapalham na rotina; Grupo de pais/ equipe multidisciplinar/ falar a mesma linguagem;</p> |

| | |
|---|--|
| | Lidar com a família/ falta de preparo da equipe; Necessidade de treinamento/ lidar com a família; Participação nos cuidados/ contribuição terapêutica; Preparo emocional da equipe/dificuldade na relação; Família/ participante ativo do processo de internação; Orientação/ somente o necessário; Profissional fala e pais escutam/ comunicação vertical; Envolvimento do profissional com a família/ ajudar os pais durante a internação; Desgaste psíquico da enfermeira / lidar com a família; Relacionamento frio e distante; Contato com a família / maior atuação da enfermeira. |
| <i>Dor da criança na UTIP</i> | Importância da avaliação e tratamento da dor/ forma rotineira; Subtratamento da dor da criança/ falta de sensibilização dos profissionais; Dificuldade de conceituar e quantificar a dor/ experiência subjetiva; Treinamento dos profissionais sobre a dor/avaliação da dor; Avaliação da dor/ presença do acompanhante como um facilitador/ diminui sofrimento, ansiedade na dor da criança; Tratamento da dor/ uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas; Estratégias não farmacológicas quando não houver contraindicações/massagens relaxantes, bolsa de água quente, sucção não nutritiva, aconchego no colo, diminuição de estímulos auditivos e visuais; Manejo da dor/ conhecimento dos profissionais/ realizado de forma individual; Condutas e rotinas para avaliação da dor; Uso de protocolos para avaliação da dor; Desconhecimento sobre os métodos de avaliação da dor; Tratamento inadequado da dor/ subtratamento da sensação dolorosa; Programa de educação e treinamento contínuo para a avaliação da dor; Padronização para avaliação da dor; Tomada de decisão para avaliação da dor; Conhecimento científico para avaliação da dor; Dor e desconforto/ necessidade de acolhimento/ procedimentos; Procedimentos de forma automática/ criança em estado grave; Criança com dor/ reconhecimento; Não verbalizam/ não sinalizam a dor; Reações comportamentais: agitação, choro, testa franzida, olhos cerrados, irritabilidade. |
| <i>Relação da criança e sua família na UTIP</i> | Contato traumatizante/ equipamentos e procedimentos invasivos; Culturas, crenças e valores; Presença dos pais / criança mais calma na UTIP; Presença dos pais/ oferta de amor e carinho para criança na UTIP; Presença do familiar na UTIP/ criança mais tranquila, segura e acolhida/ benefícios para criança; Relação desejada e valorizada; Vínculo afetivo/ toque, aconchego, aproximação. |
| <i>Procedimentos realizados na criança</i> | Muitos procedimentos invasivos; Realização de procedimentos/ aprendizado dos residentes; Falta de conforto da criança; |
| <i>Lúdico e o brincar na UTIP</i> | Lúdico/ maneira de se comunicar; Falta de atividades recreativas; Músicas/ som na UTIP; Brinquedos da UTIP; Brinquedos da criança/ trazer de casa; Equipes de apoio/ atuação na UTIP. |
| <i>Formação da enfermeira intensivista</i> | Conhecimentos sobre a criança/ características; Conhecimentos adquiridos/ implementação na prática; Falta de preparo para trabalhar com a criança; Recursos institucionais/ qualificação profissional; Modelos de assistência/ necessidade de treinamento; Falta de arcabouço teórico/ condutas junto à família. |
| <i>Internação da criança na UTIP</i> | Admissão da criança; Estresse, medo, dor, períodos de vigília; Mudança de ambiente/ afastamento da família; Sofrimento /desequilíbrio emocional; Não pode ser vista isoladamente / binômio mãe-filho; Chance de recuperação; Utilização de equipamentos / medicamentos / tecnologia; Reestabelecimento da saúde; Emprego de conhecimentos científicos; Evidências científicas; Criança fora de possibilidade terapêutica; Limitações da medicina; Criança sem possibilidade de cura; Possibilidade de recuperação; Evolução da doença / surpresas; Condição irreversível da doença; Doença crônica /aguda; Acreditar na cura da criança; Terapêutica curativa / sofrimento; Alívio do sofrimento; Profissional vencido pela morte; Qualidade de vida / criança e sua família; Investimento terapêutico; Registros no prontuário; Autonomia da criança |
| <i>Valores espirituais da criança e sua família</i> | Valores espirituais / respeito; Apoio espiritual; Prática religiosa. |

