

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MARILIA APARECIDA CARVALHO LEITE

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA TRAQUEOSTOMIZADA NAS
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA: PESQUISA
CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

Alfenas/MG

2025

MARILIA APARECIDA CARVALHO LEITE

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA TRAQUEOSTOMIZADA NAS
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA: PESQUISA
CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas como requisito para obtenção do título de doutor em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliza Maria Rezende Dázio.
Coorientador: Prof. Dr. Denis da Silva Moreira.

**Alfenas/MG
2025**

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Leite, Marília Aparecida Carvalho .

Cuidado de enfermagem à criança traqueostomizada nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica : pesquisa convergente assistencial / Marília Aparecida Carvalho Leite. - Alfenas, MG, 2025.

208 f. : il. -

Orientador(a): Eliza Maria Rezende Dário.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Crianças. 2. Traqueostomia. 3. Cuidados de Enfermagem. I. Dário, Eliza Maria Rezende , orient. II. Título.

MARÍLIA APARECIDA CARVALHO LEITE

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA TRAQUEOSTOMIZADA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E
PEDIÁTRICA: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Tese apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 28 de fevereiro de 2025.

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio

Presidente da Banca Examinadora

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

Instituição: Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Rogério Silva Lima

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana

Instituição: Universidade Estadual do Pará



Documento assinado eletronicamente por Eliza Maria Rezende Dázio, Professor do Magistério Superior, em 28/02/2025, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1455039** e o código CRC **E92FB8FF**.

Dedico esta conquista a Deus, fonte infinita de força e inspiração, cuja presença na minha vida, através da espiritualidade, me sustentou nos momentos mais desafiadores e me guiou na realização deste sonho.

Ao meu amado pai, que agora está com Deus, mas cuja presença continua constante em minha vida. Sua memória é um farol que ilumina meu caminho, lembrando-me do valor do conhecimento, da dedicação e da busca pela felicidade em todas as esferas da vida.

Seus ensinamentos me inspiraram a ser uma mulher plena, uma profissional dedicada e uma enfermeira comprometida com o aprendizado contínuo e o propósito maior de cuidar e transformar vidas.

À minha mãe e ao meu irmão, por todo apoio, carinho e confiança depositados em mim.

Vocês são minha base e motivação para caminhar em busca da realização dos meus objetivos

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Alfenas por me proporcionar a realização deste sonho por meio da implementação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Esse programa representou não apenas uma oportunidade de crescimento acadêmico, mas também uma base sólida para o desenvolvimento deste trabalho. Estendo minha gratidão ao programa e a todos os professores que, com dedicação e expertise, contribuíram para a minha formação e para a realização deste estudo.

Aos meus colegas de doutorado, Jhuliano, Alice e Anicheriene, meu mais profundo agradecimento pelo companheirismo ao longo dessa jornada. Pelos trabalhos em conjunto, pelas reuniões, pelos momentos bons e pelos momentos difíceis que enfrentamos juntos, e pela parceria que tornou o caminho mais leve, mesmo diante dos obstáculos.

Aos pais e às crianças com traqueostomia, que foram a motivação essencial para a realização deste estudo. Foram elas que despertaram em mim a busca constante por conhecimento e o desejo de contribuir ainda mais para o cuidado e o entendimento dessa realidade.

À direção do Hospital Universitário Alzira Velano, agradeço pela autorização para a realização deste estudo e por ser o meu local de trabalho, também desempenhou um papel fundamental para a concretização deste projeto.

Aos integrantes das Equipes de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pela participação no estudo com tanto interesse no aprimoramento do cuidado à criança traqueostomizada.

À colega enfermeira Eliônia Rezende, companheira na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, registro minha gratidão por suas palavras de incentivo, por me ajudar a superar os momentos difíceis, pelas trocas de plantão e pelo apoio incondicional. Suas ações e sua força me impediram de desistir, mesmo nos dias de maior desafio e lágrimas.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio, e ao meu coorientador, Prof. Dr. Denis da Silva Moreira, que foram fontes de saber e orientação imprescindíveis ao longo de todo o doutorado. Suas instruções e seus ensinamentos ampliaram meu conhecimento e moldaram este trabalho.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições.

Aos meus pais, Maria do Carmo (Branca) e Noel (Tinoco), por me ensinarem o valor do respeito, do incentivo mútuo e da dedicação. Sua confiança e amor incondicionais sempre foram meu alicerce. Ao meu irmão Lucas, pelo carinho, compreensão e cumplicidade, expresso aqui minha eterna gratidão pelo apoio em todas as minhas decisões e conquistas.

A todos, meu mais profundo obrigada.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

Crianças traqueostomizadas demandam cuidados complexos e especializados. Os profissionais de enfermagem e demais membros da equipe multiprofissional desempenham um papel crucial nesse processo que requer constante atualização para garantir a melhor assistência a essas crianças dependentes de tecnologias. Este estudo teve como objetivo elaborar em conjunto com a equipe de enfermagem das unidades de terapia Intensiva neonatal e pediátrica, de um hospital universitário do Sul de Minas Gerais, um protocolo assistencial de enfermagem à criança traqueostomizada em cuidados críticos neonatal e pediátrico. Para tanto, foram utilizados os referenciais teórico do Construcionismo Social e metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, observação participante e grupos de convergência. Participaram das entrevistas, primeira etapa deste estudo 15 profissionais de enfermagem integrantes das equipes de terapia intensiva neonatal e pediátrica e cinco pais de crianças traqueostomizadas internadas nestas unidades. Para as entrevistas com os profissionais utilizou-se um instrumento de caracterização sociodemográfica e profissional com a seguinte questão norteadora: fale qual é a sua experiência de cuidado à criança com traqueostomia. Para os pais, um instrumento de caracterização sociodemográfica com a seguinte questão norteadora: Como tem sido a sua experiência como acompanhante do seu filho(a) com traqueostomia nesta unidade? Participaram dos grupos de convergência 16 profissionais da equipe de enfermagem das unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica. De acordo com a Pesquisa Convergente Assistencial, para fundamentar a prática clínica e os cuidados de enfermagem à criança traqueostomizada foram desenvolvidos três grupos de convergência com 16 participantes da equipe de enfermagem, em cada grupo, com a finalidade de elaboração de um protocolo e ao mesmo tempo realizar ações educativas, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem. As ações foram conduzidas por meio de exposição dialogada, e reflexões que incitaram a discussão, dessa forma o processo educativo foi construído em conjunto com os participantes. A pesquisadora realizou observação participante e registro em diário de campo. Da análise indutiva dos dados oriundos das entrevistas, da observação participante, dos grupos de convergência e dos registros no diário de campo foram estabelecidas as categorias: “Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro” e

“Cuidados específicos à criança com traqueostomia: muito além do técnico procedimental e orientações gerais” e um Protocolo Assistencial de Enfermagem à criança traqueostomizada em cuidados críticos neonatal e pediátrico. A construção conjunta de um protocolo assistencial por meio da Pesquisa Convergente Assistencial e do Construcionismo Social poderá contribuir para motivar a implementação desta tecnologia nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica e produzir mudanças na prática assistencial.

Palavras Chave: Criança; Traqueostomia; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Children with tracheostomies require complex and specialized care. Nursing professionals and other members of the multidisciplinary team play a crucial role in this process, which requires constant updating to ensure the best care for these technology-dependent children. This study aimed to develop, together with the nursing team of the neonatal and pediatric intensive care units of a university hospital in the south of Minas Gerais, a nursing care protocol for tracheostomized children in neonatal and pediatric critical care. To this end, the theoretical framework of Social Constructionism and the methodological framework of Convergent Care Research were used. Data collection was carried out through semi-structured interviews, participant observation and convergence groups. The interviews, which were the first stage of this study, were attended by 15 nursing professionals from the neonatal and pediatric intensive care teams and five parents of tracheostomized children admitted to these units. For the interviews with the professionals, a sociodemographic and professional characterization instrument was used with the following guiding question: Tell us about your experience of caring for a child with a tracheostomy. For the parents, a sociodemographic characterization instrument with the following guiding question was used: How has your experience been as a companion to your child with a tracheostomy in this unit? Sixteen professionals from the nursing team of the neonatal and pediatric intensive care units participated in the convergence groups. According to the Convergent Care Research, to support clinical practice and nursing care for tracheostomized children, three convergence groups were developed with 16 participants from the nursing team in each group, with the purpose of developing a protocol and at the same time carrying out educational actions, with active teaching-learning methodologies. The actions were conducted through dialogued exposition, and reflections that incited discussion, thus the educational process was constructed together with the participants. The researcher carried out participant observation and recorded in a field diary. From the inductive analysis of data from interviews, participant observation, convergence groups and field diary records, the following categories were established: "Knowledge and skills needs for safe care" and "Specific care for children with tracheostomy: far beyond procedural techniques and general guidelines" and a Nursing Care Protocol for children with tracheostomy in neonatal and pediatric critical care. The joint construction of a care protocol through Convergent Care Research and

Social Constructionism may contribute to motivating the implementation of this technology in neonatal and pediatric intensive care units and produce changes in care practice.

Keywords: Child; Tracheostomy; Nursing Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das etapas realizadas para coleta de dados.....	46
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes profissionais de enfermagem. Alfenas, Minas Gerais, 2025.	50
Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.	74
Quadro 3 - Apresentação dos momentos de observação participante realizados nas UTI'S Neonatal e Pediátrica. Alfenas, Minas Gerais, 2025.	88
Quadro 4 - Apresentação da codificação das anotações do diário de campo. Alfenas, Minas Gerais, 2025.	92
Quadro 5 - Apresentação da codificação das notas dos grupos de convergência dos participantes profissionais de enfermagem. Alfenas, Minas Gerais, 2025.	96
Quadro 6 - Apresentação da codificação das notas dos grupos de convergência dos participantes profissionais de enfermagem, realizado para avaliação do protocolo. Alfenas, Minas Gerais, 2025.	109
Quadro 7 - Reunião de códigos semelhantes e designação de categorias. Alfenas, Minas Gerais, 2025.	111
Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva.	113
Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva.	164

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
CSHCN	Children With Special Health Care Needs
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
GC	Grupo de Convergência
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema único de Saúde
TQT	Traqueostomia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTI's	Unidades de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	16
1	INTRODUÇÃO	18
1.1	JUSTIFICATIVA.....	20
1.2	OBJETIVOS	22
1.2.1	Objetivo Geral	22
1.1.2	Objetivos Específicos	22
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
3.1	CONSTRUCIONISMO SOCIAL	31
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	34
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	34
4.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO	34
4.2.1	Fases da Pesquisa Convergente Asssistencial.....	36
4.2.1.1	Fase de Concepção	36
4.2.1.2	Fase da Instrumentação	37
4.2.1.2.1	<i>Cenário do estudo</i>	<i>37</i>
4.2.1.2.2	<i>Participantes do estudo.....</i>	<i>39</i>
4.2.1.2.3	<i>Negociação concreta da proposta</i>	<i>40</i>
4.2.1.2.4	<i>Coleta de dados.....</i>	<i>40</i>
4.2.1.2.5	<i>Intrumentos e técnicas para a produção dos dados</i>	<i>41</i>
4.2.1.3	Fase de Perscrutação	41
4.2.1.3.1	<i>Entrevista Semiestruturada</i>	<i>41</i>
4.2.1.3.2	<i>Observação Participante.....</i>	<i>43</i>
6.2.1.3.3	<i>Grupos de Convergência</i>	<i>43</i>
6.2.1.3.4	<i>Registro de informações</i>	<i>47</i>
6.2.1.3.5	<i>Diário de Campo</i>	<i>47</i>
4.2.1.4	Fase de Análise	47
4.2.1.5	Processo de Apreensão.....	48
6.2.2.1	Processo de Síntese	111
6.2.2.2	Processo de Teorização	137
6.2.2.3	Processo de Transferência.....	137

4.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	138
5	RESULTADOS.....	139
5.1	PRIMEIRA ETAPA – ENTREVISTAS.....	139
5.1.1	Caracterização dos Profissionais de Enfermagem.....	139
5.1.2	Caracterização dos Pais	139
5.2	SEGUNDA ETAPA – GRUPOS DE CONVERGÊNCIA	140
5.2.1	Caracterização dos Profissionais de Enfermagem.....	140
5.3	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	140
5.3.1	Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro	141
5.3.2	Cuidados específicos à criança com traqueostomia: muito além do técnico procedimental e orientações gerais	147
6	DISCUSSÃO	152
6.1	NECESSIDADES DE CONHECIMENTO E HABILIDADES PARA O CUIDADO SEGURO	152
6.2	CUIDADOS ESPECÍFICOS À CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA: MUITO ALÉM DO TÉCNICO PROCEDIMENTAL E ORIENTAÇÕES GERAIS	159
6.2.1	Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva	163
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
	REFERÊNCIAS.....	184
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de Saúde.....	198
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados – Profissionais de Saúde	201
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pais.....	202
	APÊNDICE D– Instrumento de Coleta de Dados - Pais	204
	APÊNDICE E - Carta de Autorização Institucional.....	206
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	208

APRESENTAÇÃO

No decorrer de meu Mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, tive a oportunidade de participar do projeto de Extensão “Viva bem com uma estomia”, que tem como objetivo geral desenvolver ações de educação em saúde e o estímulo ao autocuidado às pessoas com estomia e/ou com ferida e aos seus familiares.

Com a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, desenvolvi nesse projeto o estudo intitulado, “Medidas para a assistência domiciliar à criança com estomia: revisão integrativa”. O objetivo foi analisar, na literatura brasileira e internacional, as medidas para a assistência domiciliar à criança com estomia. A análise dos artigos evidenciou a necessidade de medidas para a assistência domiciliar à criança com estomia respiratória, o que ampliou meu interesse por essa temática.

Simultaneamente ao Mestrado iniciei minha carreira profissional como enfermeira assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica de um hospital universitário, no Sul de Minas Gerais. Nessa unidade cheia de peculiaridades vivenciei grandes desafios, dentre esses, os cuidados relacionados à criança com traqueostomia (TQT).

Apesar de ter adquirido algumas competências sobre os referidos cuidados, como integrante do projeto de Extensão “Viva bem com uma estomia”, pude apreender que aplicá-las à prática clínica era algo complexo e multifacetado, uma vez que me faltavam habilidades, sentia receio de ferir a criança, tinha dificuldades para estabelecer uma relação terapêutica com os pais.

No meu cotidiano de trabalho pude constatar que os demais integrantes da equipe de enfermagem tinham conhecimento incipiente no cuidado à criança com TQT, e a assistência era pautada no técnico procedimental em detrimento do cuidado integral, centrado na criança e nos seus pais.

A prática clínica me possibilitou refletir sobre a qualidade dos cuidados e sobretudo, apreender que existiam lacunas de conhecimento para o cuidado centrado nas necessidades dessas crianças e dos pais, desde o início da internação, até o momento da alta, o que aponta para a necessidade de rever o plano de cuidados.

No último ano, ao integrar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do

hospital universitário, pude refletir, com mais profundidade, que o paciente é objeto final do cuidado a saúde. Isto significa que medidas devem ser implementadas para a redução ao mínimo aceitável de riscos desnecessários, ou seja, promover, apoiar e implementar iniciativas voltadas a segurança do paciente, com a organização, gestão dos serviços e articulação dos processos de trabalho.

Concomitante a essa participação no NSP, assumi a coordenação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) Neonatal e Pediátrica e foi possível constatar novamente lacunas nos processos de trabalho dos profissionais no cuidado de enfermagem à criança com TQT desde a indicação médica até o momento da alta para o domicílio na companhia de pais.

Mesmo que informalmente, pude enquanto enfermeira assistencial e gestora, fazer um diagnóstico situacional em relação ao cuidado de enfermagem às crianças com TQT. Nessa análise pude apreender fragilidades na competência para o cuidado integral centrado na criança e seus pais cuidadores e essas foram discutidas com os integrantes da equipe de enfermagem dos referidos setores que sugeriram uma capacitação sobre a temática.

Para a implementação da Prática Baseada em Evidências (PBE) é premente a sensibilização e o comprometimento de todos os integrantes da equipe de enfermagem das UTI's Neonatal e Pediátrica, envolvidos nesse cuidado, a fim de elaborar um protocolo assistencial, que possibilite um cuidado seguro, preciso, rigoroso e em conformidade com as singularidades da criança com TQT e dos pais.

Ademais, esse cuidado é complexo, repleto de singularidades, porém cativante! Todavia um cuidado de enfermagem que privilegia o técnico procedimental em detrimento às dimensões psicossocial e espiritual, com pouca interação com pais/responsáveis tem como desfecho a fragmentação do ser humano e a desqualificação desse cuidado.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo está centrado no cuidado à criança traqueostomizada em cuidados críticos neonatal e pediátrico, com perspectiva multiprofissional, fundamentado nos referenciais do Construcionismo Social e da PCA.

As inovações científicas e tecnológicas e os avanços nas políticas públicas de saúde possibilitaram mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, o que aumentou a expectativa de vida de crianças com condições crônicas que, até nos anos 90, não sobreviveriam. No entanto, mesmo diante da possibilidade de serem tratadas e de sobreviverem com perfis medicamente frágeis, demandam cuidados, pois apresentam situação clínica crítica, principalmente durante a hospitalização, além de estarem sujeitas a instabilidades e agravos do seu quadro e se tornarem dependentes de tecnologias assistivas (Lima, *et al.*, 2018; Pinto, *et al.*, 2019).

No Brasil, os registros sobre a prevalência e a caracterização de crianças que necessitam de cuidados especiais ainda são escassos, todavia, dentre os dispositivos tecnológicos mais utilizados para compensação da perda de uma função vital em pediatria, estão os ventiladores mecânicos, a nutrição parenteral, a TQT, a gastrostomia e a diálise peritoneal (Lima, *et al.*, 2018). Decorrente disso, emerge um grupo de crianças com condições crônicas, com aumento da expectativa de vida e que demandam cuidados específicos, denominadas Crianças com Necessidades Especiais de Saúde - CRIANES (Silveira, Neves, Paula, 2013).

CRIANES são classificadas de acordo com a demanda: de desenvolvimento; de cuidados habituais modificados; de cuidado misto; de tecnologia no corpo, como por exemplo a traqueostomia e por último cuidados clinicamente complexos (Oliveira, *et al.*, 2021).

A TQT consiste na abertura cirúrgica da traqueia na linha média do pescoço, abaixo da cartilagem cricoide, com a inserção de uma cânula para facilitar a aspiração de secreções traqueobrônquicas, para evitar traumas quando há indicação de intubação por longo período e, conseqüentemente, para melhorar os parâmetros respiratórios (Kayo *et al.*, 2015).

A confecção de uma TQT pode ser realizada em pessoas de todas as idades, em decorrência de uma abordagem terapêutica, com vistas à resolução de um problema respiratório (White, 2009; Kayo *et al.*, 2015).

Dentre as principais indicações desse procedimento estão: o tempo prolongado

de ventilação mecânica, falha no desmame ventilatório e/ou extubação, malformação grave do trato respiratório alto, traqueomalácia, incapacidade de proteger vias aéreas, doenças pulmonares crônicas, alterações de nível de consciência com *Glasgow* menor que 8, polineuropatia, trauma deface importante, neoplasia da cavidade oral e da região cervical, doença neuromuscular, estenose subglótica, edema de glote, entre outras alterações anatômicas que interfiram na intubação orotraqueal (Kayo *et al.*, 2015; Nascimento; Arcanjo; Fernandes, 2022).

Atualmente não existem critérios precisos referentes ao tempo de permanência da TQT em crianças, dessa forma, cada paciente deve ser avaliado individualmente. Cabe enfatizar que pacientes pediátricos toleram maiores períodos de intubação que adultos, sendo que, a TQT infantil pode ser útil para o desmame da ventilação mecânica e reduzir o trabalho respiratório (Watters, 2017).

A depender do tempo de confecção, a TQT pode ser classificada em precoce ou tardia, ao considerar o início do uso da ventilação mecânica invasiva. No que concerne ao tempo de permanência, pode ser temporária ou definitiva, a depender do diagnóstico e da evolução do quadro clínico (Nascimento; Arcanjo; Fernandes, 2022; Rosado *et al.*, 2013).

Cabe ressaltar que a criança com TQT tem necessidades físicas, emocionais, sociais e culturais específicas em cada fase de seu processo de crescimento e de desenvolvimento e tanto ela quanto os pais, demandam abordagem de cuidado individualizado. E esse, vai muito além do técnico procedimental, requer conhecimento, habilidades e atitudes de forma combinada que atendam especificamente o ser humano na sua integralidade (Sanna, 2008; Rosado *et al.*, 2013).

Assim, o cuidado à criança com TQT deve estar em consonância com a Política Nacional de Humanização (PHN) que compreende a eficiência técnica e científica do mesmo modo que, uma postura ética e de respeito à singularidade e as necessidades do paciente (Brasil, 2003).

No tocante a atuação dos profissionais de enfermagem na assistência ao paciente Rodrigues *et al.* (2013) e Orey; Rosa (2024) destacam a importância do acolhimento, da escuta qualificada, do diálogo, do suporte emocional e do estabelecimento de vínculo.

Considerando as cinco dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, quais sejam: assistencial, gerencial, educativa, política e pesquisa (Sanna, 2008) a assistência de enfermagem à criança com TQT nas UTIs neonatal e pediátrica requer

cuidados fundamentados na prática baseada em evidências, em princípios éticos e humanísticos, o que pode ser viabilizado por meio da elaboração de um protocolo assistencial.

Ademais, para garantir uma prática segura e um elo consistente entre o serviço de saúde, a criança, a família e o profissional é premente otimizar o trabalho da equipe de enfermagem, estabelecer uma relação de colaboração e respeito levando-se em conta os aspectos socioculturais (Mela; Zacarin; Dupas, 2015; Silva; Melo; Kamada, 2019).

Durante a prática profissional surgiram diversos questionamentos, que constituem as questões de pesquisa: como é para a equipe de enfermagem cuidar da criança com TQT? Quais as dificuldades e potencialidades para os pais para o cuidado à criança com TQT? Qual estratégia deve ser implementada para otimizar o trabalho da equipe de enfermagem no cuidado à criança com TQT internada em UTI's Neonatal e Pediátrica?

Nesse contexto, apresenta-se a importância da elaboração de um Protocolo Assistencial de Enfermagem à criança com TQT em UTI's Neonatal e Pediátrica de um hospital universitário na perspectiva da PCA, a partir das vivências dos pais e dos integrantes da equipe de enfermagem das referidas unidades.

1.1 JUSTIFICATIVA

Embora existam estudos desenvolvidos sobre cuidados ofertados no domicílio, no ambiente intra-hospitalar, ainda não foram realizadas pesquisas acerca do cuidado de enfermagem à criança com traqueostomia internada em UTI neonatal e pediátrica, que utilizassem como referencial a PCA.

Como a essência da enfermagem é o cuidado, torna-se fundamental desenvolver estudos junto à equipe de enfermagem que atua em UTI's neonatal e pediátrica, com perspectiva multiprofissional, para o alcance de uma prática segura que minimize erros, o que pode contribuir para aprimorar a qualidade do cuidado, a relação profissional/paciente/família/instituição, além de possibilitar a adesão dos pais/responsáveis/cuidadores ao tratamento.

Os aspectos clínicos e técnico-procedimentais da TQT infantil foram abordados por Watters (2017) e Zabih, *et al.*, (2017), que realizaram revisões acerca das indicações da confecção da TQT, Tan, *et al.* (2020) e de Gipsman, *et*

al.,(2022) que desenvolveram estudos relacionados a TQT infantil no condizente a indícios infecciosos e Pereira; Flores; Silva (2024) que discutiram em sua pesquisa sobre o .cuidado domiciliar a criança traqueostomizada.

Ademais, na literatura nacional e internacional de enfermagem, são escassas as pesquisas com foco na perspectiva do profissional, que cuida de crianças TQT em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, assim como da abordagem dos cuidados junto aos pais.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Propor um Protocolo Assistencial de Enfermagem à criança traqueostomizada em cuidados críticos neonatal e pediátrico.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as características socioprofissionais e sociodemográficas dos participantes;
- b) Analisar a experiência de cuidado da criança traqueostomizada na perspectiva da equipe de enfermagem e dos pais.
- c) Analisar a demanda de necessidades de aprendizagem dos pais e dos profissionais de saúde.
- d) Planejar e implementar grupos de convergência sobre os cuidados de enfermagem à criança traqueostomizada, em cuidados críticos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A UTI se originou em virtude da necessidade de sistematizar cuidados críticos de saúde e assim desenvolver e agregar ferramentas tecnológicas que visem a organização de processos de trabalho, com regras e rotinas, que por vezes são inflexíveis, demandando restrição da frequência e circulação de pessoas com vigilância assídua e com expertise no conhecimento sobre a vida em conjuntura crítica (Tanabe, Moreira, 2021).

Os leitos das UTIs neonatal e pediátrica têm sido progressivamente ocupados por crianças em condições crônicas, com diagnósticos que na infância afetam o dia a dia do binômio criança-família, devido as necessidades de cuidado, prognóstico e recorrentes internações (Delmiro, *et al.*, 2023).

As doenças crônicas são definidas como um conjunto de condições de vida, que tem relação a múltiplas causas, iniciando gradativamente e com prognóstico indefinido, pois seu curso pode mudar com o tempo, cuja intervenções tecnológicas e alterações no estilo de vida podem ocorrer levando a necessidade de cuidados permanentes e contínuos (Oliveira *et al.*, 2021).

Os serviços de saúde intensivos são utilizados por crianças com doenças crônicas e dependentes de tecnologia, através de internações prolongadas para que estes tenham maior chance de sobrevivência. Desta forma o cuidado está ligado a família, sendo um compromisso dos profissionais de saúde a inclusão da família no cuidado, com o intuito de reduzir as dificuldades no processo de hospitalização (Pinto *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

Os avanços científicos e tecnológicos e melhorias dos indicadores sociais e de saúde da criança com condições crônicas corroborou com a redução da taxa de mortalidade infantil evidenciando assim uma transição epidemiológica mundial e brasileira sendo representada pelo aumento do número de crianças com condições crônicas que por meio de cuidados especiais de saúde aumentaram a expectativa de vida (Pinto *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

Assim, é possível ressaltar que crianças com dependência tecnológica se encontram no grupo de CRIANES por possuírem saúde débil, com necessidade contínua de atenção e cuidados tanto de profissionais de saúde quanto de seus familiares, para além do que necessita outras crianças da mesma faixa etária (Okido, Pina, Lima, 2016).

Crianças com necessidades especiais foram descritas primeiramente na literatura internacional como Children With Special Health Care Needs (CSHCN), porém só mais tarde foi traduzido para língua portuguesa como CRIANES. Pertencem a este grupo crianças que apresentam condições crônicas de saúde com idade entre zero a dezoito anos de vida, que requerem atenção dos serviços e equipe multiprofissional de saúde (Oliveira *et al.*, 2021).

As CRIANES são classificadas de acordo com a demanda: de desenvolvimento (requerendo reabilitação psicomotora e social); de medicamentos (sendo farmacodependentes); de cuidados habituais modificados (dependem de modificações para executar atividades como: locomoção, alimentação ou higiene); de cuidado misto (associação de mais de um tipo de cuidado); de tecnologia no corpo, como por exemplo traqueostomia e por fim cuidados clinicamente complexos (combinação de todas as demandas anteriormente descritas incluindo suporte de vida) (Oliveira *et al.*, 2021).

A TQT foi descrita pela primeira vez em 100 d. C. por Asclepíades, na Grécia. Esta, por ser um procedimento que consiste na abertura cirúrgica da traqueia com a inserção de uma cânula, possibilitando a troca respiratória com o meio externo, veio a ser mais frequentemente utilizada durante o século XIX por Armand Trousseau, em pacientes com dispneia (Dal'astra *et al.*, 2017).

A indicação da TQT, da mesma forma que suas complicações sofreram mudanças nas últimas décadas no que condiz ao perfil epidemiológico, tendo em vista as novas técnicas que foram desenvolvidas, a melhoria de cuidados intensivos, alteração na epidemiologia de doenças infecciosas e o aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros e com mal formações congênitas (Dal'astra *et al.*, 2017).

De acordo com a literatura internacional em 0,5 a 2% das crianças em unidades de terapia intensiva que são submetidas a intubação e ventilação mecânica prolongada necessitam de TQT. O que coaduna com o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (VM) que ocorreu em setembro de 2017, recomenda indicação precoce da TQT para pacientes que podem permanecer por maior período em VM, contribuindo para redução da mortalidade, da permanência em UTI, tempo de VM e redução da pneumonia associada à VM, quando comparada TQT tardia. Destaca-se ainda que esta pode ser confeccionada em qualquer faixa etária da criança, inclusive em lactentes e menores de um ano (Oliveira, *et al.*, 2016; Avelino *et al.*, 2017).

Embora este seja um procedimento que salva vidas, torna-se desafiador pois

entre lactentes e recém-nascidos a TQT pode ser associada a um maior índice de morbidade e mortalidade quando comparada a adultos, dentre outros fatores de risco estão doenças cardiopulmonares, neoplasias e condições médicas implícitas para realização a TQT (Scheweiger *et al.*, 2017; Aletheia *et al.*, 2019).

A indicação de TQT sofreu transição nos últimos anos. Na década de 70 era comumente utilizada em casos de obstrução de vias aéreas superiores, porém houve um declive nessas indicações após ser introduzido no meio infantil avacinação contra *Haemophilus influenzae* e *Corynebacterium diphtheriae* e a adoção de intubação endotraqueal como opção a TQT, tendo em vista maior número de complicações de acordo com o aumento da idade de pacientes pediátricos (Scheweiger *et al.*, 2017).

Ainda, para Scheweiger *et al.* (2017) a melhoria dos cuidados e assistência de qualidade ofertados a bebês prematuros e crianças com anomalias congênitas aumentou a sobrevida destes que em maior parte requerem intubação endotraqueal por períodos prolongados de internação, precisando assim de ventilação mecânica para tratamento de malformações pulmonares e cardíacas, insuficiência pulmonar crônica, doenças neurológicas e trauma cervical.

Os fatores que incluem a realização da TQT na criança, como: gravidade da obstrução da via aérea, dificuldade, tempo de intubação e a(s) comorbidade(s) subjacente(s), tornam esse procedimento complexo, assim a indicação deve ser avaliada individualmente em cada criança conforme sua condição de saúde e conjuntamente entre a equipe de pediatria e cirurgia (Goes; Silva; Lima, 2017).

Algumas técnicas para realização da TQT são descritas na literatura e as principais diferenças são: o sentido da incisão na pele, o formato da incisão na traqueia, e a sutura ou não da traqueia, ou seja, a maturação do estoma. No condizente às complicações, essas podem ser divididas em transoperatórias e pós-operatórias (Lubianca Neto; Castagno; Shuster, 2022).

As complicações transoperatórias são aquelas que ocorrem durante a cirurgia, em geral relacionadas à presença de ar intersticial, ou seja, pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo, cuja incidência varia de zero até 28%, sendo a mais comum o pneumomediastino. Complicações pós-operatórias precoces incluem o sangramento do estoma com uma baixa prevalência variando entre 1,8 a 5,2%, a decanulação primária que constitui uma séria complicação com 0,8 a 0,9% de incidência, dentre outras estão: obstrução da cânula por coágulo sanguíneo, infecção local e escape ao redor da cânula que decorre da necessidade de parâmetros

ventilatórios altos, acometendo até 14,6% de recém-nascidos prematuros (Lubianca Neto; Castagno; Shuster, 2022).

No que tange às complicações pós-operatórias tardias Lubianca Neto, Castagno, Shuster (2022) incluem a decanulação, obstrução e infecção de forma tardia. Colapso supraestomal, estenose subglótica e estenose traqueal também podem ocorrer de forma tardia e podem evoluir com absorção parcial da cartilagem, fibrose e estenose cicatricial. Cabe destacar que a morte é um evento indesejável e em maior parte não decorre do procedimento, porém pode ser secundária à evolução da doença de base.

Estas acepções convergem com estudo realizado por Dal'astra, Quirino, Caixeta (2017), que descreve as complicações mais frequentes por TQT: presença de granuloma, infecção, obstrução da cânula e limitação da linguagem e desenvolvimento social, ou seja, problemas que dependem de cuidados e orientações aos profissionais de saúde (Avelino *et al.*, 2017; Aletheia, *et al.*, 2019).

Especificamente em crianças alguns fatores de risco se associam às complicações como: a idade, o peso ao nascimento, a prematuridade, doença de base e intubação prévia, displasia pulmonar, aumento de secreção traqueobrônquicas, hemorragia intraventricular e alterações cardíacas perpassando por esses fatores as comorbidades associadas e até o pequeno diâmetro da via aérea e da própria cânula. Além destes a TQT realizada em situações de urgência quando confrontadas às eletivas aumentam de 0,05% para 20% o risco de complicações sendo a principal o pneumotórax (Lubianca Neto; Castagno; Shuster, 2022).

Referente à decanulação, estudo apontou que essa ocorre com sucesso entre 28 a 52% das crianças. Todavia quando há indicação neurológica para confecção da TQT, terapia intensiva, internação hospitalar prolongada e ventilação assistida pode estar associada ao insucesso do procedimento (Aletheia, *et al.*, 2019).

Do ponto de vista cirúrgico, a TQT muitas vezes pode representar um procedimento simples, contudo acarreta diversas condições para o paciente e sua família como: alteração da imagem corporal, modificação do estilo e qualidade de vida, dificuldade de comunicação e sentimento de medo e/ou angústia (Oliveira *et al.*, 2016).

Cabe-se enfatizar que as vantagens da TQT se sobressaem quando comparadas a intubação orotraqueal, uma vez que pode prevenir lesões laríngeas, permite a alimentação via oral, a fala, reduz a necessidade de sedação, além disso facilita a mobilização e cuidados de enfermagem promovendo maior conforto ao

paciente (Oliveira *et al.*, 2016).

Assim, Precce *et al.* (2020) inferem que o enfermeiro bem como a equipe multiprofissional deve acompanhar as crianças com TQT, e pais durante o cuidado. Este deve ser planejado, individualizado e integral com a valorização de contextos sociais, econômicos e culturais tendo em vista a contribuição na educação em saúde e promoção do cuidado de enfermagem seguro ((Oliveira *et al.*, 2016; Goes; Silva; Lima, 2017).

Embora a TQT seja realizada com menor frequência na população infantil, sua confecção é imprescindível, pois está associada às melhorias nos cuidados nas unidades de terapia intensiva e à maior taxa de sobrevivência. No entanto, constitui um desafio para os profissionais da enfermagem, pois envolve habilidades de observação, detecção precoce de sinais de complicações, além de contemplar os aspectos biopsicossocial e espiritual para a oferta dos cuidados de enfermagem (Goes; Silva; Lima, 2017; Ranzani, *et al.*, 2022).

No condizente aos cuidados de enfermagem com a TQT durante a fase aguda se constituem por: fixação adequada, manutenção do balão com volume e pressão mínimos para obstruir a via aérea sem extravasamento de ar, evitar tracionar a cânula, controle da dor, mudança de fixação e/ou curativo e limpeza do estoma e da cânula. Já a aspiração de secreções é uma parte essencial do cuidado sendo ideal quando remove a maior quantidade de secreção, com um mínimo de dano ao tecido e um mínimo de hipóxia (Goes; Silva; Lima, 2017).