APÊNDICE 2 – ITENS CONSTRUIDOS PARA A ESCALA DE ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP – PRIMEIRA VERSÃO

| Atitudes das Enfermeiras | | Níveis de Concordância | | | | |
|-----------------------------|--|------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|---------------------|
| | | Concordo totalmente | Concordo parcialmente | Indeciso | Discordo parcialmente | Discordo totalmente |
| COMPONENTE COGNITIVO | | | | | | |
| 1 | A criança em coma ou sedada não me escuta durante a assistência prestada. | | | | | |
| 2 | Reconheço que decoração da UTIP torna o ambiente mais tranquilo e menos agressivo para a criança. | | | | | |
| 3 | Considero que decoração da UTIP não distrai a criança que está acordada. | | | | | |
| 4 | A visita ampliada dos pais, familiares e amigos, acontece sem restrições na UTIP em que atuo. | | | | | |
| 5 | Todo aporte tecnológico disponível na UTIP para manutenção da vida da criança grave, como equipamentos e medicações, coloca o cuidado físico em primeiro plano no desenvolvimento da minha prática assistencial. | | | | | |
| 6 | Participo, na instituição, de treinamento e orientação para implementação da visita ampliada na UTIP. | | | | | |
| 7 | Reconheço que a assistência prestada à criança não atende suas necessidades de saúde e é oferecida de maneira mecânica, podendo acarretar distúrbios psicológicos na criança, durante e após a internação. | | | | | |
| 8 | A chefia de enfermagem da UTIP em que atuo juntamente com a educação continuada institucional promove capacitação da equipe de enfermagem, para assistir a criança e sua família. | | | | | |
| 9 | Considero que as condutas terapêuticas realizadas na criança têm como foco da assistência apenas a doença da criança e a melhoria de sua condição clínica. | | | | | |
| 10 | Valorizo as fases de crescimento e desenvolvimento da criança internada na UTIP, como as características de seu comportamento e fala, as quais utilizam como facilitadoras na relação com criança. | | | | | |
| 11 | Os leitos da UTIP, em que atuo, não são adequados de acordo com a faixa etária da criança. | | | | | |
| 12 | Reconheço que as tecnologias, como equipamentos e medicações, são essenciais para o cuidado da criança na UTIP, pois constituem uma fonte de manutenção e recuperação da vida das crianças gravemente enfermas. | | | | | |
| 13 | Reconheço que muitos conhecimentos técnico-científicos adquiridos na graduação não são aplicados na prática na UTIP, como: importância dos laços afetivos, características do desenvolvimento da criança, presença dos pais, respeito às individualidades, crenças e hábitos da criança e sua família. | | | | | |
| 14 | Na UTIP em que atuo, muitos procedimentos são realizados na criança em função do aprendizado dos profissionais em treinamento e profissionais que cursam residência. | | | | | |
| 15 | Reconheço que na UTIP a tecnologia está sendo utilizada, muitas vezes, em substituição do cuidado | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | sensível e da avaliação das necessidades de saúde da criança pela equipe de enfermagem. | | | | | |
| 16 | Acredito que o estresse da criança é inevitável durante o período de internação na UTIP, pois ela vivencia mudança de ambiente, ausência dos pais, medo, dor e longos períodos sem dormir. | | | | | |
| 17 | Penso que a criança internada na UTIP não pode ser vista isoladamente, mas sim como um binômio mãe-filho. | | | | | |
| 18 | Considero que a mudança de ambiente causa na criança na UTIP desequilíbrio emocional, principalmente por não poder compartilhar com a família esta nova situação de adoecimento. | | | | | |
| 19 | Na UTIP não tenho a disponibilidade todos os recursos tecnológicos/equipamentos e farmacológicos para o tratamento da criança gravemente enferma. | | | | | |
| 20 | A minha atuação como enfermeira me exige competência técnica, conhecimento científico e atualização constante na área da saúde da criança. | | | | | |
| 21 | Reconheço as limitações da assistência em pediátrica, pois mesmo com todo investimento tecnológico e recursos terapêuticos algumas crianças não se recuperam. | | | | | |
| 22 | Reconheço que a criança está sofrendo e sentindo dor por seus gestos e expressões faciais. | | | | | |
| 23 | Reconheço que muitas vezes os recursos terapêuticos da assistência em pediatria são limitados e que nem sempre são capazes de resolver todos os problemas de saúde que ameaçam a vida da criança. | | | | | |
| 24 | Considero que a admissão da criança na UTIP é uma chance para o reestabelecimento de sua saúde. | | | | | |
| 25 | Reconheço que o modelo assistencial centrado na doença e a “luta pela vida a qualquer custo” ainda é vivenciado no dia a dia da UTIP. | | | | | |
| 26 | Mesmo quando algumas crianças são diagnosticadas como “fora de possibilidades terapêuticas”, ofereço uma assistência voltada para suas necessidades de saúde. | | | | | |
| 27 | Considero que o intenso investimento terapêutico na UTIP muitas vezes apenas prolonga a vida da criança e aumenta o sofrimento da equipe-criança-família. | | | | | |
| 28 | Considero que a definição de irreversibilidade do quadro clínico da criança é um processo difícil e demanda tempo para ser aceito, visto que já vivenciei a recuperação de crianças que foram ditas como “fora de possibilidades terapêuticas”. | | | | | |
| 29 | Na unidade em que atuo algumas crianças consideradas de alta do cuidado intensivo permanecem na unidade por falta de vaga em unidades de menor complexidade de tratamento. | | | | | |
| 30 | Observo que a equipe de saúde da UTIP utiliza os princípios da bioética (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça) e ética profissional nas situações de final de vida, para respaldar a conduta de parar de investir na cura da criança. | | | | | |
| 31 | Desconheço os métodos de tratamento e avaliação da dor em pediatria. | | | | | |
| 32 | Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico, na UTIP em que atuo, ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família. | | | | | |
| 33 | Os profissionais da UTIP, em que atuo, não têm treinamento contínuo sobre avaliação e tratamento da dor em pediatria. | | | | | |
| 34 | Reconheço que a criança na UTIP tem direito a receber visitas de familiares e amigos. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 35 | Reconheço que existe um subtratamento para a dor na UTIP com a utilização de analgésicos pouco potentes, sendo sua utilização realizada de maneira individual pelo profissional de saúde. | | | | | |
| 36 | Observo que as crianças que amamentavam exclusivamente no seio materno continuam recebendo o leite humano durante a internação na UTIP. | | | | | |
| 37 | Penso que a criança acordada e lúcida, internada por tempo prolongado, não tem direito a programas de educação para saúde e acompanhamento do currículo escolar devido à dinâmica do cuidado na UTIP. | | | | | |
| 38 | Acredito que a dor da criança deve ser avaliada e tratada de forma rotineira na UTIP. | | | | | |
| 39 | A analgesia contínua não é preconizada nas crianças em pós-operatório imediato na UTIP em que atuo. | | | | | |
| 40 | Reconheço que a permanência do familiar/acompanhante junto à criança na UTIP facilita na avaliação da dor, pois ele oferece informações sobre o comportamento da criança. | | | | | |
| 41 | Não considero como medida eficaz para o tratamento da dor da criança na UTIP a associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como a sucção não nutritiva e sucção adocicada. | | | | | |
| 42 | A padronização do tratamento e avaliação da dor facilitaria na minha tomada de decisão para alívio da dor na criança na UTIP. | | | | | |
| 43 | Considero que o avanço tecnológico (equipamentos e medicações) e sua utilização na UTIP ocasiona relações cada vez mais impessoais e distantes entre a enfermeira, criança e sua família. | | | | | |
| 44 | Identifico como comportamentos de dor na criança: o choro, agitação, testa franzida, olhos cerrados e irritabilidade. | | | | | |
| 45 | Não reconheço como válida a realização de atividades recreativas como o brincar, leitura, música, dentre outros, devido as características do cuidado na UTIP e quadro clínico da criança. | | | | | |
| 46 | Quando utilizo o brinquedo e atividades lúdicas percebo que a criança extravasa seus sentimentos e interage de maneira mais tranquila. | | | | | |
| 47 | Acredito que a permanência dos pais/responsável na UTIP prejudica a recuperação da criança. | | | | | |
| 48 | Observo que o familiar/acompanhante, quando permanece na UTIP junto à criança, desenvolve habilidades técnicas quanto ao cuidado prestado, manuseando dispositivos como traqueostomia e gastrostomia. | | | | | |
| 49 | Não incentivo que familiar/acompanhante participe dos cuidados à criança na UTIP, pois perco muito tempo explicando o cuidado que será desenvolvido. | | | | | |
| 50 | Reconheço que a permanência integral dos pais/responsável na UTIP é um direito da criança. | | | | | |
| 51 | Acredito que o familiar/acompanhante, quando permanece na UTIP junto à criança, desconhece o cotidiano hospitalar e a terapêutica utilizada na criança. | | | | | |
| 52 | No leito da criança na UTIP tem um local para permanência por tempo integral do familiar/acompanhante, com uma cadeira para repouso. | | | | | |
| 53 | Não considero a família da criança como parte integrante dos cuidados que devo desenvolver na UTIP. | | | | | |
| 54 | Considero o familiar/acompanhante como uma fonte de informação sobre os hábitos, costumes e | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | história de vida da criança. | | | | | |
| 55 | Reconheço que a família da criança tem um papel periférico e passivo na assistência, em que a tomada de decisões é vertical e centrada na equipe da unidade. | | | | | |
| 56 | Acredito que o familiar/acompanhante é um aliado no cuidado a criança durante o tratamento na UTIP. | | | | | |
| 57 | Reconheço que o familiar não tem condições emocionais de participar dos cuidados a serem prestados na criança na UTIP. | | | | | |
| 58 | A UTIP em que atuo disponibiliza um manual informativo sobre as normas, rotinas e funcionamento da unidade para a família da criança com a finalidade de assegurar as necessidades de informação da família. | | | | | |
| 59 | A instituição em que atuo não possui um alojamento/dormitório para permanência do familiar/acompanhante. | | | | | |
| 60 | Considero que a permanência e participação dos familiares na assistência devem ser incentivadas visando à valorização das heranças culturais e troca de experiências entre a criança, família e equipe de saúde. | | | | | |
| 61 | Reconheço que nem todos os pais têm condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP. | | | | | |
| 62 | Reconheço que o grupo de apoio à família da criança facilita na relação com a equipe, diminui o estresse e uniformiza as informações a serem transmitidas. | | | | | |
| 63 | Na UTIP em que atuo o familiar/acompanhante não tem acesso livre ao prontuário e prescrição da criança. | | | | | |
| 64 | Valorizo a interação da família com a criança para sua recuperação na UTIP. | | | | | |
| 65 | Acredito que a família não é uma facilitadora na inter-relação entre a criança e a equipe. | | | | | |
| 66 | Minha relação com a família da criança tem por finalidade trocar e discutir ideias, dialogar e conversar de maneira sensível, empática e honesta, com vista ao bom entendimento entre a equipe e a família. | | | | | |
| 67 | A instituição em que trabalho não possui uma equipe de cuidados paliativos para dar suporte aos profissionais, criança e sua família. | | | | | |
| 68 | Identifico que o apoio espiritual é um recurso utilizado pela criança e sua família para minimizar o sofrimento e enfrentar o período da doença na UTIP. | | | | | |
| 69 | Na UTIP em que atuo não existem protocolos institucionais de condutas para situações de final de vida da criança. | | | | | |
| 70 | Reconheço que a família precisa ser preparada para vivenciar a morte da criança sendo apoiada emocionalmente, orientada quanto ao quadro clínico da criança e a não possibilidade de cura. | | | | | |
| 71 | Durante a graduação não tive uma aula específica sobre o enfrentamento do profissional na morte da criança. | | | | | |
| 72 | Acredito que o preparo da equipe de saúde para o enfrentamento da morte facilita a aceitação da irreversibilidade do quadro clínico da criança e alicerça nas tomadas de decisões para ajudar a | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | família. | | | | | |
| 73 | Reconheço que existe um déficit de conhecimento na formação da enfermeira com relação aos direitos da criança hospitalizada. | | | | | |
| 74 | Acredito que permitir uma morte digna da criança na UTIP é reconhecer os benefícios da evolução natural da doença, respeitar os aspectos socioculturais, estabelecer uma parceria entre a equipe e a família, proporcionar conforto físico e promover o bem-estar. | | | | | |
| 75 | Considero que a UTIP não é um local adequado para permanência de crianças em fase terminal de vida. | | | | | |
| 76 | Valorizo que a criança em fase terminal de vida permaneça junto a sua família, em ambiente favorável, garantindo privacidade e conforto. | | | | | |
| 77 | Observo que não é solicitado na UTIP o consentimento informado da família/responsável da criança para realização de provas diagnósticas e terapêuticas. | | | | | |
| 78 | Acredito ser importante na UTIP a existência de um grupo de pais, a fim de atender as necessidades da família mediante suporte de uma equipe multiprofissional. | | | | | |
| 79 | Não permito que a família traga brinquedos e outros objetos de casa pois aumentam os índices de infecção hospitalar. | | | | | |
| COMPONENTE AFETIVO | | | | | | |
| 1 | O ambiente da UTIP em que atuo é decorado com motivos infantis. | | | | | |
| 2 | Reconheço que diante do uso de tecnologias para manutenção da vida, como equipamentos e medicações, o conforto ao corpo da criança não é valorizado. | | | | | |
| 3 | Percebo que a criança que é separada dos pais, sente medo e fica muito ansiosa durante a internação na UTIP. | | | | | |
| 4 | Prefiro cuidar, na unidade em que atuo, de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam. | | | | | |
| 5 | Considero que para a efetivação de uma assistência voltada para as necessidades de saúde da criança e menos tecnicista é necessário vontade, sensibilidade, empatia e comprometimento por parte da equipe de saúde. | | | | | |
| 6 | Percebo que trabalhar com a criança na UTIP não gera desgaste psíquico para a equipe de saúde. | | | | | |
| 7 | Valorizo a opinião da criança internada na UTIP durante o desenvolvimento da assistência. | | | | | |
| 8 | Sinto que a equipe de enfermagem tem pouca motivação para cuidar de uma criança sem expectativa de recuperação. | | | | | |
| 9 | A essência do desenvolvimento da assistência como enfermeira pediatra de UTI é assistir a criança em sua totalidade e sempre estar perto dela. | | | | | |
| 10 | Tenho dificuldades de aceitar quando uma criança não tem possibilidades de recuperação. | | | | | |
| 11 | Gosto de atuar na UTIP, pela possibilidade de trabalhar com equipamentos para a manutenção da vida e da possibilidade de recuperação da criança gravemente enferma. | | | | | |
| 12 | A criança internada na UTIP em que atuo não tem suporte assistencial de um profissional de | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | psicologia para ajudá-la enfrentar o período de internação com menos ansiedade. | | | | | |
| 13 | Percebo quando a criança está com dor através de sua expressão facial e comportamento agitado. | | | | | |
| 14 | Sinto falta na UTIP do desenvolvimento de atividades recreativas para criança, como a leitura, o brincar, dotes da alegria, dentre outros. | | | | | |
| 15 | A unidade em que atuo disponibiliza brinquedos para as crianças internadas. | | | | | |
| 16 | Observo que a criança fica mais agitada após as atividades recreativas na UTIP. | | | | | |
| 17 | Identifico que as crianças sedadas ou com comprometimentos neurológicos são estimuladas com atividades lúdicas. | | | | | |
| 18 | Percebo que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada. | | | | | |
| 19 | Durante a prestação de cuidados a criança na UTIP, sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele. | | | | | |
| 20 | Percebo que o familiar/acompanhante vive uma experiência traumática ao ver a criança gravemente enferma na UTIP, não conseguindo permanecer junto dela. | | | | | |
| 21 | Sinto-me segura durante a realização dos cuidados a criança na UTIP, com a presença do familiar/acompanhante. | | | | | |
| 22 | Percebo que a equipe de enfermagem fica resistente à permanência 24 horas da família na UTIP. | | | | | |
| 23 | Valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois eles oferecem amor e carinho à criança. | | | | | |
| 24 | Percebo que a relação da equipe de enfermagem com o familiar/acompanhante não tem conflitos. | | | | | |
| 25 | Conviver com a permanência do familiar/acompanhante na UTIP me deixa mais sensibilizada com a história de vida da criança e sua família. | | | | | |
| 26 | Tenho dificuldades de atender as necessidades de informação do familiar/acompanhante. | | | | | |
| 27 | Converso, escuto e oriento à família durante o período de internação da criança na UTIP. | | | | | |
| 28 | O primeiro contato do familiar/acompanhante com a criança na UTIP é traumatizante devido ao uso extensivo de equipamentos e procedimentos invasivos. | | | | | |
| 29 | Observo que o familiar/acompanhante é um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP. | | | | | |
| 30 | Não compreendo o estado emocional do familiar/acompanhante da criança e prefiro o afastamento. | | | | | |
| 31 | Nos casos de crianças com menos gravidade e que choram, permito a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. | | | | | |
| 32 | Percebo que as crenças, cultura e valores da criança e sua família não são respeitadas pela equipe da UTIP. | | | | | |
| 33 | Quando o familiar/acompanhante permanece junto com a criança, sedada ou em coma, observo mudanças nos sinais vitais. | | | | | |
| 34 | Identifico que as necessidades biopsicossociais do familiar da criança não são valorizadas na UTIP, | | | | | |
| 35 | Permito a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família. | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 36 | Reconheço a importância da relação criança e sua família, mas tenho dificuldades de lidar com esta relação. | | | | | |
| 37 | Valorizo a manutenção do vínculo afetivo entre a criança e sua família. | | | | | |
| 38 | Não estou preparada para lidar com os sentimentos de medo, ansiedade e estresse do familiar/acompanhante. | | | | | |
| 39 | Percebo que os pais gostariam de participar dos cuidados ao seu filho na UTIP. | | | | | |
| 40 | Não valorizo a permanência da família 24 horas na UTIP. | | | | | |
| 41 | Estimulo através do diálogo que os pais se aproximem da criança na UTIP, toquem e aconcheguem, para manter o vínculo afetivo entre eles. | | | | | |
| 42 | Os familiares da criança na UTIP fazem várias solicitações que nem sempre posso atender, como a permanência 24 horas com a criança, visita de irmãos pequenos e outros parentes. | | | | | |
| 43 | Os objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança são mantidos no leito da UTIP, como imagens, orações, dentre outros. | | | | | |
| 44 | Percebo que o relacionamento da equipe multiprofissional com o familiar da criança é frio e distante. | | | | | |
| 45 | Diante da morte da criança na UTIP, fico sensibilizada com o sofrimento da família. | | | | | |
| 46 | Observo que são poucos os profissionais que se preocupam em se aproximar da família para conversar e ouvi-la. | | | | | |
| 47 | A família recebe cuidados de uma equipe multiprofissional para vivenciar a morte da criança. | | | | | |
| 48 | Minhas atividades como enfermeira se esgotam com a morte da criança, pois não tenho tempo para apoiar a família depois que o corpo da criança sai da UTIP. | | | | | |
| 49 | Tenho o apoio de um psicólogo para lidar com o familiar/acompanhante diante de situações como a gravidade da doença da criança e óbitos. | | | | | |
| 50 | Sinto-me fragilizada e impotente diante da morte da criança. | | | | | |
| 51 | Aceito a morte da criança na UTIP como um percurso natural da vida, principalmente diante de quadros clínicos graves. | | | | | |
| 52 | Nos casos de morte por doença aguda, em que a criança é previamente hígida, tenho um sentimento de inconformismo e impotência. | | | | | |
| 53 | Nos casos de morte por doença crônica, em que a criança permanece muito tempo internada, a aceitação é mais suportável, pois acredito que a criança e sua família estavam sofrendo devido às características da doença. | | | | | |
| 54 | A morte da criança na UTIP não desencadeia sentimentos de perda na equipe de saúde. | | | | | |
| 55 | Reconheço que a morte da criança na UTIP é uma das situações mais difíceis de ser enfrentada. | | | | | |
| COMPONENTE COMPORTAMENTAL | | | | | | |
| 1 | Interaço com a criança grave, independente do seu estado de consciência, coma ou sedação. | | | | | |
| 2 | Em situações de emergência na UTIP, não interaço com a criança. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 3 | Antes da realização dos cuidados explico para criança, sedada ou em coma, tudo o que será realizado. | | | | | |
| 4 | Todo aporte tecnológico disponível na UTIP para manutenção da vida da criança grave, me distancia de um cuidado mais sensível. | | | | | |
| 5 | De acordo com a idade da criança, explico o que será feito e pergunto sua opinião, como por exemplo: em qual mão ela gostaria que eu puncionasse a veia. | | | | | |
| 6 | Em casos graves por doenças agudas priorizo o cuidado do corpo adoecido, em que a interação com a criança e a família é prejudicada. | | | | | |
| 7 | Atendo todas as necessidades de saúde da criança na UTIP oferecendo assistência de maneira individualizada e humanizada. | | | | | |
| 8 | Tenho dificuldades de me comunicar com a criança em coma ou sedada e em uso de ventilação mecânica. | | | | | |
| 9 | Durante a realização dos cuidados me comunico com a criança através de gestos e do toque. | | | | | |
| 10 | Realizo o procedimento na criança grave e não explico para ela o que estou fazendo. | | | | | |
| 11 | Ofereço assistência à criança na UTIP, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. | | | | | |
| 12 | Na UTIP em que atuo o som ambiente não toca músicas voltadas para a criança. | | | | | |
| 13 | Escrevo todos os procedimentos realizados na criança na evolução de enfermagem, sem restrição de informações. | | | | | |
| 14 | Para avaliação da dor na criança na UTIP não utilizo protocolos de tratamento e avaliação da dor, utilizando apenas o que está prescrito de analgesia. | | | | | |
| 15 | De acordo com idade da criança, informo sobre sua enfermidade e todos os cuidados terapêuticos a que será submetida. | | | | | |
| 16 | Minha participação nas tomadas de decisão quanto ao tratamento e cuidado da criança na UTIP é restrita e estas dependem das decisões tomadas pela equipe de saúde. | | | | | |
| 17 | Estabeleço uma interação com a criança na UTIP utilizando brinquedos, desenhos e músicas. | | | | | |
| 18 | Retiro brinquedos e objetos pessoais da criança do leito, pois a comissão de infecção hospitalar orienta que os mesmos aumentam os índices de infecção. | | | | | |
| 19 | Solicito que os pais tragam o brinquedo da criança de casa. | | | | | |
| 20 | Quando realizo procedimentos na criança, o familiar/acompanhante fiscaliza a minha atuação. | | | | | |
| 21 | Quando penso que a criança fica mais tranquila junto do familiar/acompanhante, permito sua entrada na UTIP fora do horário de visitas. | | | | | |
| 22 | Não realizo procedimentos na criança quando o familiar/acompanhante está presente. | | | | | |
| 23 | Durante a realização de procedimentos na UTIP, utilizo o brinquedo para distrair a criança. | | | | | |
| 24 | Imponho limites para a permanência do familiar/acompanhante junto à criança, para manter a organização da rotina na UTIP. | | | | | |
| 25 | Quando identifico que a criança na UTIP sente dor, verifico na prescrição médica a analgesia | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | prescrita e administro a medicação. | | | | | |
| 26 | Nas situações de conflitos entre a equipe e o familiar/acompanhante, me apoio nas normas e rotinas institucionais para manter a ordem no setor. | | | | | |
| 27 | Respeito à opinião de crianças lúcidas internadas na UTIP. | | | | | |
| 28 | Solicito ao familiar/acompanhante que permaneça fora da UTIP, durante o desenvolvimento de procedimentos na criança. | | | | | |
| 29 | Participo das decisões sobre o tratamento da criança e condutas a serem tomadas participando de discussões com a equipe multiprofissional da UTIP. | | | | | |
| 30 | Não autorizo que o familiar/acompanhante permaneça junto a criança na UTIP durante a noite, devido as normas institucionais. | | | | | |
| 31 | Convido o familiar/acompanhante para auxiliar no banho da criança na UTIP. | | | | | |
| 32 | Limito a visita à criança na UTIP para os pais e avós. | | | | | |
| 33 | Explico para a equipe de enfermagem quanto à importância da permanência do familiar/acompanhante na UTIP junto à criança. | | | | | |
| 34 | Informo ao familiar/acompanhante apenas o que julgo necessário sobre os cuidados terapêuticos realizados na criança. | | | | | |
| 35 | Demonstro para o familiar/acompanhante o meu interesse pela história de vida da criança. | | | | | |
| 36 | Afasto-me da família quando ela é muito questionadora. | | | | | |
| 37 | Ao identificar na UTIP que a criança sofre maus tratos aciono o conselho tutelar. | | | | | |
| 38 | Durante o desenvolvimento de minhas atividades como enfermeira na UTIP tenho pouco tempo para estabelecer uma relação mais próxima com a família da criança devido aos cuidados e tarefas burocráticas que tenho que realizar. | | | | | |
| 39 | Em crianças fora de possibilidades terapêuticas restrinjo a realização de procedimentos invasivos dolorosos que não mudariam a evolução da doença. | | | | | |
| 40 | A família não participa das discussões clínicas sobre a criança, na UTIP em que atuo. | | | | | |
| 41 | Permito que o familiar/acompanhante da criança na UTIP expresse seus sentimentos. | | | | | |
| 42 | Enquanto realizo procedimentos na criança, o familiar/acompanhante espera muito tempo fora da UTIP para receber notícias. | | | | | |
| 43 | No caso de doença crônica da criança, em que o período de internação na UTIP normalmente é mais prolongado, desenvolvo um relacionamento mais próximo com a criança e sua família compartilhando experiências boas e ruins do dia a dia. | | | | | |
| 44 | Não informo com antecedência ao familiar/acompanhante sobre os procedimentos que serão realizados na criança. | | | | | |
| 45 | Permito que o familiar/acompanhante visite a criança em horário livre. | | | | | |
| 46 | Quando é realizado qualquer procedimento ou exames na UTIP, solicito a saída do familiar/acompanhante, mesmo não sendo realizado em seu filho. | | | | | |
| 47 | Incentivo a permanência do familiar/acompanhante durante a realização de procedimentos na criança | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | e explico tudo o que será realizado. | | | | | |
| 48 | Durante a passagem de plantão das equipes médica e de enfermagem, solicito a saída de todos os familiares/acompanhantes. | | | | | |
| 49 | Incentivo que a família traga os objetos pessoais da criança. | | | | | |
| 50 | Não permito a participação do familiar/acompanhante nos cuidados a criança, quando ela está gravemente enferma e utilizando diversos recursos tecnológicos. | | | | | |
| 51 | Na UTIP desenvolvo minha assistência englobando a família da criança como um participante ativo desse processo. | | | | | |
| 52 | A minha comunicação com o familiar/acompanhante é prejudicada devido à utilização de termos técnicos. | | | | | |
| 53 | Quando explico para a família sobre a assistência prestada a criança na UTIP, a informação é aceita sem questionamentos. | | | | | |
| 54 | Quando assumo comportamentos como mínimo manuseio, toque e precaução de contato durante a assistência distancio a família da criança e da equipe. | | | | | |
| 55 | As normas e rotinas do hospital direcionam minha conduta enquanto enfermeira de UTIP e o poder exercido sobre a família da criança hospitalizada. | | | | | |
| 56 | Na UTIP em que atuo, nem todas as crianças que estão em ventilação mecânica recebem analgesia e sedação. | | | | | |
| 57 | Diante da impossibilidade de recuperação da criança, atuo para proporcionar conforto físico e emocional para criança e sua família. | | | | | |
| 58 | Quando a equipe médica não deixa claro para família sobre a condição clínica da criança, não me sinto a vontade para conversar abertamente com a família e expor a real situação da criança. | | | | | |
| 59 | A entrada na UTIP do orientador espiritual da criança e sua família é permitida sem restrições. | | | | | |
| 60 | Tenho dificuldades de compreender os valores espirituais e a prática religiosa da criança e sua família na UTIP. | | | | | |
| 61 | Depois de constatado o óbito, permito que a família tenha um último contato com a criança e se despeça dela ainda na UTIP. | | | | | |
| 62 | Não converso com a família sobre a possibilidade de morte da criança. | | | | | |
| 63 | Na criança em fase terminal na UTIP utilizo todos os recursos necessários para manutenção da vida, como equipamentos e medicações. | | | | | |
| 64 | Quando a criança morre tenho dificuldades de conversar com os pais e prefiro o afastamento. | | | | | |

APÊNDICE 3 – CARTA AOS JUÍZES

Prezada Prof^{a(o)} Dra(o)

Meu nome é Elena Araujo Martinez, sou doutoranda do curso de pós-graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN – UFRJ).

Estou desenvolvendo minha tese de doutorado intitulada: “Os Direitos da Criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: atitudes das enfermeiras”, orientada pela Prof^a Dr^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira. Este estudo está inserido no Projeto Integrado de Pesquisa/CNPq – “Enfermeira, Hospital e Estatuto da Criança e do Adolescente: implicações para enfermagem pediátrica”.

Solicito a sua preciosa colaboração na qualidade de expert na área da Saúde da Criança para proceder a validação teórica do instrumento de coleta de dados, denominado “Escala de atitudes das enfermeiras frente à garantia dos direitos da criança na UTIP”, para a inclusão dos itens na escala a ser preenchida pelas enfermeiras, participantes do estudo.

A escala de atitudes foi construída e dimensionada a partir dos componentes das atitudes: cognitivo (conhecimentos e crenças), afetivo (sentimentos) e comportamental (ações; o fazer da enfermeira).

Caso aceite participar, peço que se posicione assinalando com um X no seu nível de concordância de cada item (frase), como também proceder sua avaliação quanto à adequação semântica, facilidade de compreensão dos itens e adequação da representação comportamental de cada item na escala na dimensão proposta. Qualquer observação ou alteração pode ser acrescida na coluna “observação”.

Vale destacar que este estudo foi aprovado pelo CEP da EEAN-UFRJ e respeitará os aspectos e preceitos éticos da Resolução 466/2012. Sua identidade como expert/juiz não será revelada no decorrer da pesquisa e na apresentação dos resultados.

Envio em anexo o instrumento de coleta de dados e solicito sua devolução até o dia 28/10/2013.

Desde já agradeço sua atenção e colaboração.

Aguardo sua resposta.

Atenciosamente.

Elena Araujo Martinez

Email: elenamartinez@uol.com.br

APÊNDICE 4 - ESCALA DE ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP – ANALISADA PELOS JUIZES

| Atitudes das Enfermeiras | | Níveis de Concordância | | | | |
|-----------------------------|---|------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|---------------------|
| | | Concordo totalmente | Concordo parcialmente | Indeciso | Discordo parcialmente | Discordo totalmente |
| COMPONENTE COGNITIVO | | | | | | |
| 1 | A criança em coma ou sedada não me escuta durante a assistência prestada. | | | | | |
| 3 | A decoração da UTIP distrai a criança que está acordada. | | | | | |
| 11 | Reconheço que os leitos da UTIP não são adequados à faixa etária da criança. | | | | | |
| 16 | O estresse da criança é inevitável durante o período de internação na UTIP, por vivenciar mudança de ambiente, ausência dos pais, medo, dor e longos períodos sem dormir. | | | | | |
| 20 | A minha atuação como enfermeira me exige competência técnica, conhecimento científico e atualização constante na área da saúde da criança. | | | | | |
| 22 | Reconheço que a criança está sofrendo e sentindo dor por seu comportamento, seus gestos e expressões faciais. | | | | | |
| 25 | O modelo assistencial centrado na doença e a “luta pela vida a qualquer custo” ainda é vivenciado no dia a dia da UTIP. | | | | | |
| 31 | Desconheço os métodos de tratamento e avaliação da dor em pediatria. | | | | | |
| 32 | Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família. | | | | | |
| 34 | Reconheço que a criança na UTIP tem direito a receber visitas de familiares e amigos. | | | | | |
| 37 | A dinâmica do cuidado na UTIP prejudica o direito a programas de educação para saúde e acompanhamento do currículo escolar para a criança acordada e lúcida, internada por tempo prolongado | | | | | |
| 38 | Acredito que a dor da criança deve ser avaliada e tratada constantemente durante a internação na UTIP. | | | | | |
| 40 | Reconheço que a permanência do familiar/acompanhante junto à criança na UTIP facilita na avaliação da dor, pois ele oferece informações sobre o comportamento da criança. | | | | | |
| 41 | A associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como a sucção não nutritiva e sucção adocicada, não são eficazes para o tratamento da dor da criança na UTIP. | | | | | |
| 42 | A padronização do tratamento e avaliação da dor facilitaria na minha tomada de decisão para alívio da dor na criança na UTIP. | | | | | |
| 44 | Identifico como comportamentos de dor na criança: o choro, agitação, testa franzida, olhos cerrados e irritabilidade. | | | | | |
| 45 | A realização de atividades recreativas como o brincar, leitura, música, dentre outros, são desvalorizadas devido as características do cuidado na UTIP e quadro clínico da criança. | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 46 | Quando utilizo o brinquedo e atividades lúdicas percebo que a criança extravasa seus sentimentos e interage de maneira mais tranquila. | | | | |
| 47 | Acredito que a permanência dos pais/responsável na UTIP prejudica a recuperação da criança. | | | | |
| 50 | A permanência integral dos pais/responsável na UTIP é um direito da criança. | | | | |
| 51 | O familiar/acompanhante, quando permanece na UTIP junto à criança, desconhece o cotidiano hospitalar e a terapêutica utilizada na criança. | | | | |
| 52 | É direito da criança que na UTIP tenha um local para permanência por tempo integral do familiar/acompanhante, com uma cadeira para repouso. | | | | |
| 53 | A família da criança não é parte integrante dos cuidados que desenvolvo na UTIP. | | | | |
| 54 | Considero o familiar/acompanhante como uma fonte de informação sobre os hábitos, costumes e história de vida da criança. | | | | |
| 55 | Reconheço que a família da criança tem um papel periférico e passivo na assistência, em que a tomada de decisões é vertical e centrada na equipe da unidade. | | | | |
| 60 | Considero que a permanência e participação dos familiares na assistência devem ser incentivadas visando à valorização das heranças culturais e troca de experiências entre a criança, família e equipe de saúde. | | | | |
| 61 | Reconheço que nem todos os pais têm condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP. | | | | |
| 62 | Reconheço que o grupo de apoio à família da criança facilita na relação com a equipe, diminui o estresse e uniformiza as informações a serem transmitidas. | | | | |
| 65 | Acredito que a família dificulta a inter-relação entre a criança e a equipe. | | | | |
| 66 | Minha relação com a família da criança tem por finalidade trocar e discutir ideias, dialogar e conversar de maneira sensível, empática e honesta, com vista ao bom entendimento entre a equipe e a família. | | | | |
| 68 | Identifico que o apoio espiritual é um recurso utilizado pela criança e sua família para minimizar o sofrimento e enfrentar o período da doença na UTIP. | | | | |
| 70 | Reconheço que a família precisa ser preparada para vivenciar a morte da criança sendo apoiada emocionalmente, orientada quanto ao quadro clínico da criança e a não possibilidade de cura. | | | | |
| 71 | A graduação de enfermagem prepara a enfermeira para o enfrentamento da morte da criança. | | | | |
| 72 | Acredito que o preparo da equipe de saúde para o enfrentamento da morte facilita a aceitação da irreversibilidade do quadro clínico da criança e alicerça nas tomadas de decisões para ajudar a família. | | | | |
| 73 | Reconheço que existe um déficit de conhecimento na formação da enfermeira com relação aos direitos da criança hospitalizada. | | | | |
| 75 | Considero que a UTIP não é um local adequado para permanência de crianças em fase terminal de vida. | | | | |
| 76 | Reconheço que a criança em fase terminal de vida deva permanecer junto a sua família, em ambiente favorável, garantindo privacidade e conforto. | | | | |
| 79 | Acredito que brinquedos e outros objetos trazidos de casa aumentam os índices de infecção hospitalar. | | | | |