Tendo em vista a complexidade do cuidado a criança com TQT destaca-se a relevância da construção de uma rede de suporte multiprofissional com a finalidade de assegurar o atendimento integral dessas crianças e suas famílias por meio de capacitações e treinamentos das equipes, assim como a elaboração de protocolos em unidades de UTI neonatal e pediátrica para melhor manejo desses pacientes (Ranzani, *et al.*, 2022).

Cabe reconhecer que os setores da sociedade como defensoria pública, os segmentos da sociedade civil, qualificados como doadores voluntários; e as associações civis organizadas ligadas aos direitos dos doentes e suas famílias também compõem a linha de cuidados voltada para este grupo (Moreira *et al.*, 2017).

Moreira *et al.*, (2017) ressaltam que há a necessidade de articulação entre os diferentes prestadores de serviços de atenção em saúde, com o intuito de efetivar um modelo de regionalização de cuidados em saúde para essa população, a fim de evitar

a impossibilidade do acesso a esses serviços. O que incluiu além do planejamento da transição para clínicas de cuidado em saúde, ações centralizadas, inclusive com equipes multiprofissionais que possam participar diretamente desta transição de serviços.

Nesse contexto, o enfermeiro é mediador de um cuidado contínuo, complexo e inovador, com foco na transição saúde-doença. Desde a internação um processo educativo já deve ser enfatizado gradualmente junto aos familiares e cuidadores com pretensão a alta hospitalar, com a construção do conhecimento de modo horizontal, com respeito ao tempo e espaço de cada pai/responsável/cuidador com a possibilidade de aperfeiçoamento e autoconfiança de suas habilidades (Paines, *et al.*, 2023).

É de suma importância o conhecimento do contexto social dos familiares e as demandas de cuidados das crianças com TQT, bem como suas particularidades para elaboração de estratégias de capacitação. O cuidado a essas crianças demanda necessidades de redes de apoio e acesso a benefícios sociais que garantam suporte a gastos de ordem material e afetiva (Moreira *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2022).

As equipes de saúde envolvidas no cuidado a criança com TQT nem sempre estão preparadas para a complexidade que exige esses cuidados. Assim a promoção da saúde e o reconhecimento de direitos, por meio de diálogo organizado entre famílias, profissionais e legisladores são essenciais a formulação de políticas sincronizadas as necessidades desse segmento (Moreira *et al.*, 2017).

Atualmente as organizações prestadoras de cuidados de saúde à criança e os pais são considerados parceiros dos profissionais de saúde. Constitui o papel parental o cuidado na saúde e na doença, tão importante como alimentar, educar, distrair ou facilitar o seu desenvolvimento o que torna desafiador para os mesmos, requerendo dos enfermeiros a parceria partilhada, apoio e ensino nos cuidados num modelo que releva a centralidade da criança (Alves, Amendoeira, Charepe, 2017).

Nessa conjuntura identifica-se a necessidade de se estabelecer um vínculo entre os profissionais de saúde e pais/responsáveis/cuidadores na transição da criança com TQT para o domicílio e da importância de ações conjuntas no cuidado planejado para além da hospitalização, com garantia do seguimento pós alta hospitalar, no sentido da gestão do cuidado com acompanhamento domiciliar e na Atenção Básica à Saúde (ABS) (Ramalho *et al.*, 2022).

Para Ramalho *et al.* (2022) as famílias se sentem despreparadas quando no domicílio se defrontam com cuidados, por vezes, complexos e sem apreensão de

conhecimento necessário, tecnologias disponíveis e apoio dos profissionais no gerenciamento desses cuidados, o que pode promover rearranjos em sua rotina.

Em comum a essas acepções, foi instituída no Rio de Janeiro, a Política Estadual de Atenção, Acompanhamento e Tratamento para Pessoas com TQT e representantes legais objetiva dentre outros pontos: desenvolver ações de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e organização do atendimento em conformidade com os princípios de integralidade da assistência e humanização (Rio de Janeiro, 2022).

Destaca-se então, que para contribuição da qualidade e segurança do cuidado a criança com TQT a construção de protocolos caracteriza a melhor estratégia de cuidado disponível garantindo a organização do trabalho e o atendimento às legislações, favorecendo a tomada de decisão, uma vez que abarcações sustentadas em evidências científicas (Rodrigues *et al.*, 2022).

Cabe inferir que o cuidado á criança com TQT no contexto hospitalar, bem como sua transição no domicílio, requer um conjunto de ações que garanta essa continuidade, sendo uma atividade multifatorial, com envolvimento de profissionais/serviços de saúde, paciente e pais com operacionalização de ações, quem as executam e de forma elas acontecem o que coaduna com a elaboração dos protocolos assistenciais (Pucca *et al.*, 2022)

O protocolo assistencial compreende uma diversidade de procedimentos, como ações de cuidado e/ou tratamento, que englobem o aspecto físico, emocional e social, além de ações educativas com o envolvimento e atuação de toda a equipe multiprofissional (Rodrigues *et al.*, 2022).

Estudo realizado por Volsko *et al.* (2021) que teve como objetivo desenvolver diretrizes para o manejo de pacientes pediátricos traqueostomizados, por meio de uma revisão de literatura, estabelece que a escassez de publicações que apoiemo uso de protocolos e/ou pacotes de cuidados padronizados que visem a melhorados cuidados a esta população. Em maior parte, os estudos publicados são retrospectivos, realizados em uma única instituição, com amostras pequenas e ausência de protocolos sistematizados o que dificulta a comparação dos resultados e recomendações da pesquisa com rigor.

Em consonância com esses apontamentos pesquisa realizada por Doherty *et al.* (2018) mediante revisão de literatura que analisou diretrizes, políticas e *budlles* de cuidados mais detalhados a crianças traqueostomizadas, identificou que orientações

abrangentes e universais referentes aos cuidados diários e ao manejo de emergência a TQT infantil, não foram descritas na literatura publicada. No entanto, cabe destacar que declarações de consenso identificadas e diretrizes de melhores práticas sugeriram que os profissionais de saúde que cuidam de crianças traqueostomizadas devem receber treinamento regular em manejo de rotina e emergência das vias aéreas, com o intuito de reduzir a frequência, a natureza e a gravidade das emergências de traqueostomia pediátrica por meio da preparação e educação da equipe multidisciplinar e pais.

Mediante essas acepções cabe assim ressaltar que o enfermeiro deve elaborar um plano terapêutico individualizado para a criança, a ser realizado em conjunto com profissionais de enfermagem e pais com vistas ao diálogo, empatia, interação interpessoal o que irá facilitar a compreensão, aprendizagem e formação de vínculo que promoverá a qualidade do cuidado. Por meio de um trabalho integrado, deve-se ofertar também suporte às famílias para construção compartilhada de plano que contribua para sua autonomia na realização dos cuidados domiciliares com segurança melhorando a qualidade de vida da criança e da família como um todo (Ramalho *et al.*, 2022).

O aumento da expectativa de vida e o avanço tecnológico levaram a um aumento no número de crianças com doenças crônicas, que necessitam de cuidados intensivos e prolongados, principalmente em UTIs neonatal e pediátrica. Desta forma, CRIANES necessitam de atenção contínua de profissionais de saúde e de seus familiares, por vezes dependendo de tecnologia para sobreviver. A inclusão e participação ativa dos pais é crucial para minimizar as dificuldades do processo de hospitalização e garantir uma transição mais amena para o domicílio, para a garantia de uma recuperação segura da criança neste contexto.

Para tanto, é fundamental estabelecer um protocolo assistencial, baseado em evidências científicas, com a participação efetiva da equipe de saúde e dos pais das CRIANES, o que possibilita considerar as demandas de necessidades de conhecimentos de todos os envolvidos e estabelecer com exatidão as responsabilidades de cada participante neste processo de cuidado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONSTRUCIONISMO SOCIAL

Para o desenvolvimento deste estudo, considerando-se a importância da participação dos profissionais da Enfermagem e dos pais das CRIANES, fundamentou-se na perspectiva do Construcionismo Social, em consonância com a adoção do Referencial metodológico da PCA, que será explanado posteriormente.

O Construcionismo Social emerge na Psicologia entre as décadas de 1960 a 1970, decorrente de movimentos sociais, como uma via possível á pessoas descontentes com as verdades produzidas sobre si e o meio social onde vivem. Exemplos são os movimentos de mulheres feministas que aconteceram nesse período nos Estados Unidos, bem como na Europa, com as greves gerais e ocupações estudantis. Não obstante este se estabelece com o artigo publicado por Gerden (1973) sendo por muitos considerado como um marco histórico no campo epistemológico (Cardoso; Beiras, 2022).

O Construcionismo Social caracteriza-se como um movimento que assume uma posição crítica diante de acontecimentos considerados imprescindíveis e inquestionáveis, atentando-se a indagação das interações entre as pessoas em sociedade e a construção das relações constituídas, a visão que tem de si e do mundo, onde a produção do conhecimento passa a se convergir com a linguagem (Bezerra; Batista; Dantas, 2020).

Assim, a definição de Construcionismo Social deve ser feita com ponderação de acordo com Souza (2014), uma vez que se configura como um movimento, cuja característica é a possibilidade de variação, fluidez e diversidade que permite construir, a partir das relações e interações, um contexto social e histórico do qual o indivíduo faz parte. Dessa forma não há verdade absoluta, o conhecimento provém de como a comunidade o considera (Souza; Rezende, 2020).

Aliado a essas acepções, Manfrim e Rasera (2016) destacam que o movimento construcionista social equivale a um conjunto de contribuições teóricas que não possui uma distinta definição, sendo este um movimento convidativo a inserção em “redes relacionais” (p. 35), onde o foco sai do indivíduo e se abre para espaços de reflexão e crítica permeando novas formas de compreensão.

Kenneth Gergen (2009), psicólogo de origem americana conhecido por ser

precursor do movimento construcionista, destaca que todas as realidades são construídas a partir de processos relacionais, desafiando dessa maneira a tradição individualista.

Para Gerger e Gerder (2010) a construção social constituída por meio de nossas atividades colaborativas não é fundamentada por um indivíduo único ou grupo, não sendo assim exclusiva, ela é concebida pelo compartilhamento entre comunidades, não estabelecendo uma verdade definitiva, o mundo se torna o que é mediante as relações sociais diferentemente edificadas.

Dessa forma cabe ressaltar que o construcionismo origina-se por intermédio de três perspectivas interdependentes, sendo a primeira a reação ao representacionismo, a segunda, o questionamento dos conceitos de verdade e a terceira, a busca do empoderamento dos grupos marginalizados (Souza; Rezende, 2020).

De acordo com Gergen e Gergen (2010), são cinco os pressupostos do Construcionismo Social: relacionar as explicações do mundo as relações para serem reais; argumentar que essas explicações são dependentes do contexto histórico e cultural; sustentar a explicação do mundo e de nós mesmos por meio do processo relacional, condicionado a uma sucessão de mudanças do contexto compartilhado; formar por meio da linguagem a explicação do real, verdadeiro e bom e por fim, compreensão da linguagem no contexto relacional por intermédio da avaliação dos padrões culturais.

De acordo com Cardoso e Beiras (2022) é possível afirmar que por intermédio de tais fundamentos o construcionismo social rejeita a ideia da existência de uma essência humana, pois o indivíduo constrói o mundo ao seu modo encontrando esse diferencial nas relações sociais estabelecidas.

Assim, o fluxo contínuo da atividade comunicativa humana que permite a construção de conhecimentos sobre nós mesmos e o mundo em que vivemos, mediante os processos linguísticos situados nos relacionamentos humanos é global entre todas as versões construcionistas. Mediante essa conjuntura mutável que o que é falado ganha significado, a proposta construcionista busca a compreensão da forma como as pessoas desenvolvem, sustentam e descrevem seus diálogos e daí em diante como dão sentido ao mundo que vivem (Rasera; Guanaes- Lorenzi, 2012).

No que tange às investigações científicas, atuações terapêuticas, bem como modelos educacionais o construcionismo social trabalha com a noção de que somos

seres relacionais. Para Kenneth Gerder o nosso “eu” não é individualizado, assim, somos coletivos, não indivíduos (Souza, 2020).

Os construcionistas partem da premissa de que o conhecimento advém do produto de determinadas comunidades, sendo orientado por hipóteses, crenças e valores particulares, constituindo assim objetos de pesquisa. A verdade é contextualizada por uma comunidade, onde cada grupo funciona de forma diferente e atende a diferentes finalidades, por meio do diálogo cruzado permitindo a intersecção de múltiplas realidades e múltiplos valores (Gerger; Gerger, 2010).

A análise da produção dos sentidos no cotidiano pelo Construcionismo Social faz da pesquisa a possibilidade de juntar-se aos coletivos e compreender cada contexto em suas individualidades, dessa forma, esse movimento ganha ênfase no final do século XX. No contexto da saúde brasileira tem sido utilizado como base para estudos relacionados ao cuidado humano, permitindo uma discussão crítica, e o reconhecimento do Construcionismo como meio para pensar a saúde (Cadoná; Scarparo, 2015).

O Construcionismo parte da premissa que a explicação dos processos ocorre pelo que as pessoas descrevem explicam, argumentam e constroem as noções de si mesmo e do mundo em que vivem, considerando um determinado momento e as relações sociais. Nesse sentido, a enfermagem tem um significado importante, tendo em vista, o cuidado de enfermagem ser pautado pela singularidade, permitir a escuta, o acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização, apoio emocional e a equipe atuar em tempo integral, ou seja, 24 horas com o paciente nos cuidados cotidianos (Bossato *et al.*, 2021).

Para Cadoná e Scarparo (2015) a introdução de práticas integradas provoca a desmistificação de antigos paradigmas que vinculam a saúde a ausência de doença. Assim sendo, pensar o paciente de forma integral fomenta outros modos de vivenciar a realidade, com o intuito de propiciar possibilidades sem negar a doença como processo da vida.

Assim ressalta-se que para o Construcionismo quando o problema é entendido como parte do sistema e não nosso, possibilidades são abertas para novas alternativas e ações na resolução de problemas. Assim a enfermagem por estabelecer os cuidados diários e contínuos ao paciente, por intermédio de assistência qualificada e rede de apoio social, reverte suas ações com o objetivo de promover a autonomia e participação do indivíduo no serviço de saúde (Bossato *et al.*, 2021).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para o alcance dos objetivos propostos, utilizou-se a abordagem qualitativa e o referencial metodológico da PCA para subsidiar a resolução de problemas no contexto da assistência à saúde às crianças com traqueostomia nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, com a participação de todos os envolvidos neste contexto.

A pesquisa qualitativa nos últimos anos tem ganhado mais espaço, pois é por meio dela que o pesquisador busca entender os fenômenos, na perspectiva dos participantes da situação estudada, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes e, a partir, daí, interpretá-los (Minayo, 2013; Minayo; Costa, 2018).

4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A PCA foi desenvolvida por Mercedes Trentini e Lygia Paim na década de 1980, embasada em reflexões realizadas com discentes, no contexto do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, com o intuito de desenvolver um método de pesquisa que orientasse a convergência entre a assistência de enfermagem e a pesquisa (Trentini; Beltrame, 2006; Alvim, 2017).

Justifica-se a escolha da PCA pelo fato de esse referencial possibilitar o desenvolvimento de ações de investigação científica e de assistência, permitir a imersão do pesquisador no processo de coleta de dados, orientando-se pelo compromisso de estudar e de atuar na prática, de promover mudanças e de introduzir inovações com o intuito de elaborar um conhecimento que busque a melhoria das práticas assistenciais (Trentini; Paim; Silva, 2017; Brunozi *et al.*, 2019).

A PCA se destaca na pesquisa de campo, no referente à prática assistencial, pois articula a prática profissional com o conhecimento teórico, uma vez que seus resultados são mobilizados, durante o processo da pesquisa, para as situações práticas (Trentini; Paim, 2004).

Na PCA, os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades que surgem da realidade, conduzindo a resolução de problemas ou promovendo inovações de maneira específica. Busca-se, em todo o seu método,

manter um afunilamento com a situação social, demonstrando ser um tipo de pesquisa comprometida com a melhoria do contexto social pesquisado (Trentini;Paim, 2004).

Dessa forma, estabelece-se na PCA que o pesquisador abranja os participantes no transcurso, sendo estes construtores da pesquisa, em parceria com o pesquisador. Pode, ou não, fundamentar-se em pesquisas indagatórias realizadas antecipadamente e ser realizada por profissionais de diversas áreas, mas, especialmente por enfermeiros, baseando-se nas seguintes premissas:

1. Os campos de assistência à saúde necessitam de melhorias, de atualizações e de transformações de empreendimentos no cuidado. Para isso, é imprescindível o comprometimento do profissional pesquisador, em um movimento sincronizado pelo saber-pensar e saber-fazer por intermédio dos princípios da imersibilidade, da expansibilidade, da simultaneidade e da dialogicidade;
2. Os cenários da assistência à saúde são esferas produtivas para a manifestação de problemas de pesquisa;
3. A interrelação assistência/pesquisa fomenta a criação de práticas de cuidados nas conjunções assistenciais, bem como atividades de pesquisa científica;
4. O profissional inserido na assistência é um potencial pesquisador, pelo fato de entender as demandas dentro desse contexto e poder formar sua
5. atitude crítica em meio à introdução ao seu trabalho intelectual (Trentini; Paim;Silva, 2014).

A PCA é guiada pelos próprios atributos, sendo estes: **imersibilidade** - atribui-se à exigência de inserção do pesquisador nas práticas assistenciais durante o processo de investigação com o intuito de construir mudanças compartilhadas no local; **dialogicidade** - fundamental para a convergência entre a prática assistencial e a de investigação que se estabelecem pelo diálogo; **expansibilidade** - concernente ao propósito inicial do processo de investigação, que pode ser ampliado durante a justaposição entre a assistência e a investigação; e **simultaneidade** - pois, embora aconteça a unidualidade no processo da PCA, não há predomínio de uma sobre a outra. A pesquisa e a assistência dialogam, mas guardam sua identidade (Trentini; Paim; Silva, 2014).