| COMPONENTE AFETIVO | | | | | | |
|--------------------|---|--|--|--|--|--|
| 3 | Percebo que a criança que é separada dos pais, sente medo e fica muito ansiosa durante a internação na UTIP. | | | | | |
| 4 | Prefiro cuidar de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam. | | | | | |
| 6 | Percebo que trabalhar com a criança na UTIP não gera desgaste psíquico para a equipe de saúde. | | | | | |
| 7 | Valorizo a opinião da criança internada na UTIP durante o desenvolvimento da assistência. | | | | | |
| 11 | Gosto de atuar na UTIP, pela possibilidade de trabalhar com equipamentos para a manutenção da vida que possibilitam a recuperação da criança gravemente enferma. | | | | | |
| 12 | Sinto falta de suporte assistencial de um profissional de psicologia para ajudar a criança internada na UTIP a enfrentar o período de internação com menos ansiedade. | | | | | |
| 14 | Sinto falta na UTIP do desenvolvimento de atividades recreativas para criança, como a leitura, o brincar, doutores da alegria, dentre outros. | | | | | |
| 16 | Sinto que a criança fica mais agitada após as atividades recreativas na UTIP. | | | | | |
| 17 | Crianças sedadas ou com comprometimentos neurológicos devem ser estimuladas com atividades lúdicas. | | | | | |
| 18 | Sinto que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada. | | | | | |
| 19 | Sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele. | | | | | |
| 21 | Sinto segurança durante a realização dos cuidados a criança na UTIP, com a presença do familiar/acompanhante. | | | | | |
| 22 | Sinto que a equipe de enfermagem é resistente à permanência 24 horas da família na UTIP. | | | | | |
| 23 | Valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois eles oferecem amor e carinho à criança. | | | | | |
| 24 | Percebo que a relação da equipe de enfermagem com o familiar/acompanhante não tem conflitos. | | | | | |
| 25 | Conviver com a permanência do familiar/acompanhante na UTIP me deixa mais sensibilizada com a história de vida da criança e sua família. | | | | | |
| 26 | Sinto dificuldades para atender as necessidades de informação do familiar/acompanhante. | | | | | |
| 27 | Valorizo os momentos de conversa, escuta atenta e orientação à família durante o período de internação da criança na UTIP. | | | | | |
| 28 | Percebo que o primeiro contato do familiar/acompanhante com a criança na UTIP é traumatizante devido ao uso extensivo de equipamentos e procedimentos invasivos. | | | | | |
| 29 | Valorizo o familiar/acompanhante como um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP. | | | | | |
| 30 | Não compreendo o estado emocional do familiar/acompanhante da criança e prefiro o afastamento. | | | | | |
| 34 | Sinto que as necessidades biopsicossociais do familiar da criança não são valorizadas na UTIP. | | | | | |
| 35 | Me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família e valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. | | | | | |
| 43 | Valorizo a permanência no leito de imagens, orações, dentre outros objetos referentes ao apoio espiritual da | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | família e da criança. | | | | | |
| 44 | Percebo que o relacionamento da equipe multiprofissional com o familiar da criança é frio e distante. | | | | | |
| 46 | Sinto que são poucos os profissionais que se preocupam em se aproximar da família para conversar e ouvi-la. | | | | | |
| 48 | Minhas atividades como enfermeira se esgotam com a morte da criança, pois não tenho tempo para apoiar a família depois que o corpo da criança sai da UTIP. | | | | | |
| 52 | Tenho um sentimento de inconformismo e impotência, nos casos de morte por doença aguda, em que a criança é previamente hígida. | | | | | |
| COMPONENTE COMPORTAMENTAL | | | | | | |
| 3 | Antes da realização dos cuidados explico para criança, sedada ou em coma, tudo o que será realizado. | | | | | |
| 4 | O aporte tecnológico disponível na UTIP para manutenção da vida da criança grave, me distancia de um cuidado mais sensível. | | | | | |
| 5 | De acordo com a idade da criança, explico o que será feito e pergunto sua opinião, como por exemplo: em qual mão ela gostaria que eu puncionasse a veia. | | | | | |
| 7 | Atendo todas as necessidades de saúde da criança na UTIP oferecendo assistência de maneira individualizada e humanizada. | | | | | |
| 8 | Tenho dificuldades de me comunicar com a criança em coma ou sedada e em uso de ventilação mecânica. | | | | | |
| 10 | Realizo o procedimento na criança grave e não explico para ela o que estou fazendo. | | | | | |
| 11 | Ofereço assistência à criança na UTIP, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. | | | | | |
| 13 | Escrevo todos os procedimentos realizados na criança na evolução de enfermagem, sem restrição de informações. | | | | | |
| 15 | De acordo com idade da criança, informo sobre sua enfermidade e todos os cuidados terapêuticos a que será submetida. | | | | | |
| 17 | Estabeleço uma interação com a criança na UTIP utilizando brinquedos, desenhos e músicas. | | | | | |
| 18 | Retiro brinquedos e objetos pessoais da criança do leito, pois a comissão de infecção hospitalar orienta que os mesmos aumentam os índices de infecção. | | | | | |
| 21 | Quando penso que a criança fica mais tranquila junto do familiar/acompanhante, permito sua entrada na UTIP fora do horário de visitas. | | | | | |
| 22 | Não realizo procedimentos na criança quando o familiar/acompanhante está presente. | | | | | |
| 23 | Durante a realização de procedimentos na UTIP, utilizo o brinquedo para distrair a criança. | | | | | |
| 26 | Nas situações de conflitos entre a equipe e o familiar/acompanhante, me apoio nas normas e rotinas institucionais para manter a ordem no setor. | | | | | |
| 27 | Respeito à opinião de crianças lúcidas internadas na UTIP. | | | | | |
| 28 | Solicito ao familiar/acompanhante que permaneça fora da UTIP, durante o desenvolvimento de procedimentos na criança. | | | | | |




| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 29 | Participo das decisões sobre o tratamento da criança e condutas a serem tomadas mediante discussões com a equipe multiprofissional da UTIP. | | | | | |
| 31 | Convido o familiar/acompanhante para auxiliar no banho da criança na UTIP. | | | | | |
| 33 | Explico para a equipe de enfermagem quanto à importância da permanência do familiar/acompanhante na UTIP junto à criança. | | | | | |
| 34 | Informo ao familiar/acompanhante apenas o que julgo necessário sobre os cuidados terapêuticos realizados na criança. | | | | | |
| 35 | Demonstro para o familiar/acompanhante o meu interesse pela história de vida da criança. | | | | | |
| 36 | Afasto-me da família quando ela é muito questionadora. | | | | | |
| 37 | Ao identificar na UTIP que a criança sofre maus tratos aciono o conselho tutelar. | | | | | |
| 41 | Permito que o familiar/acompanhante da criança na UTIP expresse seus sentimentos. | | | | | |
| 43 | No caso de doença crônica da criança, em que o período de internação na UTIP normalmente é mais prolongado, desenvolvo um relacionamento mais próximo com a criança e sua família compartilhando experiências boas e ruins do dia a dia. | | | | | |
| 44 | Não informo com antecedência ao familiar/acompanhante sobre os procedimentos que serão realizados na criança. | | | | | |
| 49 | Incentivo que a família traga os objetos pessoais da criança, como brinquedos. | | | | | |
| 59 | Permito a entrada, sem restrições na UTIP, do apoiador espiritual da criança e sua família. | | | | | |
| 60 | Tenho dificuldades de compreender os valores espirituais e a prática religiosa da criança e sua família na UTIP. | | | | | |
| 61 | Depois de constatado o óbito, permito que a família tenha um último contato com a criança e se despeça dela ainda na UTIP. | | | | | |
| 31 | Nos casos de crianças com menos gravidade e que choram, permito a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. | | | | | |
| 49 | Por perder muito tempo explicando o cuidado desenvolvido, não incentivo que familiar/acompanhante participe dos cuidados à criança na UTIP. | | | | | |

APÊNDICE 5 - CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTUDO DE ACORDO COM A AUTARQUIA GOVERNAMENTAL, ÁREA PROGRAMÁTICA, TIPO DE ATENDIMENTO, NÚMERO DE LEITOS E QUANTITATIVO DE ENFERMEIRAS.

| Instituição | Autarquia governamental | Área programática | Tipo de atendimento | Número de leitos | Quantitativo de enfermeiras |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 01 | Federal | 2.1 | UTIP | 06 | 15 |
| 02 | Federal | 3.1 | UTIP | 10 | 17 |
| 03 | Federal | 4.0 | UTIP | 10 | 10 |
| 04 | Federal | 3.1 | UTIP e Neo | 04 pediátricos / 12 neo | 25 |
| 05 | Federal | 1.0 | UTIP | 04 | 11 |
| 06 | Municipal | 2.1 | UTIP | 04 | 13 |
| 07 | Estadual | 1.0 | UTIP e Neo | 04 pediátricos / 07 neo | 12 |
| 08 | Federal | 2.1 | UTIP e Neo | 06 pediátricos / 5 neo | 19 |
| 09 | Municipal | 2.2 | UTIP | 09 | 13 |
| 10 | Federal | 2.1 | UTIP | 10 | 14 |
| 11 | Federal | 1.0 | UTIP | 08 | 28 |
| 12 | Federal | 1.0 | UTIP | 06 | 12 |

APÊNDICE 06 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

| | | |
|--|--|---|
|  <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EAN/ UFRJ - HOSPITAL ESCOLA SÃO</p> <p><i>Continuação do Parecer 404/04</i></p> | <p align="center">PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p> <p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: Atitudes das enfermeiras</p> <p>Pesquisador: Eliana Araújo Martins</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 1</p> <p>CAAE: 20837713.9.0000.5238</p> <p>Instituição Proponente: Escola de Enfermagem/Anna Nery</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 404/554</p> <p>Data da Realização: 24/09/2013</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. POPULAÇÃO ALVO - A população do estudo serão enfermeiras(os) que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de hospitais do Município do Rio de Janeiro nas esferas federais, municipais e estaduais. AMOSTRA - A amostra do estudo corresponde a 174 enfermeiras(os) de 13 hospitais do Município do Rio de Janeiro, sendo 09 da esfera federal, 03 municipal e 1 estadual, selecionados a partir de uma amostragem não probabilística intencional.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Objetivo Primário:</p> <p>1. descobrir as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos; 2. analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos; 3. discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos; 4. propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.</p> <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</p> <p>Riscos:</p> <p>O risco de participação neste estudo está relacionado ao desconforto emocional e sentimentos</p> | <p><i>Página 01 de 01</i></p> <p>Endereço: Rua Alvaro Cavalcanti, 275 Bairro: Cidade Nova UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO Telefone: (21)2228-3148</p> <p align="right">CEP: 20.211-110 E-mail: opes@eanfrj@gmail.com</p> |
|  <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EAN/ UFRJ - HOSPITAL ESCOLA SÃO</p> <p><i>Continuação do Parecer 404/04</i></p> | <p>gerados pela reflexão sobre a temática. Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que serão coletadas são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.</p> <p>Benefícios:</p> <p>O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico acerca dos direitos da criança hospitalizada para a área de enfermagem na Saúde da Criança.</p> <p>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</p> <p>A pesquisa de grande relevância e apresenta coerência entre justificativa, objetivos e metodologia.</p> <p>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</p> <p>Todos apresentados corretamente.</p> <p>Recomendações:</p> <p>Sem recomendações.</p> <p>Concluídas ou Pendências e Lista de Inadaptações:</p> <p>Projeto em condições de ser aprovado.</p> <p>Situação do Parecer:</p> <p>Aprovado</p> <p>Necessita Apreciação da CONEP:</p> <p>Não</p> <p>Considerações Finais a critério do CEP:</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa da EEN/UNESPA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 24 de setembro de 2013. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.</p> | <p><i>Página 02 de 02</i></p> <p>Endereço: Rua Alvaro Cavalcanti, 275 Bairro: Cidade Nova UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO Telefone: (21)2228-3148</p> <p align="right">CEP: 20.211-110 E-mail: opes@eanfrj@gmail.com</p> |
|  <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EAN/ UFRJ - HOSPITAL ESCOLA SÃO</p> <p><i>Continuação do Parecer 404/04</i></p> | <p>Assinado por:</p> <p>Maria Aparecida Vasconcelos Moura (Coordenador)</p> <p>RIO DE JANEIRO, 24 de Setembro de 2013</p> | <p><i>Página 03 de 03</i></p> <p>Endereço: Rua Alvaro Cavalcanti, 275 Bairro: Cidade Nova UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO Telefone: (21)2228-3148</p> <p align="right">CEP: 20.211-110 E-mail: opes@eanfrj@gmail.com</p> |

APÊNDICE 7 - APROVAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA DAS INSTITUIÇÕES COPARTICIPANTES

HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA

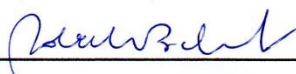
Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador Elena Araujo Martinez, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "Os direitos da criança na unidade de terapia intensiva pediátrica: atitudes das enfermeiras" a utilizar a Unidade de Saúde Hospital Federal da Lagoa como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, 30 / 09 / 2013.

Fernanda Avellar Cerqueira
Educação Permanente
COREN-RJ 145.051
Matrícula 3500415

Coordenação de Educação Permanente de Enfermagem



Diretor do Hospital Federal da Lagoa

Roberto H. Eichmann Pinto
Hospital de Lagoa - Diretora
COREN-RJ 039.12 - 1
Matr. 0322.379

HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR**Termo de Autorização da Unidade**

Autorizo a pesquisadora Elena Araujo Martinez, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "Os direitos da criança na unidade de terapia intensiva pediátrica: atitudes das enfermeiras" e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde Hospital Central da Polícia Militar - HCPM como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, 02 / 09 / 13.

Elena Araujo Martinez

Assinatura do Pesquisador Responsável

Antonio Carlos de M. R.

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES



Rede
Hospitalar Federal
no Rio de Janeiro

Memorando nº 007/2013 CEA/HFCF

Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2013.

Da: Presidência do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento
Para: Elena Araujo Martinez

Assunto: Autorização de Pesquisa

Prezada,

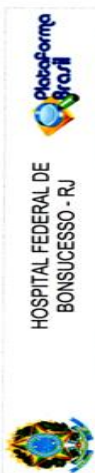
Mediante a autorização para realização da pesquisa pelo Diretor Geral e aprovação da Diretora de Pesquisa do CEA, informamos que a senhora poderá iniciar a sua pesquisa em nosso hospital.

Outrossim solicitamos que nos seja avisado por escrito o dia de início da pesquisa e que também nos seja entregue um relatório técnico ao final de cada semestre.

Atenciosamente,


Dra. Magali Luppo
Médica - Presidente do CEA/HFCF
Coordenadora da COREME
CRM: 52.42645-0 SIAPE: 6228418
Ministério da Saúde RJ

Dra. Magali Luppo Cordeiro
Presidente do CEA/HFCF
Coordenadora da COREME
SIAPE 6228418 CRM 52 42645-0



HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO - RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: Atitudes das enfermeiras

Pesquisador: Elena Araújo Natividade

Área Temática: 4

CAM: 2033713.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 453.869

Data do Relatório: 07/11/2013

Apresentação do Projeto:

As enfermeiras como líderes de equipe têm um papel importante na garantia e elevação dos direitos da criança hospitalizada e são dotadas de uma atitude frente a esses direitos. Apesar de 22 anos de promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente e todo acordo com relação aos direitos da criança hospitalizada observase na prática assistencial que as enfermeiras possuem dificuldades para a garantia desses direitos. Frente a essa perspectiva, a hipótese desse estudo é: as atitudes comportamentais da enfermeira, ou seja, o seu fazer durante o desenvolvimento da prática assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), diferem do seu conhecimento e afeto quanto aos direitos da criança hospitalizada. Este estudo está vinculado ao Projeto Integrado de Pesquisas CNPq "Enfermeira, Hospital e Estatuto da Criança e do Adolescente: Implicações para a Enfermagem Pediátrica".

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Para este estudo foi construído um questionário para a coleta de dados cujo primeiro parte corresponde aos dados de caracterização dos sujeitos e a segunda parte da Escala de Liert para mensurar as atitudes favoráveis ou desfavoráveis das(o) enfermeiras(o)s de UTIP quanto à garantia dos direitos da criança hospitalizada. A utilização deste instrumento tem como proposta

Endereço: Av. Lúcio de Azevedo, 616
Bairro: Bonsucesso
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3977-9833 Fax: (21)2561-2852 E-mail: cep@hfb@gmail.com

Página 01 de 03



HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO - RJ

Continuação do Parecer: 453.869

dar visibilidade, a partir de dados numéricos, aos conhecimentos, sentimentos e comportamentos das enfermeiras frente à garantia desses direitos.

A população do estudo serão enfermeiras(o) que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de hospitais do Município do Rio de Janeiro nas esferas federais, municipais e estaduais.

A amostra do estudo corresponde a 174 enfermeiras(o)s de 13 hospitais do Município do Rio de Janeiro, sendo 09 da esfera federal, 03 municipal e 1 estadual, selecionados a partir de uma amostragem não probabilística intencional.

Para seleção do quantitativo de enfermeiras(o)s, foi realizado contato telefônico, no período de dezembro de 2012, com a enfermeira da rotina de cada UTIP. Deste quantitativo, foram selecionadas enfermeiras(o)s assistenciais, de rotina e chefia de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

1. Descrever as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos; 2. Analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos; 3. Discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos; 4. Propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco de participação neste estudo está relacionado ao desconforto emocional e sentimentos gerados pela reflexão sobre a temática. O participante pode achar que determinadas perguntas incomodam, porque as informações que serão coletadas são sobre suas experiências pessoais.

Benefícios:

O benefício relacionado à participação será de aumentar o conhecimento científico acerca dos direitos da criança hospitalizada para a área de Enfermagem na Saúde da Criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de relevância e que agregará valores ao pesquisador e à comunidade.

Considerações sobre os Termos de Apresentação obrigatória:

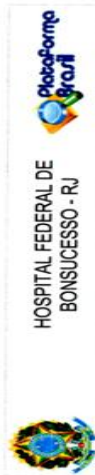
TCE adequado.

Recomendações:

Não se aplicam.

Endereço: Av. Lúcio de Azevedo, 616
Bairro: Bonsucesso
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3977-9833 Fax: (21)2561-2852 E-mail: cep@hfb@gmail.com

Página 02 de 03



HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO - RJ

Continuação do Parecer: 453.869

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após avaliação, o CEP-HFB considerou o projeto aprovado, pois atende às normas da Resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação do CONEP:

Não

Considerações Finais e critério do CEP:

Informamos a necessidade de que sejam encaminhados a este CEP relatórios semestrais com os dados parciais da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, seja encaminhada a este Conselho uma cópia do Relatório Final. Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final" (Item XI.2.2 da Resolução 466/12)

RIO DE JANEIRO, 11 de Novembro de 2013

Assinador por:

CRISTINA CARVALHO VIANA DE ARAUJO
(Coordenador)

Endereço: Av. Lúcio de Azevedo, 616
Bairro: Bonsucesso
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3977-9833 Fax: (21)2561-2852 E-mail: cep@hfb@gmail.com

Página 03 de 03

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA;
Atitudes das enfermeiras

Pesquisador: Elena Araújo Marinazz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20837713.0.0000.3238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 438.581

Data da Relatório: 08/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa cuja população é composta por enfermeiras(os) que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de hospitais do Município do Rio de Janeiro nas esferas federais, municipais e estaduais. Os enfermeiros responderão a um questionário elaborado pelos autores com base no Estatuto da Criança e do Adolescente com o objetivo de avaliar as atitudes das(os) enfermeiras(os) frente à garantia dos direitos da criança em UTIP. Tal instrumento caracteriza-se como uma Escala de Likert para mensurar as atitudes favoráveis ou desfavoráveis das(os) enfermeiras(os) de UTIP quanto à garantia dos direitos da criança hospitalizada. Os autores afirmam que a escala será submetida à validação de conteúdo por seis juizes especialistas em enfermagem pediátrica, sendo três do Estado do Rio de Janeiro e três de outras regiões do país. Para a análise de conteúdo, os juizes opinarão sobre adequação semântica, facilidade de compreensão e adequação da representação comportamental de cada item da escala. Pretende-se aplicar a versão preliminar do instrumento em forma de questionário, as(ocs) 174 enfermeiras(os) das UTIP de hospitais do município do Rio de Janeiro. Pretende-se nesta etapa que as(ocs) enfermeiras(os) contribuam para o aprimoramento final do instrumento de coleta de dados.

Após a aplicação do instrumento, serão analisadas as atitudes das(os) enfermeiras(os) frente à

Endereço: Rua Bruno Lobo 57 - Ilha do Fundão
Barra: Cidade Universitária
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2565-3842 Fax: (21)2565-6150 E-mail: pesquisa@pqm.ufrj.br; pesquisa.pqm@gmail.com

Página 01 de 03

Continuação do Parecer: 438.581

garantia dos direitos da criança em UTIP e partir da correlação entre as respostas da Escala de atitudes com os dados de caracterização dos sujeitos.

Este estudo está vinculado ao Projeto Integrado de Pesquisas CNPq "Enfermeira, Hospital e Estatuto da Criança e do Adolescente: Implicações para a Enfermagem Pediátrica", de autoria da Professora Isabel Cristina dos Santos Oliveira aprovado após discussão com os membros do Comitê de Ética em Pesquisas do IPPMG no reunião realizada no dia 30/04/2013 (Parecer número 260.019).

Objetivo da Pesquisa:

1. Descrever as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos;
2. Avaliar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos;
3. Discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos;
4. Propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco de participação neste estudo está relacionado ao desconforto emocional e sentimentos gerados pela reflexão sobre a temática. O benefício será de aumentar o conhecimento científico acerca dos direitos da criança hospitalizada para a área de enfermagem na Saúde da Criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo oferecerá subsídios para o estabelecimento de estratégias voltadas para o atendimento dos direitos da criança no cenário das unidades de cuidados intensivos. O atendimento destes direitos poderá estar voltado para a instituição de normas, projetos e programas que garantam a efetivação dos direitos da criança hospitalizada consoante na legislação de promoção à saúde infantil.

A julgar pelo exposto, um dos objetivos do estudo parece ser a validação de uma escala para investigar as atitudes das(ocs) enfermeiras(os) frente à garantia dos direitos da criança em UTIP. O objetivo número 4, "propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica" parece ser um desdobramento do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estudo aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery, pelo CEP do Instituto Fernandes Figueira e pelo CEP do INCA.

Endereço: Rua Bruno Lobo 57 - Ilha do Fundão
Barra: Cidade Universitária
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2565-3842 Fax: (21)2565-6150 E-mail: pesquisa@pqm.ufrj.br; pesquisa.pqm@gmail.com

Página 02 de 03

Continuação do Parecer: 438.581

Recomendações:

Apresentar o instrumento final à ser obtido a partir das respostas dos enfermeiros e rever o objetivo número 4, que parece ser um desdobramento do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A julgar pela metodologia proposta, um dos objetivos do estudo é validar uma escala com o objetivo de investigar as atitudes das(ocs) enfermeiras(os) frente à garantia dos direitos da criança em UTIP. Recomenda-se apresentar o instrumento final à ser obtido a partir das respostas dos enfermeiros e do parecer dos juizes.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora responsável deverá apresentar relatórios anuais sobre o andamento do projeto até sua conclusão, quando deverá ser apresentado o relatório final sucinto com todas as informações relevantes, de acordo com a Resolução do CNS 466/12.

Recomenda-se que o instrumento de coleta de dados a ser elaborado seja enviado ao CEP após sua conclusão, já que os membros do CEP entendem que há a possibilidade de tal instrumento ser modificado após a avaliação dos especialistas.

RIO DE JANEIRO, 29 de Outubro de 2013

Assinador por:

Maria do Carmo Soares Alves Cunha
(Coordenador)

Endereço: Rua Bruno Lobo 57 - Ilha do Fundão
Barra: Cidade Universitária
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2565-3842 Fax: (21)2565-6150 E-mail: pesquisa@pqm.ufrj.br; pesquisa.pqm@gmail.com

Página 03 de 03



INSTITUTO NACIONAL DE
CARDIOLOGIA - INC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:
Atitudes das enfermeiras

Pesquisador: Elena Araújo Martinez

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 2083773.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 455.977

Data da Relatoria: 29/10/2013

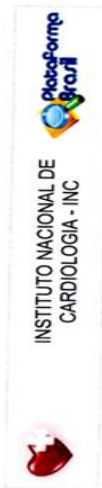
Apresentação do Projeto:

As enfermeiras como líderes de equipe tem um papel importante na garantia e efetivação dos direitos da criança hospitalizada e são cobradas de uma atitude frente a esses direitos. Apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente e do avengeo com relação aos direitos da criança hospitalizada observa-se na prática assistencial que as enfermeiras possuem dificuldades para a garantia desses direitos. Frente a essa perspectiva, a hipótese desse estudo é: as atitudes comportamentais da enfermeira, ou seja, o seu fazer durante o desenvolvimento da prática assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), diferem do seu conhecimento e afeto quanto aos direitos da criança hospitalizada.