4.2.1 Fases da Pesquisa Convergente Assistencial

Metodologicamente, a PCA transcorre em quatro fases: a primeira **concepção**, que se inicia pela escolha do tema vivenciado com a prática do pesquisador, pela formulação do problema de pesquisa, pela revisão de literatura e pela escolha do referencial teórico, seguido da **instrumentação**. Nessa fase, são desenvolvidas as resoluções metodológicas, concentrando-se no método convergente assistencial. Posteriormente, a fase de **perscrutação** envolve as estratégias utilizadas para a dinâmica da obtenção e da sistematização das informações; por fim, a quarta fase, denominada de **análise e interpretação**, que ocorre de maneira conjunta com a coleta de dados, propiciando a organização das informações pelos processos de síntese, de teorização e de transferência, em momentos que encadeiam, de forma condensada, o referencial teórico com os dados coletados, na expectativa da significação destes, procurando descrevê-los (Trentini; Paim; Silva, 2014).

4.2.1.1 Fase de Concepção

A fase de concepção é um momento fundamental para definir a forma pela qual a investigação será direcionada. Nesta etapa, a pesquisadora, em conjunto com a equipe assistencial, identificou uma problemática real e relevante dentro do contexto da sua prática clínica diária para desenvolver conhecimentos que mobilizem a melhoria destas práticas (Trentini; Silva, 2023).

O problema foi delimitado e contextualizado, intencionando a convergência entre a necessidade da assistência e a busca por soluções inovadoras. Desta forma, a construção objetivou alcançar a viabilidade da investigação e para gerar resultados aplicáveis na prática clínica, impactando positivamente para as crianças com TQT em terapia intensiva (Trentini; Paim; Silva, 2014).

Para tanto, a pesquisadora utilizou-se da sua experiência de 11 anos, como enfermeira supervisora do setor de UTI Pediátrica de um hospital universitário, onde atuou diretamente no cuidado às crianças traqueostomizadas. Essa vivência prática e assistencial foi agregada à sua experiência posterior como coordenadora de enfermagem da unidade, que foi fundamental para estabelecer a questão de pesquisa. Isso possibilitou identificar um problema real vivenciado e de extrema relevância no contexto da assistência e cuidado infantil, que gerou a necessidade de um

aprofundamento teórico sobre a temática e a definição do problema de pesquisa.

Como integrante da equipe de enfermagem, a pesquisadora verificou que o número de CRIANES atendidas no setor aumentou no decorrer dos anos, bem como a complexidade do cuidado com o dispositivo respiratório tecnológico, a TQT. Isso se deve ao fato de a sua confecção ocorrer por comorbidades neurológicas, respiratórias ou por traumas. E ainda, dialogando com a equipe de enfermagem foi realizada a negociação preliminar da proposta, pois verificou-se que os integrantes desta equipe apresentavam dúvidas quanto aos cuidados com a TQT, incluindo-se a indicação, a autorização dos pais para a realização do tratamento, o ensino destes sobre os cuidados domiciliares, a contrarreferência da criança no sistema de saúde e a necessidade de seguimento especializado da criança.

Com o tema da pesquisa definido e diante da vivência prática, surgiram alguns questionamentos: como é para a equipe de enfermagem cuidar da criança com TQT? Quais as dificuldades e potencialidades para os pais para o cuidado à criança com TQT? Qual estratégia deve ser implementada para otimizar o trabalho da equipe de enfermagem no cuidado à criança com TQT internada em UTI's neonatal e pediátrica?

Em seguimento, buscou-se na literatura sobre o tema e definiu-se pela utilização do referencial teórico do Construcionismo Social, conjuntamente a PCA, subsidiada por informações sobre as experiências dos profissionais de saúde em relação aos cuidados à criança com TQT, resultando na proposição de um protocolo assistencial para estas crianças.

4.2.1.2 Fase da Instrumentação

Nesta fase foram tomadas as seguintes decisões metodológicas: a escolha do **cenário da pesquisa**, dos **participantes**, da **negociação concreta da proposta**, dos **instrumentos** e das **técnicas de coleta e registro de dados** (Trentini; Silva, 2023).

4.2.1.2.1 Cenário do estudo

Este estudo foi desenvolvido nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica de um hospital Universitário de um município do Sul de Minas Gerais. A unidade de terapia intensiva neonatal, conta com seis leitos de cuidados intensivos e

seis, de cuidados intermediários. Já a pediátrica, é constituída por 10 leitos destinados a crianças e adolescentes na faixa etária de zero a 15 anos. Em cada UTI existem dois leitos disponíveis para pacientes que necessitam de precaução.

Ainda, os recém-nascidos prematuros classificados como de alto risco, são admitidos na UTI neonatal em decorrência da sua condição de prematuros extremos e/ou com alguma comorbidade, via maternidade desta instituição e referenciados de outros municípios.

Em ambas as unidades são atendidos pacientes com internação particular, por convênios e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que recebem pacientes de todo o estado de Minas Gerais, sendo referência para região macrossul que compreende 26 municípios.

Durante a hospitalização da criança nas UTIs a presença dos acompanhantes é permitida no decorrer das 24 horas, conforme direitos do paciente, sendo realizadas orientações sobre sua permanência e rotinas dos setores, bem como, disponibilizado todas as refeições e sanitários para higienização pessoal. O boletim médico sobre as condições de saúde, prognóstico, terapêutica, resultados de exames e esclarecimento de dúvidas é realizado no período da manhã pelo médico (a) plantonista (a) das unidades.

É frequente a internação de CRIANES, tanto na UTI Neonatal, quanto na Pediátrica, sendo que nesta a faixa etária de atendimento é até 15 anos, por isso tem maior taxa de ocupação.

A necessidade da confecção da TQT é frequente em CRIANES internadas, em especial, em decorrência das comorbidades neurológicas, por uso do dispositivo respiratório, não disponível nas cidades da macrorregião atendida pela UTI.

Para o atendimento desta demanda, os profissionais de saúde necessitam de capacitação sobre este tema. Embora seja evitado rodízio nas escalas de atuação destes profissionais, sendo priorizado a experiência prática no cuidado a CRIANES, não ocorrem treinamentos específicos nestas unidades para o cuidado a estas crianças.

Durante a experiência destes pais, com as diferentes situações vivenciadas por eles, neste ambiente, podem surgir dúvidas ou dificuldades em relação a condição clínica e o seguimento necessário durante a alta hospitalar.

O preparo para alta das crianças com TQT ocorre com a inclusão dos pais no cuidado, inserindo-os diretamente na aprendizagem das práticas assistenciais.

Contudo, não é realizado registro em prontuário, não há o cumprimento de uma padronização específica centrada nas reais necessidades destes pais ou ainda, uma avaliação do nível de aprendizado alcançado por eles, em relação ao cuidado domiciliário.

Para a alta é disponibilizado pela equipe multiprofissional um relatório em duas vias, uma para os pais e outra para o assistente social do hospital, sobre a necessidade de insumos para o cuidado domiciliar à criança. Este relatório possibilita realizar a solicitação junto à assistência social da prefeitura de residência da criança.

Mediante o preparo dos pais para o cuidado e a comprovação do fornecimento dos insumos pela prefeitura, a criança é liberada. No momento desta transição para o domicílio é concedido aos pais um relatório de contrarreferência de toda a internação, com encaminhamento para a Atenção Primária à Saúde, para a realização de seguimento clínico que inclui a assistência médica, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição.

4.2.1.2.2 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram os profissionais de enfermagem atuantes nas UTIs neonatal e pediátrica de um hospital universitário do Sul do estado de Minas Gerais e os pais das crianças com TQT, internadas nestas unidades.

Nas referidas unidades, atuam nove enfermeiros ao total, sendo todos com carga horaria de 44 horas semanais. No concernente aos profissionais técnicos de enfermagem, estes somam 40, nos dois setores, com regime de 42 horas semanais.

Nestas unidades há supervisão de um enfermeiro por vinte e quatro horas e a coordenação de enfermagem quarenta e duas horas/semanais. A escala desses setores é coberta por cinco técnicos de enfermagem em cada turno de plantão.

Geralmente os funcionários estão alocados nas referidas unidades, evitando-se o rodízio em escalas para outros setores, para priorizar a experiência prática que adquirem no cuidado contínuo às CRIANES. Muitas vezes, os colaboradores novatos e sem conhecimento específico do cuidado às CRIANES são escalados para estas unidades, tendo em vista, a ocorrência de atestados, afastamentos e férias dos demais profissionais.

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: profissionais de enfermagem, atuantes em UTIs neonatal e pediátrica, sem distinção de turno de

trabalho; com três meses ou mais de atuação na unidade de internação, por considerar um período de adaptação ao cuidado às CRIANES. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em período de férias ou afastados por licença para tratamento de saúde durante a coleta de dados que ocorreu no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2025.

Em relação a participação dos pais de crianças com TQT internadas, os critérios de elegibilidade foram: maiores de 18 anos e permanência de, no mínimo, 24 horas como acompanhante nas referidas unidades de internação, cuja coleta ocorreu no período de fevereiro a outubro de 2023. Como critérios de exclusão: aqueles que não estavam em condições psicoemocionais de relatarem a sua experiência em relação ao cuidado à criança com TQT.

4.2.1.2.3 Negociação concreta da proposta

Para a viabilização de inovações, torna-se fundamental a elaboração de um trabalho conjunto entre os participantes e a pesquisadora. Para tanto, é importante a negociação da proposta em conjunto com os integrantes da equipe de saúde, participantes do estudo, para que estes se motivem e tenham a adesão às mudanças. A proposta deve ser elaborada para que seja sustentável e produza efeito positivo na prática clínica, tornando-se viável e que garanta as mudanças (Trentini; Paim; Silva, 2014).

Nessa negociação surgiram dúvidas e pedidos de treinamento referente aos cuidados com a TQT na criança, por parte da equipe de enfermagem. Em seguida, a materialização se apresentou por meio das entrevistas semiestruturadas com os participantes, com os quais os objetivos da pesquisa foram expostos detalhadamente. Enfatiza-se que a necessidade de mudança na realidade do trabalho foi constatada nas falas individuais dos participantes durante essa etapa.

4.2.1.2.4 Coleta de dados

A PCA tem como princípio a imersibilidade, ou seja, o pesquisador está envolvido no cenário assistencial e inserido como parte deste cenário com o intuito de promover mudanças compartilhadas com os demais integrantes. Assim, é permitido ao pesquisador a coleta de dados no decorrer do seu trabalho na assistência. Como

pesquisa e assistência ocorrem ao mesmo tempo, o que dá sustentação a este princípio de imersibilidade é a contínua reflexão do pesquisador sobre o que pode influenciar a pesquisa, trabalhando com o tema de forma clara sem esconder a subjetividade desta maneira de desenvolver pesquisa (Trentini; Silva, 2023).

4.2.1.2.5 Instrumentos e técnicas para a produção dos dados

Pelo fato de a PCA se caracterizar por movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, o pesquisador pode coletar informações por meio de diferentes técnicas como entrevistas, observação e discussões em grupo para a obtenção dos dados (Trentini *et al.*, 2022).

Na produção de dados deste estudo a pesquisadora utilizou de técnicas como, observação participante, entrevistas semiestruturadas e grupos de convergência (GC). A descrição e aplicação dos instrumentos utilizados será apresentada na fase de perscrutação.

4.2.1.3 Fase de Perscrutação

Perscrutar significa investigar de forma profunda as verdadeiras condições para a mudança no contexto da prática. Para isso, o pesquisador precisa estar inserido na assistência, observando as verdadeiras intenções dos participantes, na busca por melhorias e inovações (Trentini; Paim; Silva, 2014).

Na sequência apresenta-se as técnicas e os instrumentos utilizados para a produção dos dados aplicadas na fase de perscrutação.

4.2.1.3.1 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada, consiste em uma técnica de produção de dados em pesquisa qualitativa, que se utiliza de um instrumento com perguntas norteadoras. Desta forma, é realizado um diálogo mais direcionado à temática em questão a fim de explorar o assunto investigado (Trentini; Silva, 2023).

A entrada no campo ocorreu em dezembro de 2022, após a aprovação do Comitê de Ética sob o parecer nº: 5.701.914 e a saída assim que os objetivos do

estudo foram alcançados. Para a coleta de dados, após os devidos esclarecimentos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), foi preenchido um instrumento elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE B), referente aos dados sociodemográficos e de formação do profissional como: idade, sexo, estado civil, renda pessoal, renda familiar, religião, categoria de enfermagem, período admissional, período de atuação na unidade de internação, unidade de terapia intensiva de atuação profissional, turno de trabalho, especialização, treinamento/capacitação/atualização no cuidado à criança com traqueostomia. A seguir, foi realizada uma única entrevista individual, semiestruturada com a seguinte questão norteadora: Fale qual é a sua experiência de cuidado à criança com traqueostomia. Cada entrevista teve duração média de 15 minutos, sendo realizada em sala reservada na instituição para este fim, estando presentes apenas a pesquisadora e o participante.

Os dados foram registrados com dois gravadores de celular, Samsung Galaxy A 32, com a autorização dos participantes. Imediatamente após cada entrevista, esses dados foram transcritos pela pesquisadora, sem correção ortográfica, arquivados em Programa Microsoft Word para análise, e identificados com as siglas NE (Notas de Entrevista), seguida por E (enfermeiros) ou TE (técnicos de enfermagem) e pelo número sequencial de realização da entrevista, com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, a exemplo: NE, E1; NE, TE1.

Após cada entrevista com profissionais foi reforçado o convite a participação nos grupos de convergência para a elaboração do protocolo.

No que tange a coleta de dados dos pais, após os devidos esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) foi preenchido um instrumento elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE D), referente a informações sociodemográficas como: idade, sexo, estado civil, renda pessoal, renda familiar, religião, primeira internação, reinternação, internação em outra instituição. E, na sequência, entrevista individual, semiestruturada, em sala reservada na instituição para este fim, com a questão norteadora: como tem sido a sua experiência como acompanhante do seu filho/filha com TQT aqui nesta unidade? Foi realizada uma única entrevista, com duração média de 20 minutos, gravada com autorização, utilizando dois gravadores, Samsung Galaxy A 32, estando presentes apenas a pesquisadora e o participante.

Esses dados foram transcritos pela pesquisadora, sem correção ortográfica,

arquivados em Programa Microsoft Word para análise e identificados com as siglas NE (Notas de Entrevista), seguida por P (pais) e pelo número sequencial de realização da entrevista, com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, tal como: NE, P1.

4.2.1.3.2 *Observação Participante*

A observação participante é uma técnica essencial na pesquisa qualitativa, inclusive no método da PCA. Deve ser direcionada para um determinado fenômeno e demanda a imersão do pesquisador no contexto prático, para contribuir na busca por melhorias, sem causar desconforto aos participantes com a sua observação (Trentini; Paim; Silva, 2014; Mónico *et al.*, 2017).

Em conformidade com a PCA foram desenvolvidos três momentos de observação participante da prática assistencial dos profissionais de saúde e dos pais no cuidado à criança traqueostomizada, em cada unidade de terapia intensiva, de acordo com a necessidade e apreensão do que se objetivou o estudo. A seguir, essas informações foram transcritas pela pesquisadora, ordenadas e após foram codificadas com a sigla MO (Momento de Observação), seguida pela data da realização, pela sigla UTIN ou UTIP, por exemplo: MO, 06/12/22, UTIN; 07/12/22 UTIP.

6.2.1.3.3 *Grupos de Convergência*

Os GC devem ser realizados com a finalidade de coletar informações de pesquisa e, simultaneamente, desenvolver atividades de prática assssitencial. Com o propósito de conseguir a participação efetiva de todos os integrantes na discussão dos temas, cada GC deve ser constituído por no máximo, 15 pessoas, sendo permitido formar dois ou mais grupos para o mesmo projeto. O pesquisador tem a atribuição de liderar o grupo na reflexão sobre o tema, providenciar e garantir o registro de todas as informações referentes às questões de pesquisa e à prática assistencial e para tanto, deverá contar com a presença de um auxiliar de pesquisa (Trentini *et al.*, 2022).

Para que a finalidade do CG seja cumprida, o pesquisador deverá desenvolver habilidades como coerência, respeito, paciência, comunicação, empatia e síntese, pois tais habilidades garantem que os participantes se sintam confortáveis para expressar suas ideias, que o tempo seja utilizado de forma eficiente e que as

informações sejam sintetizadas de maneira clara e compreensível (Zimerman, 1997).

Para fundamentar a prática clínica e os cuidados de enfermagem à criança com TQT foram desenvolvidos GC com os participantes da equipe de enfermagem, a fim de elaborar um protocolo e ao mesmo tempo realizar ações educativas, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem fundamentadas no Construcionismo Social e referencial atualizado sobre a temática (Trentini, Gonçalves, 2000). As ações foram conduzidas por meio de exposição dialogada, e reflexões que incitaram a discussão, dessa forma o processo educativo foi construído em conjunto com os participantes.

Enfatiza-se que as informações educativas foram apresentadas para o alcance de consenso sobre a realidade e as possibilidades de aplicação pelos participantes. Essas ações educativas foram realizadas em sala disponibilizada nestas unidades, com abordagem de conteúdo referente aos cuidados de enfermagem à criança com TQT.

Estes GC foram realizados impreterivelmente durante o turno de trabalho, nos finais de semana, buscando momentos de maior tranquilidade nas unidades, sendo desenvolvidos em três etapas. A primeira e a segunda etapa foram realizadas entre os meses de fevereiro e março de 2024 e a terceira, no mês de janeiro de 2025 para a apreciação e aprovação final do protocolo. A pesquisadora contou com um auxiliar de pesquisa, doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem que colaborou com o registro das informações e gravação das discussões, com o consentimento dos participantes, cujos dados foram transcritos, organizados e codificados com as siglas GC (Grupo de Convergência).