Estudo vinculado ao Projeto Integrado de Pesquisa CNPq: "Enfermeira, Hospital e Estatuto da Criança e do Adolescente: implicações para a Enfermagem Pediátrica". Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa. A população são enfermeiras que atuam em UTIP e tem como amostra 174 enfermeiras que atuam em treze UTIP de hospitais do Município do Rio de Janeiro. O INC é co-participante. A coleta de dados será em 3 etapas: Construção de Escala de Likert - Atitudes das(o)s enfermeiras(o)s frente a garantia dos direitos da criança em UTIP; Validação de escala de atitudes por juizes

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 9º andar
Barro: Laranjeiras CEP: 22.240-006
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: opiniodanyn@gmail.com

Página 11 de 33



INSTITUTO NACIONAL DE
CARDIOLOGIA - INC

Continuação do Parecer: 455.977

especialista e pela análise de correlação das respostas dos juizes a partir do índice de concordância Kappa. Como terceira etapa a análise das atitudes das enfermeiras. Os dados coletados serão estruturados com auxílio de uma planilha eletrônica, e analisados a partir de estatística descritiva. Seus resultados serão apresentados em tabelas de distribuição de frequências, em que se contemplarão as respostas da Escala de Likert com os dados de caracterização dos sujeitos.

Objetivo da Pesquisa:

Seus objetivos são: descrever as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos; analisar as atitudes das enfermeiras na assistência a criança e sua família em cuidados intensivos; discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos; propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco de participação neste estudo está relacionado ao desconforto emocional e sentimentos gerados pela reflexão sobre a temática.

Benefícios:

Aumentar o conhecimento científico acerca dos direitos da criança hospitalizada para a Área de enfermagem na Saúde da Criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Todas informações para avaliação ética foram apresentadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes todos os termos obrigatórios. Sem impedimento ético.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 9º andar
Barro: Laranjeiras CEP: 22.240-006
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: opiniodanyn@gmail.com

Página 12 de 33



INSTITUTO NACIONAL DE
CARDIOLOGIA - INC

Continuação do Parecer: 455.977

Necessita Apreciação do CONEP:

Não

Considerações Finais e critério do CEP:

Relatórios semestrais deverão ser enviados ao CEP do INC.

RIO DE JANEIRO, 13 de Novembro de 2013

Assinador por:

monica moura de vasconcelos
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 9º andar
Barro: Laranjeiras CEP: 22.240-006
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: opiniodanyn@gmail.com

Página 13 de 33

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:
Atitudes das enfermeiras

Pesquisador: Eliana Araujo Martínez

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 20837713.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 444.007

Data da Relatoria: 30/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. POPULAÇÃO ALVO - A população do estudo serão enfermeiras(os) que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de hospitais do Município do Rio de Janeiro nas esferas federais, municipais e estaduais. AMOSTRA - A amostra do estudo corresponde a 174 enfermeiras(os) de 13 hospitais do Município do Rio de Janeiro, sendo 09 da esfera federal, 03 municipal e 1 estadual, selecionados a partir de uma amostragem não probabilística intencional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1. descrever as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos; 2. analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos; 3. discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos; 4. propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco de participação neste estudo está relacionado ao desconforto emocional e sentimentos gerados pela reflexão sobre a temática. Você pode achar que determinadas perguntas

Endereço: Avenida Brasil, n.º 500
Bairro: São Cristóvão
UF: RJ
Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2134-5000
E-mail: cep.into@into.saude.gov.br
Fax: (21)2134-5228
CEP: 20.940-070

Continuação do Parecer: 444.007

incomodam a você, porque as informações que serão coletadas são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico acerca dos direitos da criança hospitalizada para a área de enfermagem na Saúde da Criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande relevância e apresenta coerência entre justificativa, objetivos e metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos estão em acordo com a metodologia proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INTO.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 01 de Novembro de 2013

Assinado por:
Marisa Peter Silva
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, n.º 500
Bairro: São Cristóvão
UF: RJ
Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2134-5000
E-mail: cep.into@into.saude.gov.br
Fax: (21)2134-5228
CEP: 20.940-070



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:

Atitudes das enfermeiras

Área Temática:

Investigador: Elena Araujo Martinez

Versão: 4

CAAE: 20037713.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 433.656

Data da Relatoria: 22/11/2013

Apresentação do Projeto:

- Projeto de Pesquisa já aprovado pelo CEP-INCA pelo Parecer Consubstanciado de número 433.080, datado de 23 de Outubro de 2013.

- A presente Emenda é decorrente da inclusão do Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia.

Objetivo da Pesquisa:

- A presente Emenda é decorrente da inclusão do Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- A presente Emenda é decorrente da inclusão do Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A presente Emenda é decorrente da inclusão do Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A presente Emenda é decorrente da inclusão do Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO E-mail: oep@inca.gov.br
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 433.656

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação da Emenda ao Projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

RIO DE JANEIRO, 23 de Outubro de 2013

Assinador por:

Carlos Henrique Debonedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO E-mail: oep@inca.gov.br
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:

Atitudes das enfermeiras

Pesquisador: Elena Araujo Martínez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20837713.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 412.217

Data da Relatoria: 26/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. POPULAÇÃO ALVO - A população do estado serão enfermeiras(os) que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de hospitais do Município do Rio de Janeiro nas esferas federais, municipais e estaduais. AMOSTRA - A amostra do estudo corresponde a 174 enfermeiras(os) de 13 hospitais do Município do Rio de Janeiro, sendo 09 da esfera federal, 03 municipal e 1 estadual, selecionados a partir de uma amostragem não probabilística intencional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1. descrever as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos;
2. analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos;
3. discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos;
4. propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Continuação do Parecer: 412.217

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Aprovado.

Recomendações:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido somente é válido após a assinatura e carimbo do CEP/IFF. Observar as orientações da Resolução 466/12.

Apresentar ao CEP/IFF os relatórios semestrais e final

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado pelo CEP da ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN/ UFRJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 01 de Outubro de 2013

Assinador por:

Juan Clinton Llerena Junior
(Coordenador)

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:
Atitudes das enfermeiras

Pesquisador: Eliana Araújo Martins

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 2083713.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 513.422

Data da Relatoria: 25/10/2013

Apresentação do Projeto:

As enfermeiras como líderes da equipe tem um papel importante na garantia e efetivação dos direitos da criança hospitalizada e são cobradas de uma atitude frente a esses direitos. Apesar de 22 anos da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente e todo avanço com relação aos direitos da criança hospitalizada observa-se na prática assistencial que as enfermeiras possuem dificuldades para a garantia desses direitos. Frente a essa perspectiva, a hipótese desse estudo é: as atitudes comportamentais da enfermeira, ou seja, o seu fazer durante o desenvolvimento da prática assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), diferem do seu conhecimento e alto quanto aos direitos da criança hospitalizada. Seus objetivos são: descobrir as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos; analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos; discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos; propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO CEP: 20.211-901
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)259-4628 E-mail: operam@rio.gov.br

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:
Atitudes das enfermeiras

Pesquisador: Eliana Araújo Martins

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 2083713.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 513.422

Data da Relatoria: 25/10/2013

Apresentação do Projeto:

As enfermeiras como líderes da equipe tem um papel importante na garantia e efetivação dos direitos da criança hospitalizada e são cobradas de uma atitude frente a esses direitos. Apesar de 22 anos da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente e todo avanço com relação aos direitos da criança hospitalizada observa-se na prática assistencial que as enfermeiras possuem dificuldades para a garantia desses direitos. Frente a essa perspectiva, a hipótese desse estudo é: as atitudes comportamentais da enfermeira, ou seja, o seu fazer durante o desenvolvimento da prática assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), diferem do seu conhecimento e alto quanto aos direitos da criança hospitalizada. Seus objetivos são: descobrir as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos; analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos; discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos; propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO CEP: 20.211-901
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)259-4628 E-mail: operam@rio.gov.br

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:
Atitudes das enfermeiras

Pesquisador: Eliana Araújo Martins

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 2083713.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 513.422

Data da Relatoria: 25/10/2013

Apresentação do Projeto:

As enfermeiras como líderes da equipe tem um papel importante na garantia e efetivação dos direitos da criança hospitalizada e são cobradas de uma atitude frente a esses direitos. Apesar de 22 anos da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente e todo avanço com relação aos direitos da criança hospitalizada observa-se na prática assistencial que as enfermeiras possuem dificuldades para a garantia desses direitos. Frente a essa perspectiva, a hipótese desse estudo é: as atitudes comportamentais da enfermeira, ou seja, o seu fazer durante o desenvolvimento da prática assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), diferem do seu conhecimento e alto quanto aos direitos da criança hospitalizada. Seus objetivos são: descobrir as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos; analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos; discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos; propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO CEP: 20.211-901
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)259-4628 E-mail: operam@rio.gov.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Organizadora

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA
Unidade das enfermarias

Pesquisador: Erika Araújo Marinho

Área Temática:

Modalidade: S

CAPES: 2037713/1.000.5208

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 53/47

Data da Realização: 10/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. POPULAÇÃO ALVO - A população do estudo serão enfermeiros(as) que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de hospitais do Município do Rio de Janeiro das enferarias Iolanda, municipal e estaduais. AMOSTRA - A amostra do estudo compreende a 174 enfermeiros(as) de 13 hospitais do Município do Rio de Janeiro, sendo 09 da enferaria Iolanda, 01 municipal e 1 estadual, selecionados a partir de uma amostragem não probabilística intencional, conforme o estabelecido no Parecer Consultado nº34.233, que aprova o verbete 5 em 07.02.2014, emitido pelo CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - EUNUFRRJ. O projeto de pesquisa acha-se previsto para ser desenvolvido no Hospital Federal dos Servidores do Estado - HFSE, que é designado pela pesquisadora principal como instituição organizadora da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

1. Conhecer as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em unidades intensivas;
2. Analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos;
3. Detectar as necessidades das crianças das enfermarias para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos.

Endereço: Rua Saldanha Carneiro, nº 115 - P. andar - Posto de Atendimento
Barra, São José
Município: RIO DE JANEIRO
UF: RJ
Telefone: (0120)31311
Fax: (011)3334903 E-mail: rcp@higijna.com.br

Página 3

Consultado em Fevereiro 03/47

4. Projeto de pesquisa permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermarias das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Análise dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco de participação neste estudo está relacionado ao desconforto emocional e sentimentos negativos pelo referido sobre a pesquisa. Não pode ser considerado perigoso, pois não há informações que sejam capazes de causar danos físicos ou psicológicos. Assim, não há necessidade de responder quaisquer perguntas que o possam sentir-se incomodado.

Benefícios:

O benefício relacionado à sua participação está de aumentar o conhecimento científico acerca dos direitos da criança hospitalizada para a área de enfermagem na Saúde da Criança. A pesquisa de grande relevância e apresenta conexão entre jurídicas, éticas e metodológicas.

Considerações e Comentários sobre a Pesquisa:

É um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa, cuja amostra serão as enfermeiras de unidades de terapia intensiva pediátrica - UTIP, com etapas prévias de coleta e análise de dados no processo de pesquisa, o levantamento de dados compreende a caracterização dos sujeitos de pesquisa e uma escala de atitudes dos enfermeiros frente a garantia dos direitos da criança em UTIP, subdividido em componente cognitivo, em componente afetivo e em componente comportamental.

Considerações sobre os Termos de Apresentação Obrigatórios:

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) encontra-se claro e correto no que diz respeito ao conteúdo de participação e objetivos da pesquisa, ao tempo de duração e ao tipo de participação, ao sigilo, anonimato e confidencialidade, ao caráter voluntário da pesquisa e a possibilidade de retirada do consentimento pelo sujeito participante sem qualquer possibilidade de prejuízo e avaliação de custos ou de compensações financeiras; ao risco de participação que é específico, quanto ao possível desconforto em relação à alguma pergunta, com a possibilidade de não responder a ela; ao possível desconforto em relação a alguma pergunta, com a possibilidade de não responder a ela; ao possível desconforto em relação a alguma pergunta que o possam sentir-se incomodado e ao benefício coletivo da participação; aos custos com as pesquisas e com o CEP-HFSE e quanto aos campos de assinatura do sujeito participante e da pesquisadora principal.

O projeto de pesquisa apresenta uma declaração negativa de custos, datada de 04.10.13, sobre a

Endereço: Rua Saldanha Carneiro, nº 115 - P. andar - Posto de Atendimento
Barra, São José
Município: RIO DE JANEIRO
UF: RJ
Telefone: (0120)31311
Fax: (011)3334903 E-mail: rcp@higijna.com.br

Página 4

Consultado em Fevereiro 03/47

realização de pesquisador e que todos os dados referentes ao desenvolvimento da pesquisa estarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal, sem assumir ônus a qualquer instituição pública, a pesquisadora principal produz uma identificação específica em planilha separada, no Apêndice 2. Oramento Financeiro do protocolo de pesquisa.

O projeto de pesquisa apresenta suas metas datadas de 04.10.13, a saber: da CIMA de Enfermagem da UTIP-HFSE e da CIMA Médica da UTIP-HFSE, que declara ciente e de acordo com o protocolo de pesquisa e a infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa é de natureza nacional e a pesquisadora principal é a auxiliar de pesquisa anexo em seu currículo vital sob a firma da Plataforma Lattes.

Recomendações:

O projeto de pesquisa apresenta um cronograma de dois anos de desenvolvimento, sendo assim, a pesquisadora principal deverá enviar ao CEP-HFSE um relatório parcial da pesquisa, no dia do mês de setembro de 2014, assim como, as cópias dos TCLEs assinados pelos sujeitos participantes da pesquisa e pelo pesquisador principal, que deverão estar rubricadas nas suas páginas, por e-mail, em conformidade com o Carta Circular nº 1032011/CONP/ICONS.

Após a entrega do primeiro relatório, o pesquisador deverá entregar ao CEP-HFSE relatório semestral até o término da pesquisa.

A pesquisadora principal deverá divulgar e informar ao sujeito participante os resultados da pesquisa, como forma de obtenção de benefícios previstos pelo protocolo.

Conclusão ou Posicionamento e Lista de Indicações:

Foram avaliados os seguintes documentos:

- Protocolo de Pesquisa, versão Rio de Janeiro de setembro/2013;
- Termo de consentimento livre e esclarecido, na versão original sem data;
- Documento em anexo.

O projeto de pesquisa encontra-se aprovado com recomendação por este Conselho, realizado de acordo com o que preconiza a Resolução 465/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Suaçuna do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação do CONEP:

Não

Endereço: Rua Saldanha Carneiro, nº 115 - P. andar - Posto de Atendimento
Barra, São José
Município: RIO DE JANEIRO
UF: RJ
Telefone: (0120)31311
Fax: (011)3334903 E-mail: rcp@higijna.com.br

Página 5

Consultado em Fevereiro 03/47

Considerações Finais e Critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 13 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Marcos Henrique Mazoni
(Coordenador)

Endereço: Rua Saldanha Carneiro, nº 115 - P. andar - Posto de Atendimento
Barra, São José
Município: RIO DE JANEIRO
UF: RJ
Telefone: (0120)31311
Fax: (011)3334903 E-mail: rcp@higijna.com.br

Página 6

APÊNDICE 8 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da **pesquisa intitulada**: “OS DIREITOS DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: atitudes das enfermeiras”, que tem como **objetivos**: descrever as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em cuidados intensivos; analisar as atitudes das enfermeiras na assistência à criança e sua família em cuidados intensivos; discutir as implicações das atitudes das enfermeiras para a prática assistencial de enfermagem em cuidados intensivos; propor um programa de educação permanente em serviço sobre os direitos da criança hospitalizada para as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Este é um estudo baseado em uma abordagem quantitativa, utilizando o método descritivo, transversal. A pesquisa terá duração de 3 anos, com o término previsto para 2º semestre de 2015. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você **poderá recusar-se a responder** qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. **Sua participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário composto por perguntas de caracterização do sujeito da pesquisa e com uma escala para mensurar atitudes frente aos direitos da criança hospitalizada com respostas em 5 graus, sendo dois de concordância, um indeciso e dois de discordância. As respostas serão guardadas por cinco (05) anos e incineradas após esse período. Sr (a) **não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras**.

O risco de participação neste estudo está relacionado ao desconforto emocional e sentimentos gerados pela reflexão sobre a temática. Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que serão coletadas são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

Elena Araujo Martinez

Participante da pesquisa

Pesquisadora principal – EEAN/UFRJ

O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico acerca dos direitos da criança hospitalizada para a área de enfermagem na Saúde da Criança.

Esta pesquisa está sendo realizada em plano de pós-graduação, portanto necessária para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Nesse sentido vale destacar que o vínculo da pesquisadora confere como doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, através do programa de Pós-graduação em Enfermagem, sendo a aluna Elena Araujo Martinez a pesquisadora principal, sob orientação da Prof^a Dr^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira. Caso seja necessário, entre em contato com pesquisadora principal ou o Comitê de Ética em Pesquisa.

Elena Araujo Martinez
 Pesquisadora Principal
 Cel: (21) 99726-2449
 e-mail: elenamartinez@iff.fiocruz.br

Isabel Cristina dos Santos Oliveira
 Orientadora – Doutora em Enfermagem
 Cel: (21) 981600917
 e-mail: chabucriz@ig.com.br

**ENFERMAGEM ANNA NERY E HOSPITAL ESCOLA
 SÃO FRANCISCO DE ASSIS - EEAN/HESFA**
 Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti, n° 275– Praça Onze
 Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
 Comitê de Ética em Pesquisa - Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova
 Telefone: 3971-1463 - site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa/>
cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - HFSE
 Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Sacadura Cabral, 178, prédio dos Ambulatórios – 5° andar-
 RJ. Tel: (21) 2291 3131 – Ramal:3544. www.hse.rj.saude.gov.br

**INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO
 ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA - IFF**
 Comitê de Ética em Pesquisa – Avenida Rui Barbosa, n° 716 - Flamengo
 Tel: (21) 25541700 – Ramal: 1730 – cepiff@iff.fiocruz.br

Elena Araujo Martinez
 Pesquisadora principal – EEAN/UFRJ

Participante da pesquisa

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA - IPPMG
 Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Bruno Lobo nº 50 – Cidade Universitária
 Tel.: 25626116 – www.ippmg.org.br

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - HCI
 Comitê de Ética em Pesquisa - Rua do Resende, 128 - sala 203 - Centro
 Tel: (21) 3207-4450/3207-4556 - cep@inca.gov.br

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA - INTO
 Comitê de Ética em Pesquisa - Avenida Brasil nº 500, 9º andar – sala nº 4 – São Cristóvão – Rio
 de Janeiro – RJ – CEP: 20940-070
 Telefone: 21 2134-5000 / e-mail: cep.into@into.saude.gov.br

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO
 Comitê de Ética em Pesquisa – Avenida Londres, no 616, prédio 5, 5º andar – Bonsucesso - RJ
 Tel: (21) 39779833 – cephgbrj@gmail.com

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
 Comitê de Ética em Pesquisa – Rua das Laranjeiras, 374, 5º andar, Laranjeiras.
 cep:22.240-006 - Rio de Janeiro- RJ
 Tel/fax: 55 21 3037 2307 - cepinclaranjeiras@gmail.com

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética pelo telefone supracitado.”

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 20____.

Participante da Pesquisa: _____
 (Assinatura)

Elena Araujo Martinez

Pesquisadora principal – EEAN/UFRJ

APÊNDICE 9 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Instruções para o preenchimento do questionário

Você está recebendo um questionário elaborado por Elena Araujo Martinez (elenamartinez@iff.fiocruz.br), que faz parte de sua tese de doutorado “Os Direitos da Criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: atitudes das enfermeiras” e tem por objetivo descrever e analisar as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Com a primeira parte deste instrumento pretende-se recolher dados relativos às informações pessoais do participante da pesquisa e na segunda parte identificar a partir de níveis de concordância, que vai do concordo totalmente ao discordo totalmente, as atitudes da enfermeira frente à garantia desses direitos. As respostas deste questionário serão tratadas com sigilo, somente sendo divulgadas informações estatísticas.

Solicita-se que dê resposta às questões apresentadas dispensando-lhes a máxima atenção e traduzindo nas respostas a sua opinião sincera sobre a temática em questão.

Nas questões de resposta aberta, responda no espaço que se encontra destinado para a resposta e nas questões em que há um parêntese ou quadrado responda colocando um (X) no nível de concordância que considerar mais adequado.

No impresso não deve escrever nada que possa identificá-la, uma vez que se pretende garantir o caráter anônimo dos dados.

LEMBRE-SE DE RESPONDER TODAS AS QUESTÕES, POIS SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE.

Obrigada!

PARTE 1 : CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

I – Dados de Identificação da Enfermeira

| | |
|--|--|
| Data da entrevista: _____ | Identificação numérica: _____ |
| Identificação da Instituição: _____ | |
| Idade: _____ | Sexo: _____ |
| Estado civil: _____ | Filhos: () Sim () Não Quantos: _____ |

II – Dados relacionados à formação acadêmica e aperfeiçoamento

| |
|--|
| Graduação: _____ Ano de conclusão: _____ / Instituição: () Pública () Privada Outra: _____ |
| Pós-graduação Lato-sensu: () Sim () Não Especialidade: _____ Ano de conclusão: _____ / Instituição: () Pública () Privada Outra: _____ |
| Pós-graduação Stricto-sensu: () Sim () Não / () Mestrado () Doutorado Área temática : _____ Ano de conclusão: _____ / Instituição: () Pública () Privada |
| Educação continuada (últimos cinco anos): <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento em serviço para atuar na UTIP: () Sim () Não • Outros cursos realizados na instituição: () Sim () Não Qual? _____ Ano: _____ <ul style="list-style-type: none"> • Já participou de algum curso, palestra ou orientação sobre os direitos da criança hospitalizada? () Sim () Não / Qual? _____ |

III – Dados relacionados à atividade profissional

| |
|--|
| Vínculo institucional: () Estatutário () CLT () Contrato temporário Jornada de trabalho: () 12hx36h () 12hx60h () 24hx48h () 24h semanais () 6h /dia () 8h /dia Outros: _____ Turno de trabalho: () Diarista / () Plantonista - () SD () SN / Outro: _____ Tempo de serviço na unidade: _____ |
| Outros empregos: () Sim () Não / Instituição: () Pública () Privada Unidade: _____ Atua como enfermeira: () Sim () Não |