O planejamento, a construção e a implementação da intervenção educativa levaram em consideração as necessidades de aprendizagem apresentadas pelos participantes do estudo durante as entrevistas semiestruturadas, as informações registradas nos momentos de observação e as anotações do diário de campo.

Desta forma, as ações dialogadas, conduzidas por meio de exposição e reflexões que incitaram a discussão, construíram o processo educativo em conjunto com os participantes, buscando respostas sobre a realidade e as possibilidades dos participantes ao mesmo tempo em que as informações educativas eram apresentadas.

Na primeira etapa, houve a discussão de casos clínicos com conteúdos que abordavam: indicação da TQT, cuidados pré e pós-operatórios, aspiração da TQT e

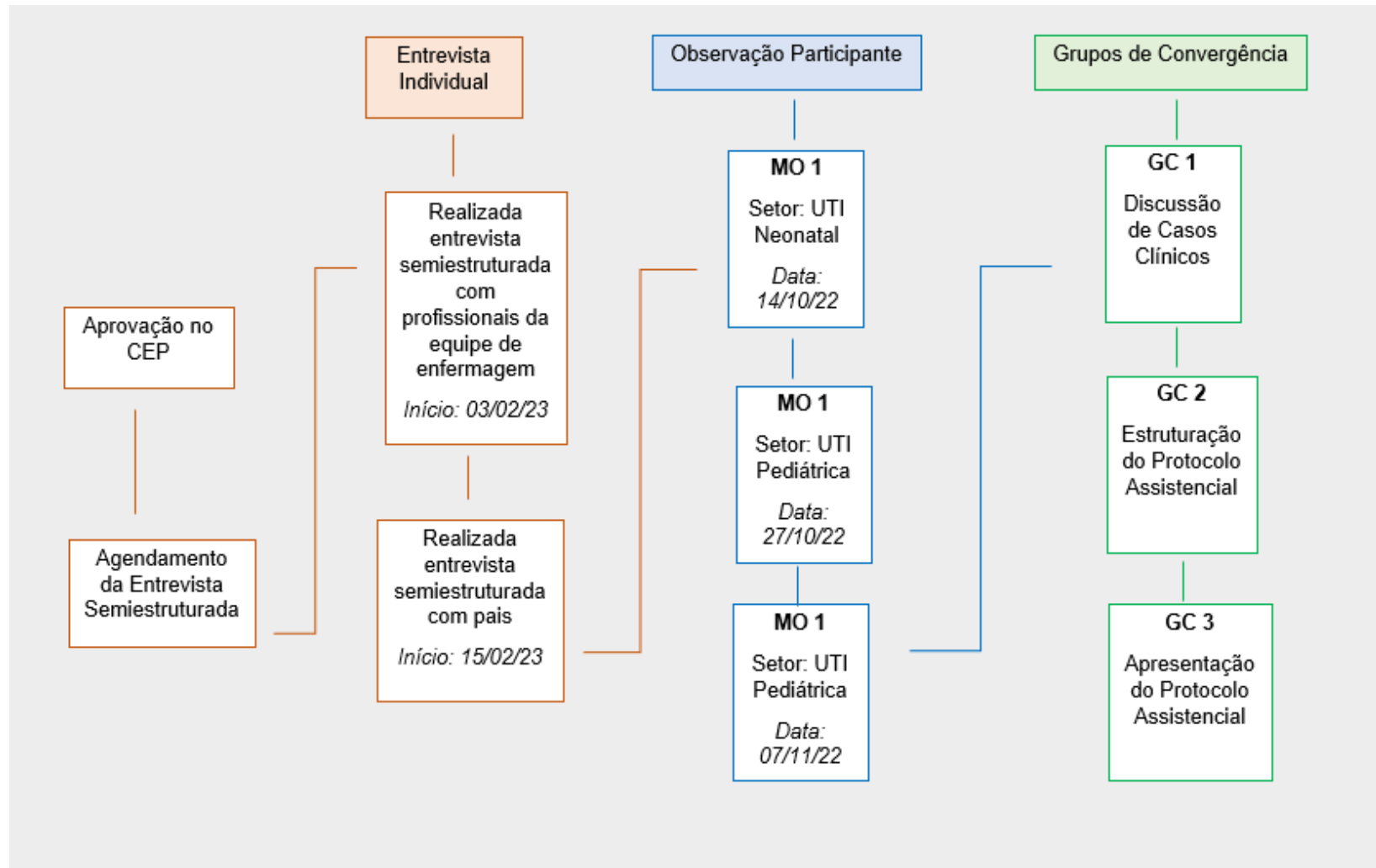
complicações. Em seguida foram referenciadas algumas “falas” dos profissionais e de pais de crianças traqueostomizadas que participaram das entrevistas semiestruturadas. Na segunda etapa, realizada com a finalidade de estruturar o Protocolo de Assistência de Enfermagem à criança com traqueostomia para UTI’s neonatal e pediátrica, objetivo principal deste estudo, teve como pontos abordados: indicação da TQT, tipos de cânulas, complicações da TQT, cuidados com a TQT (pré e pós-operatório imediato, cuidados rotineiros, passagem de plantão, monitorização, posicionamento, fixação e curativo, umidificação, aspiração, dieta, higienização, decanulação) e planejamento para alta hospitalar. Na terceira etapa, foi realizada a apresentação do referido protocolo para apreciação e aprovação.

Para o registro das informações, foram utilizados o diário de campo e o gravador celular Samsung Galaxy A 32. Os GC foram realizados dois meses após o término das entrevistas e dos momentos de observação participante, respectivamente.

As informações do grupo de convergência foram organizadas e codificadas com as siglas GC (Grupo de Convergência) e numerados conforme o momento de realização 1, 2 ou 3, com as informações geradas no final da ação dialogada, referente à opinião e às perspectivas de cada participante sendo estes identificados com E (Enfermeiros) e TE (Técnicos de Enfermagem), por exemplo: GC1, E1; GC2, TE1.

Para esta participação ativa, este estudo fundamentou-se no Construcionismo Social e referencial atualizado sobre a temática (Trentini, Gonçalves, 2000).

Figura 1 - Fluxograma das etapas realizadas para coleta de dados



Fonte: Elaborado pela autora.

6.2.1.3.4 Registro de informações

É fundamental para a qualidade de uma pesquisa o registro correto e organizado das informações, sendo no decorrer da coleta de dados, diariamente o pesquisador deverá realizar os seus registros (Trentini; Silva, 2023).

6.2.1.3.5 Diário de Campo

Desde o início da coleta de dados foi elaborado, pela pesquisadora, um diário de campo, em caderno brochura, contendo informações relevantes acerca dos acontecimentos e das suas observações, identificados com a sigla ND (Notas do Diário) seguido pela data da observação.

Trata-se de uma técnica de coleta de dados pessoal e intransferível, que objetiva um registro detalhado do pesquisador, desde o início da coleta até o término, enfatizando os momentos de observação participante, com anotações das impressões e acontecimentos. Além disso, o diário de campo permite a anotação de questionamentos que não foram captados por outras técnicas, ou seja, quanto mais rico e detalhado, maior será sua efetividade (Minayo, 2013).

Os trechos selecionados do diário de campo foram identificados com a sigla ND (Notas do Diário) seguida da data da observação, por exemplo: ND, 29/01/23, após serem transcritos pela pesquisadora no programa Microsoft Word 2010, informações estas advindas de registro em pequeno caderno brochura.

4.2.1.4 Fase de Análise

A análise de dados compreende a última fase da PCA, na qual é realizada a interpretação das informações obtidas por meio da convergência entre as atividades de investigação e a prática assistencial dos participantes do estudo. Trata-se de uma etapa complexa por incluir diversos tipos de informações relevantes, tanto para a pesquisa quanto para a assistência (Trentini; Paim; Silva, 2014).

A PCA tem como referência quatro processos propostos por Morse (2005): apreensão, síntese, teorização e transferência (Trentini *et al.*, 2022).

4.2.1.5 Processo de Apreensão

Inicia-se durante a coleta de dados e sua posterior organização, considerando todas as informações obtidas, para estabelecer os sentidos do tema de interesse. Para tanto, é fundamental que o pesquisador realize o registro dos dados imediatamente após a coleta, de forma organizada, para permitir a análise e valorize adequadamente todas as informações para alcançar o aprofundamento dos dados obtidos (Trentini *et al.*, 2022).

Para favorecer a análise das informações e sua codificação recomenda-se a utilização de símbolos para agrupar frases semelhantes dispersas pelo texto, tornando-as visíveis e facilitando a organização em categorias (Morse, 2005).

As informações deste estudo foram organizadas e codificadas com as siglas: NE (Notas de Entrevista); MO (Momento de Observação, em sequência o momento de realização (1, 2 ou 3) ND (Notas do Diário) e GC (Grupo de Convergência). Os setores de realização apresentados como UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e UTIP (Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica). Os participantes foram identificados com E (Enfermeiros), TE (Técnicos de Enfermagem) seguidos pelo número de realização da entrevista.

A leitura detalhada das informações oriundas das entrevistas semiestruturadas, da observação participante, dos GC e do diário de campo possibilitou a categorização dessas por meio da codificação. Assim, as informações semelhantes foram agrupadas em conjuntos e codificadas com letras do alfabeto (por exemplo: A; B; C). No decorrer da análise, os códigos foram dispostos ao lado de cada segmento com conteúdo semelhante.

A codificação das informações por similaridade, permite ao pesquisador uma visão ampla das categorias, identificando quais estão saturadas e quais precisam de mais informações (Morse, 2005). Essa análise pode indicar ao pesquisador a necessidade de retorno ao campo para coletar mais dados ou ao texto original para complementar a categoria. A saturação dos dados é fundamental para a realização da PCA, pois permite que o pesquisador compreenda as necessidades de melhoria no contexto e alcance seu propósito investigativo (Trentini; Paim; Silva, 2014).

6.2.2 Apresentação da Codificação

Neste tópico apresenta-se a codificação dos trechos dos depoimentos dos participantes profissionais da enfermagem na entrevista semiestruturada (Quadro 1), dos participantes pais (Quadro 2), a descrição dos momentos de observação participante (Quadro 3), as notas do diário de campo (Quadro 4) e ainda dados dos grupos de convergência realizados com os profissionais (Quadros 5 e 6).

Quadro 1 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes profissionais de enfermagem. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continua)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
A	Sentido: Medo do Desconhecido	<i>[...] dá medo, mas depois com a convivência, com o dia a dia, a gente manuseando a TQT a gente vê que não é um bicho de sete cabeças. É pelo bem da criança [...] Medo de não saber manusear aquela TQT, medo da criança morrer, ficar cianótica, não saber como vai proceder naquele instante. Eu sinto isso com os pais (NE, TE1).</i> <i>Eu assustei, porque eu nunca tinha visto uma criança, uma que ele já tinha as limitações dele e com traqueio. Eu morria de medo de trocar, de sair, de dar banho, eu ficava pensando: como eu vou dar banho em uma criança assim? E se entrar água? O que eu faço? Eu tinha medo de afogar porque não tinha vivência nenhuma (NE, TE3).</i> <i>Assim de começo eu morria de medo, nossa fiquei muito assustada, por conta de ver que eu nunca tinha visto aquilo em criança tão pequena (NE, TE12).</i> <i>Medo. Muito medo. Porque eu entrei e não tive capacitação em si, então fui aprender ali na hora. Primeiro a gente observa e depois a gente vai para a prática (NE, TE5).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>[...] como eu posso dizer...de medo daquilo sair, você está manipulando e sair para fora e acho que medo é mais nesse quesito mesmo e da criança, você vê uma criança tão incapaz e ter aquele negócio para precisar respirar e se torna meio assustador nesse sentido (NE, TE5).</i> <i>Porque eu tinha medo daquela TQT sair na hora de trocar, sair na minha mão, responsabilidade muito grande, e a criança morrer... eu tinha medo de incomodar, de doer, a gente não sabia o que a criança estava sentindo (NE, TE7).</i> <i>Eu pensava que a criança sofria muito devido ter muita secreção. A gente ficava assustada, eu fiquei assustada, fiquei com medo, porque era uma coisa que eu nunca tinha visto na minha vida (NE, TE10).</i> <i>O que a gente assusta é aquele barulho, às vezes faz bastante, geralmente quando está bem secreto, ou sai um pouco para fora, aí a gente assusta mais com isso, mas você vai adaptando (NE, TE6).</i> <i>O meu pior medo era de sair a TQT, era o que eu achava mais difícil. Depois com o tempo eu fui me acostumando... eu tinha muito medo também era de na hora de posicionar, de tracionar, se a fixação estava bem fixa, ou não (NE, TE7).</i>

Quadro 1 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes profissionais de enfermagem. Alfenas, MG, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
B	Sentido: (Des) Conhecimento sobre TQT	<i>[...] ela ficou intubada após um acidente, foi para UTI e teve que fazer uma TQT. Eu não imaginava que uma criança poderia fazer uso de uma TQT [...] não eu já sabia o que era uma TQT, mas não tinha manipulado uma TQT (NE, TE1).</i> <i>No começo eu não entendia que com o tempo poderia ocluir, eu achava que eles iriam ficar com aquilo para sempre (NE, TE2).</i> <i>[...] porque alguns nunca nem ouviram falar disso. E a hora que a criança chega aqui, veem o estado, que não conseguem respirar, fazer a TQT é um baque muito grande para eles. Às vezes eles não falam muito com os médicos, mas conversam com a gente beira leito, muitos falam que não vão dar conta [...] (NE, TE5).</i> <i>Era uma coisa que eu não tinha visto quando fiz o estágio, eu não tive oportunidade de ver. Aí foi aqui (NE, TE1).</i> <i>Antes para eu aceitar era mais difícil, eu pensava, ele é tão pequenininho, porque sofrer, porque passar por isso, tadinho! (NE, TE13).</i>

Quadro 1 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes profissionais de enfermagem. Alfenas, MG, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
C	Sentido Receio da secreção da TQT	<i>[...] eu corria da secreção, não é nojo, assim de colocar a mão...depois com aconivência fui adaptando isso (NE, TE1).</i> <i>Nossa! Eu não tinha coragem de pôr a mão, medo de sair na mão, aquela secreção quejuntava, eu achava que a criança estava engasgando, foi muito difícil [...] o que eu tinhamais medo de lidar era para trocar a fixação, porque era muito secretoivo, então sujava muito (NE, TE5).</i> <i>[...] porque geralmente ela tossia muito, no momento da tosse a gente assustava e depoisde um tempo fui pegando confiança (NE, TE10).</i>
D	Sentido Necessidade deTreinamento	<i>[...] lavagem das mãos correta, preparar o material antes, deixar tudo certinho nomomento. Eu acho que seria bem válido (NE, TE1).</i> <i>Mas eu nunca tive um treinamento específico para trabalhar com pessoas que tem TQT.A gente aprende mesmo aqui é na vivência (NE, TE6).</i> <i>[...] buscar o conhecimento para poder melhorar e aguçar a qualidade da assistência da enfermagem, uma vez que essa criança depende muito do cuidado e esse cuidado temque ser um cuidado de qualidade, sob excelência. Por conta de ser um processo extremamente invasivo que causa um incômodo muito grande nessa criança [...] questãode contaminação, de crescimento e desenvolvimento de bactérias multirresistentes (NE, E1).</i>

Quadro 1 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes profissionais de enfermagem. Alfenas, MG, 2025.