PARTE 2 - ESCALA DE ATITUDES DAS ENFERMEIRAS FRENTE AOS DIREITOS DA CRIANÇA NA UTIP

| Atitudes das Enfermeiras | | Níveis de Concordância | | | | |
|--------------------------|--|------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|---------------------|
| | | Concordo totalmente | Concordo parcialmente | Indeciso | Discordo parcialmente | Discordo totalmente |
| 1 | Sinto segurança durante a realização dos cuidados a criança na UTIP, com a presença do familiar/acompanhante. | | | | | |
| 2 | O estresse da criança é inevitável durante o período de internação na UTIP, por vivenciar mudança de ambiente, ausência dos pais, medo, dor e longos períodos sem dormir. | | | | | |
| 3 | Convido o familiar/acompanhante para auxiliar no banho da criança na UTIP. | | | | | |
| 4 | A dinâmica do cuidado na UTIP prejudica o direito a programas de educação para saúde e acompanhamento do currículo escolar para a criança acordada e lúcida, internada por tempo prolongado. | | | | | |
| 5 | Tenho dificuldades de compreender os valores espirituais e a prática religiosa da criança e sua família na UTIP. | | | | | |
| 6 | Sinto que a equipe de enfermagem é resistente à permanência 24 horas da família na UTIP. | | | | | |
| 7 | É direito da criança que na UTIP tenha um local para permanência por tempo integral do familiar/acompanhante, com uma cadeira para repouso. | | | | | |
| 8 | Antes da realização dos cuidados explico para criança, sedada ou em coma, tudo o que será realizado. | | | | | |
| 9 | Reconheço que a permanência do familiar/acompanhante junto à criança na UTIP facilita na avaliação da dor, pois ele oferece informações sobre o comportamento da criança. | | | | | |
| 10 | Incentivo que a família traga os objetos pessoais da criança, como brinquedos. | | | | | |
| 11 | A criança em coma ou sedada não me escuta durante a assistência prestada. | | | | | |
| 12 | Sinto que são poucos os profissionais que se preocupam em se aproximar da família para conversar e ouvi-la. | | | | | |
| 13 | A padronização do tratamento e avaliação da dor facilitaria na minha tomada de decisão para alívio da dor na criança na UTIP. | | | | | |
| 14 | Valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois eles oferecem amor e carinho à criança. | | | | | |
| 15 | Nos casos de crianças com menos gravidade e que choram, permito a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. | | | | | |
| 16 | Considero o familiar/acompanhante como uma fonte de informação sobre os hábitos, costumes e história de vida da criança. | | | | | |
| 17 | Respeito à opinião de crianças lúcidas internadas na UTIP. | | | | | |
| 18 | Identifico que o apoio espiritual é um recurso utilizado pela criança e sua família para minimizar o sofrimento e enfrentar o período da doença na UTIP. | | | | | |
| 19 | Demonstro para o familiar/acompanhante o meu interesse pela história de vida da criança. | | | | | |
| 20 | Acredito que a permanência dos pais/responsável na UTIP prejudica a recuperação da criança. | | | | | |
| 21 | Explico para a equipe de enfermagem quanto à importância da permanência do familiar/acompanhante na UTIP junto à criança. | | | | | |
| 22 | Não compreendo o estado emocional do familiar/acompanhante da criança e prefiro o afastamento. | | | | | |
| 23 | Reconheço que a criança está sofrendo e sentindo dor por seu comportamento, seus gestos e expressões faciais. | | | | | |
| 24 | Sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele. | | | | | |
| 25 | Afasto-me da família quando ela é muito questionadora. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 26 | A realização de atividades recreativas como o brincar, leitura, música, dentre outros, são desvalorizadas devido as características do cuidado na UTIP e quadro clínico da criança. | | | | | |
| 27 | De acordo com idade da criança, informo sobre sua enfermidade e todos os cuidados terapêuticos a que será submetida. | | | | | |
| 28 | A decoração da UTIP distrai a criança que está acordada. | | | | | |
| 29 | Sinto que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada. | | | | | |
| 30 | Escrevo todos os procedimentos realizados na criança na evolução de enfermagem, sem restrição de informações. | | | | | |
| 31 | Minha relação com a família da criança tem por finalidade trocar e discutir ideias, dialogar e conversar de maneira sensível, empática e honesta, com vista ao bom entendimento entre a equipe e a família. | | | | | |
| 32 | Crianças sedadas ou com comprometimentos neurológicos devem ser estimuladas com atividades lúdicas. | | | | | |
| 33 | Retiro brinquedos e objetos pessoais da criança do leito, pois a comissão de infecção hospitalar orienta que os mesmos aumentam os índices de infecção. | | | | | |
| 34 | Sinto que a criança fica mais agitada após as atividades recreativas na UTIP. | | | | | |
| 35 | Identifico como comportamentos de dor na criança: o choro, agitação, testa franzida, olhos cerrados e irritabilidade. | | | | | |
| 36 | Me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família e valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. | | | | | |
| 37 | Reconheço que existe um déficit de conhecimento na formação da enfermeira com relação aos direitos da criança hospitalizada. | | | | | |
| 38 | Sinto falta na UTIP do desenvolvimento de atividades recreativas para criança, como a leitura, o brincar, doutores da alegria, dentre outros. | | | | | |
| 39 | Valorizo a permanência no leito de imagens, orações, dentre outros objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança. | | | | | |
| 40 | A minha atuação como enfermeira me exige competência técnica, conhecimento científico e atualização constante na área da saúde da criança. | | | | | |
| 41 | Gosto de atuar na UTIP, pela possibilidade de trabalhar com equipamentos para a manutenção da vida que possibilitam a recuperação da criança gravemente enferma. | | | | | |
| 42 | Sinto que as necessidades biopsicossociais do familiar da criança não são valorizadas na UTIP. | | | | | |
| 43 | Considero que a UTIP não é um local adequado para permanência de crianças em fase terminal de vida. | | | | | |
| 44 | Permito a entrada, sem restrições na UTIP, do apoiador espiritual da criança e sua família. | | | | | |
| 45 | Percebo que a relação da equipe de enfermagem com o familiar/acompanhante não tem conflitos. | | | | | |
| 46 | O aporte tecnológico disponível na UTIP para manutenção da vida da criança grave, me distancia de um cuidado mais sensível. | | | | | |
| 47 | Quando utilizo o brinquedo e atividades lúdicas percebo que a criança extravasa seus sentimentos e interage de maneira mais tranquila. | | | | | |
| 48 | Informo ao familiar/acompanhante apenas o que julgo necessário sobre os cuidados terapêuticos realizados na criança. | | | | | |
| 49 | Reconheço que o grupo de apoio à família da criança facilita na relação com a equipe, diminui o estresse e uniformiza as informações a serem transmitidas. | | | | | |
| 50 | Sinto dificuldades para atender as necessidades de informação do familiar/acompanhante. | | | | | |
| 51 | Durante a realização de procedimentos na UTIP, utilizo o brinquedo para distrair a criança. | | | | | |
| 52 | A graduação de enfermagem prepara a enfermeira para o enfrentamento da morte da criança. | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 53 | Não informo com antecedência ao familiar/acompanhante sobre os procedimentos que serão realizados na criança. | | | | |
| 54 | Conviver com a permanência do familiar/acompanhante na UTIP me deixa mais sensibilizada com a história de vida da criança e sua família. | | | | |
| 55 | Sinto falta de suporte assistencial de um profissional de psicologia para ajudar a criança internada na UTIP a enfrentar o período de internação com menos ansiedade. | | | | |
| 56 | O modelo assistencial centrado na doença e a “luta pela vida a qualquer custo” ainda é vivenciado no dia a dia da UTIP. | | | | |
| 57 | Tenho um sentimento de inconformismo e impotência, nos casos de morte por doença aguda, em que a criança é previamente hígida. | | | | |
| 58 | Reconheço que a família da criança tem um papel periférico e passivo na assistência, em que a tomada de decisões é vertical e centrada na equipe da unidade. | | | | |
| 59 | Valorizo a opinião da criança internada na UTIP durante o desenvolvimento da assistência. | | | | |
| 60 | Atendo todas as necessidades de saúde da criança na UTIP oferecendo assistência de maneira individualizada e humanizada. | | | | |
| 61 | Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família. | | | | |
| 62 | Valorizo os momentos de conversa, escuta atenta e orientação à família durante o período de internação da criança na UTIP. | | | | |
| 63 | Estabeleço uma interação com a criança na UTIP utilizando brinquedos, desenhos e músicas. | | | | |
| 64 | A permanência integral dos pais/responsável na UTIP é um direito da criança. | | | | |
| 65 | Nas situações de conflitos entre a equipe e o familiar/acompanhante, me apoio nas normas e rotinas institucionais para manter a ordem no setor. | | | | |
| 66 | Percebo que trabalhar com a criança na UTIP não gera desgaste psíquico para a equipe de saúde. | | | | |
| 67 | Reconheço que nem todos os pais têm condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP. | | | | |
| 68 | Participo das decisões sobre o tratamento da criança e condutas a serem tomadas mediante discussões com a equipe multiprofissional da UTIP. | | | | |
| 69 | O familiar/acompanhante, quando permanece na UTIP junto à criança, desconhece o cotidiano hospitalar e a terapêutica utilizada na criança. | | | | |
| 70 | Depois de constatado o óbito, permito que a família tenha um último contato com a criança e se despeça dela ainda na UTIP. | | | | |
| 71 | Acredito que a dor da criança deve ser avaliada e tratada constantemente durante a internação na UTIP. | | | | |
| 72 | Permito que o familiar/acompanhante da criança na UTIP expresse seus sentimentos. | | | | |
| 73 | A associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como a sucção não nutritiva e sucção adocicada, não são eficazes para o tratamento da dor da criança na UTIP. | | | | |
| 74 | Tenho dificuldades de me comunicar com a criança em coma ou sedada e em uso de ventilação mecânica. | | | | |
| 75 | Reconheço que a criança na UTIP tem direito a receber visitas de familiares e amigos. | | | | |
| 76 | Realizo o procedimento na criança grave e não explico para ela o que estou fazendo. | | | | |
| 77 | Acredito que a família dificulta a inter-relação entre a criança e a equipe. | | | | |
| 78 | Prefiro cuidar de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam. | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 79 | Ofereço assistência à criança na UTIP, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. | | | | | |
| 80 | Reconheço que a família precisa ser preparada para vivenciar a morte da criança sendo apoiada emocionalmente, orientada quanto ao quadro clínico da criança e a não possibilidade de cura. | | | | | |
| 81 | Não realizo procedimentos na criança quando o familiar/acompanhante está presente. | | | | | |
| 82 | Acredito que brinquedos e outros objetos trazidos de casa aumentam os índices de infecção hospitalar. | | | | | |
| 83 | No caso de doença crônica da criança, em que o período de internação na UTIP normalmente é mais prolongado, desenvolvo um relacionamento mais próximo com a criança e sua família compartilhando experiências boas e ruins do dia a dia. | | | | | |
| 84 | A família da criança não é parte integrante dos cuidados que desenvolvo na UTIP. | | | | | |
| 85 | Ao identificar na UTIP que a criança sofre maus tratos aciono o conselho tutelar. | | | | | |
| 86 | Valorizo o familiar/acompanhante como um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP. | | | | | |
| 87 | Reconheço que a criança em fase terminal de vida deva permanecer junto a sua família, em ambiente favorável, garantindo privacidade e conforto. | | | | | |
| 88 | Solicito ao familiar/acompanhante que permaneça fora da UTIP, durante o desenvolvimento de procedimentos na criança. | | | | | |
| 89 | Minhas atividades como enfermeira se esgotam com a morte da criança, pois não tenho tempo para apoiar a família depois que o corpo da criança sai da UTIP. | | | | | |
| 90 | Reconheço que os leitos da UTIP não são adequados à faixa etária da criança. | | | | | |
| 91 | Por perder muito tempo explicando o cuidado desenvolvido, não incentivo que familiar/acompanhante participe dos cuidados à criança na UTIP. | | | | | |
| 92 | Desconheço os métodos de tratamento e avaliação da dor em pediatria. | | | | | |
| 93 | Percebo que o relacionamento da equipe multiprofissional com o familiar da criança é frio e distante. | | | | | |
| 94 | Percebo que o primeiro contato do familiar/acompanhante com a criança na UTIP é traumatizante devido ao uso extensivo de equipamentos e procedimentos invasivos. | | | | | |
| 95 | Considero que a permanência e participação dos familiares na assistência devem ser incentivadas visando à valorização das heranças culturais e troca de experiências entre a criança, família e equipe de saúde. | | | | | |
| 96 | De acordo com a idade da criança, explico o que será feito e pergunto sua opinião, como por exemplo: em qual mão ela gostaria que eu puncionasse a veia. | | | | | |
| 97 | Percebo que a criança que é separada dos pais, sente medo e fica muito ansiosa durante a internação na UTIP. | | | | | |
| 98 | Quando penso que a criança fica mais tranquila junto do familiar/acompanhante, permito sua entrada na UTIP fora do horário de visitas. | | | | | |
| 99 | Acredito que o preparo da equipe de saúde para o enfrentamento da morte facilita a aceitação da irreversibilidade do quadro clínico da criança e alicerça nas tomadas de decisões para ajudar a família. | | | | | |

APÊNDICE 10 – VERSÃO FINAL VALIDADA DA EAEDC-UTIP.

| Atitudes das Enfermeiras | | Níveis de Concordância | | | | |
|----------------------------|--|------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|---------------------|
| | | Concordo totalmente | Concordo parcialmente | Indeciso | Discordo parcialmente | Discordo totalmente |
| Subescala Cognitiva | | | | | | |
| 16 | Considero o familiar/acompanhante como uma fonte de informação sobre os hábitos, costumes e história de vida da criança. | | | | | |
| 20 | Acredito que a permanência dos pais/responsável na UTIP prejudica a recuperação da criança. | | | | | |
| 31 | Minha relação com a família da criança tem por finalidade trocar e discutir ideias, dialogar e conversar de maneira sensível, empática e honesta, com vista ao bom entendimento entre a equipe e a família. | | | | | |
| 47 | Quando utilizo o brinquedo e atividades lúdicas percebo que a criança extravasa seus sentimentos e interage de maneira mais tranquila. | | | | | |
| 49 | Reconheço que o grupo de apoio à família da criança facilita na relação com a equipe, diminui o estresse e uniformiza as informações a serem transmitidas. | | | | | |
| 61 | Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família. | | | | | |
| 67 | Reconheço que nem todos os pais têm condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP. | | | | | |
| 77 | Acredito que a família dificulta a inter-relação entre a criança e a equipe | | | | | |
| 84 | A família da criança não é parte integrante dos cuidados que desenvolvo na UTIP. | | | | | |
| 95 | Considero que a permanência e participação dos familiares na assistência devem ser incentivadas visando à valorização das heranças culturais e troca de experiências entre a criança, família e equipe de saúde. | | | | | |
| Subescala Afetiva | | | | | | |
| 14 | Valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois eles oferecem amor e carinho à criança. | | | | | |
| 22 | Não compreendo o estado emocional do familiar/acompanhante da criança e prefiro o afastamento. | | | | | |
| 24 | Sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele. | | | | | |
| 29 | Sinto que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada. | | | | | |
| 36 | Me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família e valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP. | | | | | |
| 39 | Valorizo a permanência no leito de imagens, orações, dentre outros objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança. | | | | | |
| 54 | Conviver com a permanência do familiar/acompanhante na UTIP me deixa mais sensibilizada com a história de vida da criança e sua família. | | | | | |
| 62 | Valorizo os momentos de conversa, escuta atenta e orientação à família durante o período de internação da criança na UTIP. | | | | | |
| 78 | Prefiro cuidar de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam. | | | | | |
| 86 | Valorizo o familiar/acompanhante como um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada a criança na UTIP. | | | | | |

| Subescala Comportamental | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 8 | Antes da realização dos cuidados explico para criança, sedada ou em coma, tudo o que será realizado. | | | | | |
| 17 | Respeito à opinião de crianças lúcidas internadas na UTIP. | | | | | |
| 19 | Demonstro para o familiar/acompanhante o meu interesse pela história de vida da criança. | | | | | |
| 51 | Durante a realização de procedimentos na UTIP, utilizo o brinquedo para distrair a criança. | | | | | |
| 60 | Atendo todas as necessidades de saúde da criança na UTIP oferecendo assistência de maneira individualizada e humanizada. | | | | | |
| 63 | Estabeleço uma interação com a criança na UTIP utilizando brinquedos, desenhos e músicas. | | | | | |
| 68 | Participo das decisões sobre o tratamento da criança e condutas a serem tomadas mediante discussões com a equipe multiprofissional da UTIP. | | | | | |
| 76 | Realizo o procedimento na criança grave e não explico para ela o que estou fazendo. | | | | | |
| 79 | Ofereço assistência à criança na UTIP, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. | | | | | |
| 85 | Ao identificar na UTIP que a criança sofre maus tratos aciono o conselho tutelar. | | | | | |