(continuação)

E	Sentido: Necessidade de treinamento sobre TQT	<i>No começo da UTI nós tínhamos educação continuada. Teve minha curiosidade também, eu fui atrás, busquei, pesquisei o que era uma TQT, qual era o benefício, qual era o risco (NE, TE1).</i> <i>Através de educação, através de palestras, conhecimento. Fazer com que a população entenda que aquilo é necessário, que é para o bem da criança (NE, TE1).</i> <i>Eu acho que tem que fazer um treinamento sempre que chegar funcionários novos e também com os pais tem que ser feito. Eles têm que ser muito bem orientados, explicados sobre o que usa, como lavar uma TQT, por exemplo, de metal, para pessoa ir para casa confiante e segura (NE, TE4).</i> <i>[...] mas até aqui dentro do hospital mesmo, em relação a experiência desse profissional, chegada de profissionais novos que a gente tem que treinar... por conta da inexperiência... até eles terem esse traquejo, essa mão, essa previsão do que pode acontecer lá na frente com uma criança com TQT (NE, E1).</i> <i>E aí cabe a nós enfermeiros treinar esses funcionários que vêm trabalhar com a gente na unidade de terapia intensiva, a saber e ter a visão, o olhar para além do cuidado. Não é necessário só a técnica correta, não menos importante, mas é a gente desenvolver um cuidado mais aguçado daquele funcionário, de saber visualizar uma intercorrência que pode vir a acontecer, diante, dentro daquela técnica a ser realizada. O preparo de uma aspiração de TQT por exemplo, começa desde a paramentação e a higienização correta das mãos, a técnica estéril correta, calçar as luvas, a</i>
---	--	--

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>paramentação e a técnica propriamente dita (NE, E1).</i> <i>O técnico de enfermagem tem um certo receio, um medo, uma insegurança de mexer nisso e isso demora um tempo para ser desenvolvido, mas cada um no seu tempo! A gente consegue desenvolver e uma vez que esse funcionário é treinado e consegue aprender tanto a teoria quanto a prática ele consegue desenvolver um bom trabalho em relação aos cuidados da TQT (NE, E1).</i>
F	Sentido: Autoimagem da criança	<i>[...] ela irá se sentir constrangida, com vergonha, porque é algo diferente no corpinho dela (NE,TE1).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
G	Sentido: Dificuldade no cuidado da TQT	<i>Criança agitada é um pouco dificultoso para trocar a fixação, o momento da troca (NE, TE1).</i> <i>No cuidado foi a aspiração, a agitação que eles ficam, eles ficam bem chorosos, o incômodo que é causado nesse momento da aspiração, acho que foi minha maior dificuldade (NE, TE2).</i> <i>[...] a aspiração também, às vezes precisava que gente aspirasse. Mas eu acho que nahora do banho era mais complicado, para mim (NE, TE3).</i> <i>Eu tive dificuldade de aproximar do paciente, porque a gente tem tanta “dó” de ver umacriança e a enfermidade que ela tem [...] no início quando é feita a TQT, a gente tem que ter um cuidado mais especial ainda natroca de fixação, porque se ela chegar a sair há muito risco para o paciente (NE, TE4).</i> <i>[...] na hora de manusear, de trocar o coxim, nossa, aquele medo, porque dá para ver alinha, a criança tosse, você tem que segurar, você não sabe o quanto você segura, se aperta a criança fica roxa, se solta pode tossir e espirrar longe a cânula, Então foi isso na hora de trocar o coxim, de colocar a gazonha, fazer a higienização, foram as dificuldades que eu tive (NE, TE5).</i>

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Acho que o mais difícil é quando a criança está muito secretiva, às vezes você está manipulando e tem que colocar um pano, alguma coisa ali para ajudar a não espirrar em você, tem que colocar um óculos, algo a mais para proteção. O que eu tenho mais dificuldade é nesse sentido (NE, TE6).</i> <i>Na hora de trocar que eu sentia, era que a criança estava sofrendo (NE, TE7).</i> <i>Minha principal dificuldade foi para trocar, quando a gente passa a gazinha em volta e passa aquele cadarço, porque às vezes a gente passa não fica tão certo, daí volta, fica preocupada com a TQT aqui na frente. Então depois que eu troquei umas três vezes eu peguei o jeito e fiquei mais segura (NE, TE8).</i> <i>A minha maior dificuldade foi da TQT sair comigo, de não saber o que fazer. Porque é uma coisa muito cuidadosa que a gente tem que saber como fazer (NE, TE10).</i> <i>minha dificuldade é quando a criança é mais agitada, ela é mais complicadinha, porque movimenta e a gente não consegue ter tanto manuseio (NE, TE11).</i> <i>[...] eu tive muita dificuldade na hora de trocar a fixação da TQT e para não cortar o balonete, eu ficava muito assustada com isso, de cortar o balonete (NE, TE12).</i>

Quadro 1 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes profissionais de enfermagem. Alfenas, MG, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>[...] é doloroso a criança está lá no tubo, tenta extubar, daí não vai, tem aquelas intubações recorrentes, daí chega notícia, o paciente do leito tal vai para a TQT. Então já dá aquele aperto no coração (NE, TE13).</i> <i>[...] dificuldade maior era nessa questão, quando o pescoço é curto, para poder mexer e quando a criança não está sedada, está acordada, muito agitada, a dificuldade é bem maior para poder conseguir fazer aquela troca da fixação, mais é nesse sentido (NE, TE13).</i> <i>De início foi mais difícil...a primeira vez que eu vi, tive mais dificuldade, na parte de desconectar para fazer a aspiração e no caso, como a criança fica quando estamos aspirando, dava assim, não é medo é o como chegar na criança para fazer os cuidados. O difícil que achei foi a troca do curativo, para trocar o cadarço, tem que ter cuidado, fazer devagar, mas dá medo quando desconecta para fazer a troca (NE, TE14).</i>
H	Sentido: Avanço no quadro clínico	<i>[...] eles conseguem logo ficar em ar ambiente, deixa de ser dependente do tubo, a qualidade de vida deles melhora muito (NE, TE2).</i> <i>[...] mas é um procedimento que salva vidas, a gente acha que o tubo..., visivelmente o tubo é agressivo também, só que é uma coisa que não fica tão exposta, a TQT a gente vê que fica bem mais exposta, tem que ter um cuidado diferenciado do tubo [...](NE, TE3).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Ajuda também na nutrição da criança, porque tem criança que fica desnutrida, de ficar aqui, muito tempo no tubo é um benefício, porque antes eu achava que era assustador, sacrificante para criança, mas hoje não, penso diferente, é um recurso que a gente tem para a criança se desenvolver mais, estar mais junto com a família (NE, TE3).</i> <i>Mas quando a gente vê que consegue ocluir, que a criança volta a respirar, vai herdar só aquela “cicatrizinha” no pescoço, é uma alegria muito grande, porque aí a gente colaborou para que ela ficasse bem (NE, TE13).</i> <i>Com o tempo eles tranquilizam mais, porque a gente vai conversando, eles veem a melhora da criança, veem que aquilo foi necessário. Com o tempo os médicos, os enfermeiros relatam que às vezes vão tirar aquilo (NE, TE14).</i>
I	Sentido: Preparo dos pais para o cuidado	<i>Mostrando para eles confiança, ensinando a manipulação, como que aspira, os cuidados que se deve ter, passando mais confiança para eles [...] eu acho que precisaria continuar tendo treinamento, para ficar cada vez mais seguros (NE, TE2).</i> <i>[...] um treinamento, seria muito importante para os pais, porque, eles treinam com a gente, mas eu acho que quando vão para casa eles vão fazer sozinho, às vezes tem insegurança, não tem suporte também... (NE, TE3).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Durante a internação da criança, eles já observam, são orientados e tem a capacitação (NE, TE3).</i> <i>Eu sentia que eles tinham muito medo de chegar em casa e acontecer qualquer coisa. Dar rolha, acontecer alguma coisa e não saberem o que fazer... A gente ia no leito e explicava para eles. Depois eles começavam a fazer também e se tivessem dúvidas e não soubéssemos responder chamávamos outra pessoa, mas eles saiam daqui da UTI ou da pediatria sabendo como fazia o curativo (NE, TE10).</i> <i>Como que essa mãe vai cuidar dessa criança em casa, se ela vai ter condições de cuidar dessa criança, como que é o ambiente familiar, como é o ambiente domiciliar dessa criança, os meios de higienização que ela vive (NE, E1).</i> <i>Tem uns que não tem muita vontade de aprender não, como se diz, nem é só o medo, tipo assim, é como se não aceitassem aquilo (NE, TE13).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
J	Sentido: Sociedade e TQT	<i>A maioria da sociedade não entende que ali passa a ser o narizinho da criança, ela passa a respirar por ali e faz parte a secreção. Eles se sentem incomodados [...] Eu acho que eles se assustam bastante no dia a dia com as crianças que saem na rua com TQT, acho que se assustam (NE, TE2).</i> <i>[...] a sociedade não tá pronta pra ver também as crianças com TQT não, assusta né...assim porque...não era tão comum e agora está sendo cada vez mais comum a gente ver criança com traqueo, né! Eu acho assim, por ser criança, tudo que envolve criança choca mais (NE, TE3).</i> <i>Preconceituosa. A sociedade é preconceituosa (NE, TE1).</i>
K	Sentido: Espiritualidade e TQT	<i>a partir do momento que você acredita em alguma coisa, independente da religião, você acredita que tem um Deus lá em cima, que vai te dar forças, que vai te ajudar, que te dá um suporte, dá uma esperança, eu acho que as coisas ficam mais fáceis para serem feitas e passa isso pra criança também [...] a parte espiritual é muito importante para que os pais tenham uma força maior, força para eles, para as crianças e para quem vai ajudá-los a cuidar em casa (NE, TE3).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>A gente tem uma base na nossa vida é Deus! Porque eu que trabalho há 11 anos em uma UTI, aqui acontece milagres que ninguém vê, só nós, Deus que está lá em cima e os pais. Como minha mãe sempre diz: a gente vê homens e mulheres, pais que choram igual criança, então todos mesmo que entram sem crer, no final eles creem que tem um ser maior que comanda tudo. Isso não é mão de médico, mão humana é mão divina, que através dos médicos atuam, a gente vê muitos milagres (NE, TE5).</i> <i>então via o sofrimento das crianças aqui e ficava me perguntando porque elas passavam por tudo aquilo e hoje eu sei que Deus tem um propósito na vida de cada um, mesmo que seja num momento difícil, mas Deus quer ensinar algo para nós de alguma forma, eu creio nisso [choro]... Eu vejo que alguns paizinhos não tem Deus, eu sei que algumas crianças se fossem para casa iam sofrer mais ainda (NE, TE13).</i>
L	Sentido: Primeiro contato com TQT	<i>[...] A minha experiência, foi o que eu vivi aqui, eu nunca tinha trabalhado com criança, muito menos com TQT (NE, TE3).</i> <i>De começo é uma coisa que assusta... como vou manipular, como vou cuidar, como tem que ser feito o manuseio correto para não deixar infectar, a forma de aspirar. Fiquei bem assustada no começo (NE, TE11).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>[.] Numa criança não. Tinha visto já em adulto. Cuidados mesmo com traqueio, nem em adulto, nem em criança [...] Aqui dentro. Na primeira semana eu já peguei uma criança com traqueio [.] Eu não tinha visto, foi um pouco assim, amedrontador (NE, TE3).</i> <i>Assim que eu comecei a trabalhar aqui na UTI Pediátrica, eu vi uma criança com TQT, Nossa! Eu pensei que era o fim. Porque assim, a gente vê teoria, prática é outra coisa [.] mas o primeiro contato eu achei que era coisa de outro mundo. Medo de sair na mão [.] aqui foi meu primeiro contato, até então eu só tinha visto pessoas adultas com TQT, nunca criança. Quando cheguei aqui eu dei uma assustada (NE, TE5).</i> <i>A primeira vez que eu vi uma criança, eu recebi orientação do supervisor, do fisioterapeuta do setor sobre a forma que manipula, a forma de estar mexendo, com tudo estéril. Não pode entrar nada contaminado, a forma até mesmo, de limpar ao redor porque suja com secreção, ainda mais quando é criança muito secreta (NE, TE6).</i> <i>Então para mim foi assustador no sentido de ser uma coisa muito nova para mim, porque eu nunca tinha visto numa criança, já tinha visto em adultos, mas não tinha tido a oportunidade de cuidar, realizar os cuidados mesmo. Daí cheguei aqui foi assustador porque eu nunca tinha visto crianças (NE, TE6).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>No começo é uma coisa assim que gera muita dó, até porque ali a criança vai se estressar (NE, TE13).</i> <i>Eu fiquei baqueada, eu nunca tinha visto, eu nunca tinha manuseado, a gente via assim, de longe...mas perto de você, eu dando os cuidados não foi fácil não... Não foi de imediato que fui manusear, eu ia junto com as meninas que tinha mais experiência, junto com enfermeiro eles iam fazendo eu ia vendo...depois que fui fazer (NE, TE14).</i>
M	Sentido: Planejamento do cuidado	<i>[...] ter um protocolo é interessante, porque aí todo mundo, a equipe segue uma linha só. Porque às vezes a gente faz de um jeito, aí o fisioterapeuta vem fala, não é assim. Não está acerto, porque aí todo mundo tendo a mesma linha para seguir, passa mais segurança e tranquilidade para os pais (NE, TE3).</i>

(continuação)

N	Sentido: Necessidade de apoio Intitucional	<i>As famílias que têm baixa condição financeira passam por bastante sofrimento nessa parte, porque geralmente o que eles recebem da prefeitura, nem sempre é o suficiente. Sempre falta, começa no primeiro dia, vai até o dia 20, 23 começa a faltar e eles passam bastante dificuldade nessa parte (NE, TE4).</i> <i>Geralmente todos falam que ganham as gatinhas, os soros, os cadarcinhos. E tem mãe que faz sua própria fixação. Faz o coxim, mandam costureiras fazer de velcro [...] muitas vezes é uma mãe solteira, às vezes não é solteira, mas precisa contar com a ajuda do esposo para trabalhar e trazer o alimento para casa e aí os outros familiares muitas vezes não conseguem lidar com essa situação. E mãe por conta de ter um filho com cuidado próximo, ela tem que aprender a deixar as outras coisas de lado e ter aquilo com prioridade para cuidar do filho. E nem sempre essa mãe pode contar com a ajuda do PSF que é um sistema muito falho (NE, TE7).</i> <i>Eu já conversei com duas mães aqui dentro da UTI, elas falaram que recebiam auxílio do PSF de matérias. Agora, para poder manipular a criança, às vezes em alguma dificuldade eles vão, mas sempre tem que estar pedindo para eles irem em casa. Então eles não vão contínuo, com disponibilidade. Eles só vão quando chamam, quando tem alguma coisa diferente que eles ajudam, mas espontâneo mesmo de ir ajudar são raros (NE, TE11).</i> <i>Alguns paizinhos até trazem as coisinhas deles para cá. Eles compram muito materiais por conta própria (NE, TE14).</i>
---	---	--

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
O	Sentido: Cuidados com a TQT	<i>Os cuidados desde que eu iniciei, sempre esteve uma pessoa me orientando e acompanhando, alguém junto comigo, até porque nos atendimentos sempre entra o fisioterapeuta junto. Então era geralmente eu e um técnico ou eu e o fisioterapeuta junto, ajudando ali na higienização, na troca da fixação (NE, TE5).</i> <i>Os cuidados não são tão difíceis, mas tem que ter uma pessoa junto para auxiliar (NE, TE6).</i> <i>Sempre que a gente entrava para fazer os cuidados, da troca, da limpeza, sempre era de duas, duas técnicas, para gente fazer essa troca, dar o banho e trocar o curativo, depois a fisio vinha e fazia a aspiração (NE, TE8).</i> <i>Mas os primeiros dias ali, se, por acidente essa cânula sair é uma intercorrência gigantesca, um risco muito grande para o paciente (NE, TE13).</i>
P	Sentido: Paramentação EP	<i>Porque a gente mesmo com experiência, tem que estar com alerta maior para que está secreção não chegue até você, se você não estiver usando os óculos de proteção, máscara e às vezes pode contaminar (NE, TE6).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Meu medo também era de infecção, se eu estava fazendo certinho, com as técnicas corretas (NE, TE10).</i> <i>A experiência que eu tive foi no cuidado com essa TQT, em relação ao curativo realizado ali na região cervical, a troca desse curativo, o cadarço, a aspiração da TQT, a técnica correta a realização de técnica estéril, avaliar essa secreção. A prioridade do cuidado dessa criança quanto a TQT (NE, E1).</i>
Q	Sentido: Orientação aos pais	<i>No começo, a gente não os eles de primeira, a gente coloca outro técnico junto e primeiramente os pais observam (NE, TE6).</i> <i>A gente tem que estar muito segura, para passar segurança para eles, treinar, ensinar, tem casos que não voltam, a criança vai embora com a TQT porque ela precisa, então a gente tem que passar segurança e ensinar. Fazer o treinamento aqui com eles (NE, TE8).</i> <i>Daí depende, tem uns que já se saem mais rápidos, mãos ágeis, mas tem uns que dificuldade, mais medo, ainda mais quando a secreção está mais espessa, causa rolha, às vezes a criança fica mais cianótica, aí começam a apavorar (NE, TE13).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
R	Sentido: Pais e a TQT	<i>Os pais quando os médicos abordam para falar da TQT, eles choram muito com os médicos, mas quando chegam a beira leito, conversam muito com a gente, têm insegurança, incertezas...será que vou conseguir? Eles acham que é tudo muito difícil...Demora um tempinho para eles aceitarem, vão conversando, vão vendo que aquilo não é difícil como eles pensam, vai tendo uma aceitação boa (NE, TE5).</i> <i>[...] tem pais que a gente já vê que vem de casa. Agora quando faz aqui, parece que para os pais é também uma coisa assustadora, eles ficam meio que debilitados até mesmo de pegar a criança no colo, eles têm um certo receio (NE, TE6).</i> <i>[...] mas para os pais a aceitação é muito difícil, porque eles acham que uma coisa tipo assim: a criança está morrendo! Acham que não vai ter recuperação...será que um dia vai sair? Será que esse negócio não vai sair na minha mão? Como que troca o coxim? Como vou fazer para aspirar? Como que eu sei quando que aspira? (NE, TE5).</i> <i>Os pais ficam assustados, ficam com medo, ficam preocupados em levar a criança para casa daquele jeito (NE, TE7).</i> <i>[...] a princípio é a negação, eles sempre tentam reverter o quadro, com questionamentos,</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>tentar procurar ver se tem outras formas de reverter essa situação. Mas uma vez que isso não é possível, eles são obrigados a aceitar isso, a gente precisa aprender como conquistar e a trazer eles para dentro da assistência e isso cabea enfermagem (NE, E1).</i> <i>Os pais com crianças, que tem costume de manipular já, de crianças que usam contínuo, eles são pais seguros. Eles têm medo sim, mas da gente profissional que eles ainda não viram manipular, eles ficam inseguros em mudar...eu aspiro assim eles dizem. Porque às vezes, fazem uma técnica em casa e aqui no hospital a gente tem uma técnica diferente, com assepsia. Agora para os pais que ainda não tem costume, que a criança começa a usar a TQT aqui, para ensinar, eles têm muita dificuldade (NE, TE11).</i> <i>Quando ela assume esse papel de além de mãe ela ser a cuidadora é uma sobrecarga muito grande, porque você tem um tempo que é predestinado, existe uma alta programada que está relacionada com o desenvolvimento e treinamento da mãe. E aí, a gente tem pressa em ver isso, por conta do ambiente hospitalar, por conta de infecção, rotatividade de paciente. O cansaço físico, mental ali do dia a dia ficar o tempo todo por conta daquilo, deixar de viver uma vida social que tinha antes para cuidar do filho (NE, E1).</i>

(continuação)

	<i>[...] ensinar a manipular, abrir o material ali, sonda. A forma de aspirar para nãocontaminar. A forma de trocar a fixação da traqueo, eles tem dificuldade. Aqueles que não conseguem trocar sozinhos o risco de decanulação da traqueo é grande (NE, TE11).</i> <i>Sobre os paizinhos no começo eu ficava com dó...eu ficava pensando assim...como eles vão levar essa criança para casa? Como vão conseguir cuidar? Os pais de crianças que já são traqueostomizadas, eles não têm medo, já aceitam aquilo. Os paizinhos que as crianças fazem a TQT aqui, de primeiro tem medo até de colocar a mão na criança, como alguns que já vi aqui. A fase para eles se adaptarem demora muito, eles aceitarem aquilo(NE, TE13).</i> <i>As crianças que já vem pra cá com TQT, eu acho que os pais já têm uma noção, por conta que já faz tempo que usa, tem noção de como manusear. Mas para aqueles que de início, tipo, vai ter que fazer TQT, primeira vez, eu acho que eles se assustam e tem bem dificuldade (NE, TE14).</i> <i>Uma criança que ficou aqui no leito seis, nossa, a mãezinha dela mesmo, o dia que ela subiu e fez a TQT, ela só chorava no leito e dava para sentir a dor dela na gente, porque ela nunca imaginou ver a filha dela passando por aquilo [...] Com os pais a gente percebe assim, eles já têm uma certa insegurança quando já explica para eles que a criança vai que fazer aquele procedimento, então tem aquele receio, aquela coisa. A gente nota quando acompanha, principalmente quando sobe do bloco cirúrgico traqueostomizado, a primeira visita dos pais já vê o baque que é para eles, ainda mais quando depois</i>
--	---

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>depois que a criança já não está sedada mais, está acordada, aquele primeiro contato assim...que não tem a voz, não tem o choro, o baque para os pais também é grande (NE, TE13).</i>
S	Sentido: A criança e a TQT	<i>A criança vê que a mãe não é tão protetora assim...na cabeça da criança ela está tendo uma atitude que os outros...que é ruim para ela que as outras pessoas têm, que a mãe não tinha e que agora a mãe tem também. E aí agora isso junta a negação da criança em relação a própria mãe. Que ali no papel de protetora e cuidadora dessa criança, ela tem que conquistar a confiança dessa criança, para que essa criança entenda que além dela ser mãe, ela precisa aquele procedimento para que a criança fique bem (NE, E1).</i> <i>Nem sempre a gente vai encontrar nessa criança, uma criança colaborativa. No começo ela vai negar, até ela entender que aquilo é para melhora dela, ela vai negar (NE, E1).</i> <i>A criança com TQT em si, hoje, para ir embora para casa, principalmente aquelas crianças que ficam em ar ambiente, sempre deve estar avaliando contaminação, infecção, porque é uma porta de entrada (NE, TE1).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>[...] não sai o choro, as maiorzinhas tentam se comunicar com a gente, mas tem aquela dificuldade, tanto para eles, quanto para gente, para entender o que eles querem. O pós- operatório imediato também, a gente percebe que é muito doloroso para a criança, dá muita dó, porque imagina, uma incisão no pescoço com aquele negócio, sendo que o bebê chora, esforça, aquilo sangra é complicado (NE, TE13).</i>
T	Sentido: Experiência no cuidado TQT	<i>E foi muito difícil no começo, mas eu tive todo o suporte aqui no hospital, todos me ajudaram e foi com muita calma que eu fui adquirindo experiência para cuidar (NE,TE13).</i>

Quadro 1 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes profissionais de enfermagem. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(conclusão)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
U	Sentido: Os pais e os cuidados no domicílio	<i>Porque para a gente que trabalha aqui, aquilo era difícil, ter que aspirar, ter que trocar a fixação, na hora do banho e tudo...e para os pais, como iriam lidar com aquilo em casa? Eu gostaria assim, que todos os paizinhos fossem capacitados para cuidar de seus filhos em casa, para dar assistência adequada para eles, porque quando eles estão aqui, a gente cuida da forma certinha, mas quando vai para a casa não, eu fico pensando assim, no desconforto que eles vão sentir em casa. Aquela secreção, tem criança que é secretiva, tem criança que não, mas assim, tem paizinho que não dá o suporte certo, fico pensando nisso (NE, TE12).</i> <i>Imagina quando leva essa criança para casa, como é que faz? É complicado nesse aspecto. Então a gente nota que eles têm esse medo, esse receio, não é a toa...imagina, estando aqui dentro do hospital, tem todo recurso tem aspirador, tem mais gente para poder ajudar...do que sozinho com uma criança traqueostomizada, que tem uma rolha, fica cianótica, para de respirar, o que é que eles vão fazer? Então o medo não é a toa (NE, TE13).</i> <i>Chega com a criança aqui de um jeito e leva de outro. Então muda tudo, em casa, a rotina. Eles já pensam lá na frente, nossa como que vou fazer lá em casa agora? Já tem esse medo deles também, que a gente percebe (NE, TE13).</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continua)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
A1	Sentido: (Des)Conhecimento sobre TQT	<i>Quando eu soube que ela iria precisar de uma TQT, sinceramente fiquei bem apavorada porque eu não tinha a mínima ideia do que se tratava. Eu era completamente leiga no assunto, não tinha noção nenhuma do que seria uma TQT e eu fiquei realmente apavorada! (NE, P1).</i> <i>Eu sabia o que era, mas eu nunca tinha visto de perto como que era. Então foi muito assustador. Ela foi lá para UTI, era muito difícil pegar no colo, com aquele tanto de aparelho. Eu não conhecia, não sabia nada, nunca tinha lidado com uma pessoa com TQT, nunca tinha ficado perto de uma pessoa com TQT. Então no começo foi bem sofrido mas eu aceitei tudo isso porque eu queria que ela tivesse comigo, independente que ela tinha (NE, P2).</i> <i>A TQT era um bicho de sete cabeças para mim. Fiquei dois dias chorando direto, pensando se aceitaria ou não (NE, P3).</i> <i>O conhecimento que eu tenho não é muito, mas o pouco que vem, vem de experiência de gente bem próxima, como meu sobrinho. Ele é a terceira criança da minha família que vai fazer o uso da traqueia (NE, P4).</i>
B1	Sentido: Evolução do quadro clínico	<i>E quando ela fez a TQT, eu disse aos meus familiares que eu considerava a TQT o primeiro grande avanço que ela teve no quadro clínico. Porque foi ela fazer a TQT, ela conseguiu sair dos aparelhos.</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Então para mim, foi uma vitória absurda vê-la com uma TQT... Foi só ela fazer a TQT, em dois dias ela saiu até do ventilador e começou a respirar em ar ambiente (NE, P1).</i> <i>E ela foi forte, hoje estamos na luta, está com a TQT, mas é o que está possibilitando a ela respirar e estar aqui (NE, P3).</i> <i>O pouco que eu sei é que através da traqueia a qualidade de vida da criança aumenta muito! Porque através dela, vai diminuir muito as internações dele, as idas dele para o hospital.... Ver ele com a traqueia hoje do jeito que ele está...com todos esses medos, com tudo isso, eu acho que foi a melhor coisa que foi feita, o melhor! O que tinha que ser feito, o melhor resultado que tem (NE, P4).</i>
C1	Sentido: O aprender o cuidado com a TQT	<i>Mais legal ainda vai ser eu aprender direitinho a mexer com tudo, porque a gente tá aprendendo aos pouquinhos. Eu acredito que com um pouquinho mais de treino eu atédou conta de cuidar dela sim. Porque eu entendi o princípio da coisa. Eu acho que o principal é isso: você começar aprender, sendo temporário ou não, ela vai precisar que eu aprenda. E eu faço questão de aprender para ajudá-la e para socorrê-la (NE, P1).</i> <i>Aí eu fiquei com ela um mês no quarto e durante esse período, lá no quarto, o pessoal lá me ensinou... eu fui vendo como eles faziam, fui aprendendo. Elas me ensinaram a cuidar (NE, P2).</i> <i>Eu sei como fazer, eu sei fazer, mas sempre tenho um frio na barriga (NE,P3).</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
D1	Sentido: Introdução médica da necessidade de TQT	<i>A pediatra tinha me explicado no dia... com a TQT ela ia diminuir...o espaço que o ar teria que percorrer para chegar até o pulmão dela e facilitaria a respiração... (NE, P1).</i> <i>Ela ficou na UTI, três meses. Quando ela ia fazer três meses, o médico falou para mim, que ela não poderia ficar mais intubada, teria que fazer a TQT para poder fazer a transferência. (NE, P2).</i> <i>Eles disseram, que não fariam uma terceira extubação, que ela teria que ir para a TQT. Eu não entendia muito bem, eles falaram que era provisório. Nós aceitamos e fomos porque seria o melhor para ela. Eles me falaram que a TQT era provisória não era definitiva, foi o que me confortou. Então fez a TQT e depois de um tempo traqueostomizada que foi marcada a broncospia para nós sabermos. Ela tem uma estenose subglótica de grau III... quando falaram da TQT, que eu comecei a pesquisar.</i> <i>Eles só nos falam em que ela vai ajudar e os benefícios que no caso dela foi por conta dessas extubações e intubações (NE, P3).</i> <i>A abordagem foi feita direto pelos médicos daqui da UTI juntamente com o fisioterapeuta, através dos médicos mesmo (NE, P4).</i> <i>Foi uma decisão difícil de ser tomada, porque a [cita o nome da filha] já tinha uma indicação de TQT futuramente, a pneumologista já tinha conversado comigo, mas é uma coisa que a gente não quer para um filho. Eu sabia que ela teria mais dificuldade de respirar de novo com tanto tempo de</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>ventilação. Quando ela falou, na mesma hora eu falei: Nunca! Até então, a [cita o nome da filha] era secreativa, mas ela nuncatinha ficado intubada, a esse ponto. Aí quando a plantonista aqui da UTU, chegou a falar comigo da TQT, eu entendi que aquilo seria a salvação dela, que aquilo ali estaria salvando a vida dela (NE, P5).</i>
E1	Sentido: Domínio no cuidado com a TQT	<i>Tem a questão de umedecer a TQT, tem que fazer a inalação, tem que fazer a limpeza, tem que ficar de olho na saturação, na aspiração, para ver se não cai. Esses detalhezinhos, apesar de serem detalhezinhos, são muito importantes em conjunto (NE, P1).</i> <i>Eu consigo perceber quando precisa da aspiração, que a TQT dela fica “rouca”, ela começa a roncar pela TQT. Ali eu já sinto que ela precisa da aspiração. Ou fico de olho na questão da saturação e tudo mais. Quando cai saturação, eu sei que tem que pôr amáscara com o oxigênio (NE, P1).</i> <i>Eu acho que o mais difícil é manter a higiene, o tempo todo. Porque se você não mantém uma higiene, o tempo todo de olho, vai juntar mosquito, vai começar a cheirar forte. A maioria das meninas, das enfermeiras que ficam lá em casa, não têm muito costume, então no começo, tem que ser eu para limpar, porque já sei o jeito. E tem que limpar mesmo, com soro por baixo, porque se não vai cheirar ruim. Estou sempre de olho no cheiro. Estou sempre sentindo o cheiro do pescocinho dela, para ver se não tem nada quando chego, porque agora não sou só eu quem cuido. Então eu fico de olho. Tem que ter muita higiene, nessa parte (NE, P2).</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Então bate aquele friozinho na barriga, aquela insegurança, por conta de que agora você está sozinha, não está dentro do hospital. Eu tenho noção, consegui aprender, A gente não pode ficar só ali nesse mundinho, tem que procurar informação. A internet hoje está aí, sou muito curiosa. Eu encontrei coisas sobre a TQT, que os fisioterapeutas nem sabiam que existia. [...] Comprei um filtro para colocar, se por acaso formos, na roça para não deixar entrar poeira. Ando pesquisando todos os dias e obtendo referências com outras mães (NE, P3).</i>
F1	Sentido: Treinamento intra-hospitalar	<i>Sempre que a enfermeira vai mexer com a traqueia dela, ela explica para mim o que está acontecendo, o que ela vai fazer, mostra para mim os truques, como deve ser feito. E eu estou decorando aos poucos para me sentir segura de mim mesma pôr a mão e fazer (NE, P1).</i> <i>A fisio falava: você aspira assim, aí ela me ensinou a aspirar, faz isso, põe soro, essas coisas ela falava. Agora a parte de cuidado mesmo, era observando. As meninas me ajudavam a dar banho, daí eu observava como que era. Aí eu cheguei em casa e repetitudo que eu fiz em um mês no quarto (NE, P2).</i> <i>Os primeiros quinze dias só o pessoal, o fisioterapeuta fazia o manuseio com ela, só depois a gente começou o treinamento. Fizeram uma cartilha com algumas orientações, aí eu tive um tempo para ler essa cartilha e aí no decorrer do próprio procedimento mesmo, como por exemplo, o horário de aspirar eles iam me passando algumas etapas. Eles me explicavam como era aspirar, daí faziam, mas eu não fazia ainda. Depois explicavam como que é : traqueia, até onde a sonda deve ir que é</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>a carina, onde ficamos brônquios pulmonares e ao final, fizemos uma mini provinha, tudo que foi explicado eles vão te perguntando, para ver se você lembra. Te explica como que usa o ambu, que é o ressuscitador, um equipamento importante que tem que ter em casa... Eles vão explicando a questão de oxigênio, como que coloca. Observar os sintomas da criança, se está respirando bem, observar a expansão da respiração, a saturação, saber entender, ouvir o barulho que está a respiração, se estiver com aquele barulhinho “tipo assobio” pode indicar que está semiobstruída. Depois de ensinado, fizemos essa prova, para que a gente possa entrar e eles vão observar como a gente vai fazendo, vão nos corrigindo e vamos perguntando também as dúvidas. Questão de sete dias do treinamento e assinamos um termo, informando que fomos treinados (NE, P3).</i> <i>Até o fisioterapeuta colocou para mim aspirar sabe, a primeira vez, consegui fazer isso direitinho, com muito medo. Com muito medo, querendo ou não, é uma vida que está ali... eu fiquei com medo de até onde eu ia poder ir com a “mangueirinha”, se a saturação dele ia cair muito no momento. Esse tipo de coisa, como eu ia saber até onde eu ia começar a aspirar, meu medo maior foi isso! E agora, como eu vou fazer, será que vou saber? Uma coisa é eu estar treinando aqui, outra coisa é eu estar ali sozinha, só para mim a responsabilidade, e eu tenho muito medo! Tenho medo demais! (NE, P4).</i>
G1	Sentido: Cuidado no domicílio	<i>A minha casa não tem estrutura para recebê-la. Porque eu acredito que uma criança com uma TQT, não pode viver em uma casa como a minha. Minha casa não tem lage, não tem forro. O pouquinho que eu sei da TQT, sei que ali é um lugar perigosíssimo, que jamais a levaria em uma situação dessa. No começo, minha casa era bem ruim, tinha mofo. Eu tive que mudar de casa, procurar uma casa maior. Muitas vezes eu deixava ali, eu ficava com fome porque não tinha alguém para olhar</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>ou tomava banho só quando tinha alguém para olhar, eu passei muito por isso, muitos anos, deixando de comer, porque não tinha como ir lá fazer, não tinha quem ficar (NE, P1).</i> <i>O que eu faço em casa, que acho que facilita é fazer nebulização de horário, por causade rolha. Para cuidar tenho que fazer da forma que eu aprendi para não ter erro, mas quando chegou em casa e fui tomar um banho eu pensei: agora estamos em casa. E agora Deus, como é que será? Mas eu procurei colocar na minha mente que eu a conheço e que obtive o treinamento, então sou uma pessoa capacitada para cuidar dela(NE, P3).</i> <i>Por mais que eu soubesse que ia fazer, eu entrei meio em pânico, porque eu sabia queia ter que ir para casa, eu ter que mexer, não tenho condições... eu estou evitando o máximo pensar, porque quanto mais eu penso, mais eu fico desesperada! Já cheguei até a pensar, eu chegar e falar assim: vou pegar o [nome do filho] e colocar lá no hospital da minha cidade e ficar lá [choro] (NE, P4).</i>
H1	Sentido: Apoio Institucional	<i>Já dei entrada no processo do Home Care dela, pela Defensoria, para que eles passem essa ação judicial, para Secretaria de Saúde, que vai disponibilizar todos os materiais que possa precisar em casa, principalmente para o cuidado da traqueia e todos os outros cuidados que ela precise (NE, P1).</i> <i>Foi em abril ela conseguiu um home care a noite, só a noite, então as enfermeiras dormiam lá com ela, porque ela tem apneia do sono, ela fica no BIPAP...E o Home Care avaliou a necessidade</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>de uma equipe durante o dia. Então de julho para cá, eu tive ajuda, eu pude até voltar a trabalhar (NE, P2).</i> <i>Em casa tenho um pouco de ajuda da prefeitura com alguns equipamentos e materiais, mas já tive que comprar. Algumas coisas mesmo como aspirador as fixações que usamos, para facilitar, fomos nós que compramos (NE, P3).</i> <i>O secretário de saúde está correndo atrás de algumas coisas para poder estar me ajudando. Não vou ter enfermeiro para estar me ajudando. Só que tem os médicos, os fisioterapeutas e a “fono” dele, que se propuseram a me ajudar (NE, P4).</i> <i>Eu já sabia que existia o Home Care. Mas eu tentei entrar em contato com a UNIMED, eles negaram. Então eu procurei ajuda de um advogado para ele me orientar no que fazer. E agora eu estou judicialmente com um pedido médico, ela teria o direito. Então eu entrei com um pedido judicial para conseguir tudo o que ela precisa, mas por enquanto, do contrário, vai ser só eu mesma (NE, P5).</i>
I1	Sentido: Rede de Apoio	<i>Nossa...era muito sofrido. E como eu nunca tive ajuda, era muito difícil. Não tenho ajuda, o pai sempre foi muito ausente. Eu não tinha o pai, eu era casada com ele, mas não tinha. Esse é um dos motivos que eu larguei mão, já que é para ficar sozinha. O pai não fez a parte dele e eu aprendi a lidar com isso sozinha. (NE, P2).</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>No hospital é uma coisa, agora em casa, o pessoal a família, você acaba perdendo redede apoio, porque o pessoal tem medo e a gente não pode nem cobrar isso, porque se a gente adaptar é difícil, imagina para pessoa aprender com a gente! Eu achei que a rede de apoio da gente fica muito insegura em cuidar. A gente acaba que fica mais sozinha mesmo. No meu caso o meu marido teve também... Em casa eu sou a principal cuidadora. Meu marido sabe aspirar, ele espira quando precisa (NE, P3).</i> <i>Assim, tem as minhas irmãs que já têm meus sobrinhos com a mesma patologia dele. Então elas não têm como estar me ajudando. Creio que se pudesse, também não iria poder ajudar muito (NE, P4).</i> <i>O meu marido, minha família tem me apoiado, mas eu acho que as pessoas que eu conheci aqui, as outras mães me deram muita força, muita força, muito apoio. Eu falo que se não fosse elas, Deus ter colocado elas no meu caminho, eu não sei o que seria de mim, eu acabo ficando aqui sozinha, longe de todo mundo. Eu falo que a hora que eu encontro o rosto delas no meio de todo mundo, me traz conforto de saber que eu tenho alguém aqui (NE, P5).</i>
J1	Sentido: Meu filho (a) e a TQT	<i>Então no começo foi muito sofrido, eu chorava muito. Porque toda mãe é especial, ela tem uma fase de aceitação, até que você passa por ela, as coisas são muito difíceis. Hoje eu aceito tudo que ela tem, com muito amor. Eu me preocupo demais, qualquer barulho que eu ouço de diferente na</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>respiração dela, eu me levanto, eu acordo na hora. Eu não tenho mais o sono que eu tinha antes dela (NE, P2).</i> <i>Eu falo que é uma roda gigante. Um dia eu estou desesperada, sem saber direito como é que eu vou agir... embora eu já sabia da possibilidade de fazer uma traqueo... está sendo um pouco apavorante ainda, estou bem assustada, sem saber o que é que vou fazer... uma coisa é falar, uma coisa é você saber, mas na hora que vê, que a realidade está ali, é bem, sabe, muito duro! Porque na verdade eu trouxe uma criança para cá, eu vou sair com outra. Mesmo sabendo que ele ia por, na hora que eu vi o choque foi maior ainda (NE, P4).</i> <i>A partir do momento que a gente soube que ela teria que ser traqueostomizada foi um choque. Claro que uma mãe não quer ver o filho traqueostomizado, que exige um cuidado especial (NE, P3).</i> <i>Depois da cirurgia não foi fácil, porque ela não quis aceitar e teve que ser sedada de novo, ver ela sofrendo depois da cirurgia, foi muito difícil (NE, P5).</i>
L1	Sentido: Resignação	<i>A única coisa que me dói hoje, é só o que ela passa quando está internada, isso me dói. Mas em questão dela ter TQT, de todas as outras coisas que ela tem, isso não mais me importa, porque eu aprendi a sobreviver (NE, P2).</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Hoje ela está hospitalizada teve que reinternar, nos acostumamos a fazer da forma que aprendemos, que para mim é mais fácil e é da forma correta (NE, P3).</i>
M1	Sentido: Espiritualidade e TQT	<i>A gente sempre questiona Deus, a gente é muito humano, muito miserável! Eu pedi a Deus, pelo amor de Deus, para não fazer isso na minha filha, porque, inclusive, todo mundo que vê uma criança, qualquer pessoa com TQT, acha aquilo coisa de outro mundo, então para uma mãe, você imagina o coração. [...] Foi Deus que mandou paramim! Eu acredito que tudo que tem que acontecer na vida, a gente não tem que surtar não, porque vem na gente (NE, P2).</i> <i>Assim que ela desceu do bloco cirúrgico, que eu vi o rostinho dela livre, sem o tubo, eu agradei a Deus (NE, P3).</i> <i>Acima do que os médicos fizeram lá, cremos que teve um Deus que cuidou desses médicos para terem sabedoria para cuidar dela! Para nós tudo isso faz parte do propósito dela. Deus tem um propósito na vida dela, que ela tem que passar por isso, não é para mim, para a filha de sicrano, de beltrano, é para ela passar. Então firmamos nossa fé nesse propósito e cremos que Deus vai usar da vida dela como testemunho para ganhar muitas vidas para Jesus! As orações, os vídeos que as pessoas mandavam de músicas ajudaram a nos fortalecer durante esse processo. Eu digo que Deus até meceguou lá no hospital porque se na época que ela estava grave eu compreendesse certinho... Deus vai nos abençoar, vai nos abrir portas para conseguirmos o tratamento para ela. Nós cremos que</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>um dia ela vai sair dessa TQT. Não sei a hora, não sei o dia, mas eu sei que esse dia vai chegar (NE, P3).</i> <i>Eu sempre peço muito a Deus, para Deus abrir a minha mente, me capacitar e me ajudar e entender, a guardar tudo que for me explicado, me ensinado, para eu fazer do jeito melhor possível (NE, P4).</i>
N1	Sentido: Dificuldades no cuidado	<i>No começo era muito medo de sair. Nossa Senhora!...Vai sair a traqueo! Mas hoje não mais, eu não tenho mais isso não. A minha preocupação agora é só a higiene (NE, P2).</i> <i>A fase de uma mãe lá no comecinho, muda, vai chegar no final, ela vai saber fazer tudo sozinha, ela vai se virar sozinha, ela vai ver que não é um bicho de sete cabeças, que ela consegue (NE, P2).</i> <i>Minha maior dificuldade em relação à TQT é o medo, tenho bastante medo ainda. O pessoal fala você foi treinada! Sim, fui, mas eu sei os cuidados básicos. Se ela decanular na minha frente, eu não tive esse treinamento de como colocar a cânula novamente (NE, P3).</i> <i>Para mim o mais difícil é a troca do curativo. Eu acho que aspirar, eu já aspirei aqui, não achei tão difícil, mas a troca do curativo é o que eu tenho muito medo, de decanular, de machucar... , será que a nossa vida vai voltar a ser o que era antes? Será que a gente vai poder continuar saindo com ela de casa? Será que agora vai ser mais difícil? Como que vai ser a hora do banho? Eu sei agora, que não pode ir água na TQT. Eu fico pensando nisso (NE, P5).</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
O1	Sentido: Aceitação	<i>Eu falava a Deus, quero ela, do jeito que o Senhor mandar. Então eu aceitei muito rápido ela ser assim! Porque eu já não estava aguentando a vida mais de viajar para vê-la e a distância dela, eu queria ela perto de mim (NE, P3).</i> <i>Eu já sabia que o ele ia ter que por. Ele é a terceira criança da minha família que vai fazer o uso da traqueia. Só que eu não imaginava que ia ser logo, mas já sabia que ia ser feito (NE, P4).</i> <i>Com dor no coração de saber que eu não iria mais ouvir a vozinha dela, que a gente teria que mudar totalmente a nossa vida, mas por outro lado eu sabia que seria A solução, que eu conseguiria leva-la para casa de novo. Mas agora assim eu consigo ver que foi a maior decisão que eu tomei! Eu vi que ela conseguiu aprender, porque era uma coisa que eu tinha muito medo, que ela não conseguisse aprender a respirar coma TQT, mas eu vejo que ela está aceitando, ela está conseguindo respirar direitinho e eu estou bem mais aliviada... Foi muito difícil, na hora eu pensei: será que eu fiz a escolha certa? Porque vê-la sofrendo, tendo febre, tendo crise, aquilo tudo por conta da cirurgia em si, foi muito difícil. Mas depois que passou esse período, eu senti um alívio, porque deu tudo certo! (NE, P5).</i>
P1	Sentido: Experiências no cuidado com aTQT	<i>Eu tive uma experiência com ela de semiobstrução. Eu a vi desfalecer, buscar o ar e não encontrar, ficar “roxa”, realmente ir se entregando mesmo. Os médicos entraram nela, foi uma semi-obstrução. Isso fez com que eu tenha mais insegurança ainda... Ela fazia o movimento de respiração A</i>

Quadro 2 - Apresentação da codificação das notas das entrevistas dos participantes pais. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(conclusão)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>respiração dela não estava certa. Daí eu conseguir identificar realmente, foi na hora em que ela começou a ficar “roxa”. Isso me serviu como experiência, mas foi um susto e tanto (NE, P3).</i> <i>identificar realmente, foi na hora em que ela começou a ficar “roxa”. Isso me serviu como experiência, mas foi um susto e tanto (NE, P3).</i> <i>Eu achei uma mãe no Instagram, eu a chamo para trocar experiência (risos), eu acho que isso é importante também [risos] (NE, P3).</i> <i>Eu já tinha cuidado de uma bebezinha com TQT. Eu falo que ela veio para me ensinarmesmo, para me preparar para cuidar da minha filha. Porque até então eu nunca tinha contato com ninguém com TQT. Eu trabalhei seis meses cuidando dela, eu acho queminha aceitação foi mais fácil por conta dela. Aí quando a doutora me falou eu entendi, que aquilo seria um benefício para vida da minha filha (NE, P5).</i>
Q1	Sentido: O medo	<i>Tenho medo de ele ter uma parada na minha mão e não dar tempo de socorrer, de poder ajudar ele e como não vou poder contar tanto com apoio, eu tenho muito medo disso [silêncio e choro da mãe] (NE, P4).</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: Para facilitar o entendimento da codificação foi acrescido o número um às letras do alfabeto.

Quadro 3 - Apresentação dos momentos de observação participante realizados nas UTI'S Neonatal e Pediátrica. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continua)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
MO1 (A2)	Sentido: Necessidade de Educação Permanente	<i>O primeiro momento de observação foi realizado na UTI Neonatal em um sábado, no período da tarde em torno das 16 horas. Ao chegar no setor, após higienização das mãos e paramentação para adentrar ao local, me dirigi ao postode enfermagem onde a equipe estava reunida. Optei por esse momento pelo fato de ser rotineiro que as anotações referentes à assistência de enfermagem, anteriormente realizadas no plantão, sejam registradas nesse horário. Iniciei uma discussão acerca das principais dificuldades encontradas no cuidado de enfermagem às crianças com estomias. Logo de início a TQT foi apontada como maior dificuldade. Os integrantes desse plantão apontaram dificuldades na troca do curativo, na aspiração, na manipulação, no banho, em como proceder em caso, de decanulação acidental e principalmente, em como abordar a mãe para participar do cuidado. Relataram ainda o sentimento de “pena” dos pais que vivenciam essa situação. Uma das colaboradoras, disse que há alguns anos esteve no setor um recém-nascido do sexo masculino com TQT e que a equipe não tinha domínio para o cuidado, o que acabou sendo um período de grandes “provações” e que o “ensinar” os pais foi o momento mais difícil. Outra colaboradora que já desenvolve suas atividades laborais no setor em torno de dez anos salientou sobre a necessidade de realizar treinamentos que enfoquem temas como a TQT e acrescentou que seria interessante que “rotinas” referentes a TQT fossem seguidas de “forma igual nos setores infantis” (MO, 14/10/2022, UTI Neonatal).</i>
MO2 (B2)	Sentido: Necessidade	<i>O segundo momento de observação ocorreu durante a aspiração da TQT de uma criança no setor UTI Pediátrica durante o plantão noturno, em uma segunda-feira, em torno das 21 horas. O estoma</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
	de Educação Permanente	<i>dessa criança foi confeccionado há cerca de um ano atrás, nessa mesma instituição. A aspiração da TQT foi realizada pela enfermeira de plantão como auxílio da técnica de enfermagem responsável pelo paciente. É rotina no setor que após o atendimento do fisioterapeuta, as aspirações de TQT e tubo endotraqueal sejam executadas sob a responsabilidade da enfermeira, conforme necessidade e avaliação do paciente. No momento do procedimento ocorreu a higienização das mãos e paramentação das profissionais para precaução de contato, conforme placa identificada no leito, com uso de touca, máscara facial, luvas de procedimento e capote que se encontrava disposto no leito. Havia sob a mesa beira leito uma sonda de aspiração número 8, uma luva estéril número 7 e um frasco de dez mililitros de soro fisiológico 0,9%. A criança estava sem acompanhante, um pouco agitada, em decúbito dorsal, em uso de macronebulização na TQT com cinco litros de oxigênio, sem uso de sedativos, apenas com medicações de uso contínuo e antibioticoterapia. No momento a saturação era de 91% e frequência cardíaca de 116 batimentos por minuto no monitor multiparâmetros. A cabeceira estava um pouco elevada, porém não correspondia a trinta graus. A enfermeira colocou a luva estéril apenas da mão dominante e conectou a sonda, a qual foi aberta com técnica asséptica e colocada na ponta do látex com a ajuda da técnica de enfermagem. A enfermeira com a mão esquerda que estava com luvas de procedimento retirou a máscara de macronebulização da TQT e introduziu a sonda na TQT retirando em movimentos circulares, sendo repetido esse movimento de introdução e retirada de sonda por três vezes. Foi observado a presença de pouca quantidade de secreção esbranquiçada. Após o procedimento o material utilizado foi descartado no lixo branco, usado para descarte de materiais</i>

Quadro 3 - Apresentação dos momentos de observação participante realizados nas UTI'S Neonatal e Pediátrica. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>contaminados. Em seguida, a criança foi mantida em decúbito dorsal, porém após o procedimento a cabeceira foi elevada. (MO,14/10/2022, UTI Pediátrica)</i>
MO3 (C2)	Sentido: Necessidade de Educação Permanente	<i>O terceiro momento de observação ocorreu no setor UTI Pediátrica, em uma segunda-feira, no período da tarde, em torno das 13 horas. Criança do sexo feminino, estava sendo readmitida no setor após confecção de TQT. Estava vindodo bloco cirúrgico, sendo acompanhada pela residente de anestesia e técnica de enfermagem do referido setor. Durante a passagem de plantão beira-leito foi comunicado apenas que o procedimento acontecera sem intercorrênciase que a cânula utilizada na confecção da TQT correspondia ao número 3,5. Foi observado que as gazes envoltas no pescoço da criança estavam com presença de sangue em grande quantidade e o cadoarço que fixava a cânula estava frouxo. Assim que a criança foi posicionada no leito, foi instalado ventilação mecânica (VM) na TQT pelo fisioterapeuta de plantão e mantida sem sedação contínua, em uso analgésico de horário. Ainda sob efeito da analgesia, foi posicionada no leito em decúbito dorsal, com cabeceira elevada a trinta graus, TQT em VM, reiniciado com soroterapia em acesso venoso central, sonda nasogástrica mantida aberta com dieta suspensa e eliminações espontâneas em fralda. A saturação no momento era de 97% e a frequência cardíaca de 148 batimentos por minuto. O sangramento excessivo e o cadoarço de fixação da TQT frouxo, também foram observados pela técnica responsável pela paciente sendo questionado com a enfermeira de plantão quanto a sua possível troca. A técnica complementou que o curativo estava “sujo e feio” e perguntou a enfermeira, como passaria o curativo dessa forma para o plantão seguinte. A enfermeira ficou em silêncio por alguns instantes e respondeu que não sabia o que seria melhor: trocar ou não o curativo da TQT, assim em pós-operatório recente. A técnica de enfermagem responsável pela</i>

Quadro 3 - Apresentação dos momentos de observação participante realizados nas UTI'S Neonatal e Pediátrica. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(conclusão)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>paciente concluiu que gostaria de trocar para deixar o paciente “limpo” e que seria melhor que aproveitassem o momento no qual a criança estava sob o efeito de anestesia. A enfermeira reforçou que estava em dúvida e que iria averiguar junto ao médico plantonista qual a seria a conduta. Segundo o plantonista, a conduta a ser tomada era a manutenção do curativo e no dia seguinte a avaliação da estabilidade da criança para troca do curativo. A enfermeira questionou ainda com o fisioterapeuta quanto a sua conduta e o mesmo disse que retirasse as gazes sujas de sangue que estivessem por cima, mantendo as que estivessem por baixo. E que o cadarço poderia ser reajustado para melhor fixação. A enfermeira retornou ao leito da criança e orientou a técnica de enfermagem que mantivesse o curativo da mesma forma, porém reforçasse o cadarço para melhor fixação da cânula. A técnica de enfermagem responsável pelo leito solicitou ajuda de outra colega da equipe de enfermagem para executar o cuidado, as duas realizaram a fixação do cadarço sem dificuldades. Ao término desse procedimento, os pais que aguardavam a chegada da criança ao setor foram autorizados a entrar para visita, sendo que a mãe entrou primeiro e em seguida, foi a vez do pai. Ambos, no momento que estiveram em visita a filha, após as normas de paramentação do setor para visita, ou seja, higienização das mãos e paramentação, permaneceram sozinhos no leito e em silêncio, sem questionamentos à equipe e sem orientação dos profissionais do setor no referente ao procedimento de confecção da TQT. (MO, 07/11/22, UTI Pediátrica).</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: Para facilitar o entendimento da codificação foi acrescido o número dois às letras do alfabeto.

Quadro 4 - Apresentação da codificação das anotações do diário de campo. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continua)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
A3	Sentido: Interesse no Aprendizado	<i>A pesquisadora notou que os membros da equipe de enfermagem da UTI Neonatal, tinham muitas dúvidas referentes ao cuidado da criança com TQT.. Todavia, se mostraram interessadas ao aprendizado, participação e produção de conhecimentos no condizente ao treinamento sobre TQT (ND, 14/10/22, UTI Neonatal).</i> <i>Em entrevista com uma mãe que embora casada, se declarou como cuidadora oficial da sua filha com TQT, foi observado o interesse pelo aprendizado, ao relatar que pesquisa na internet e realiza troca de experiência com outras mães (ND, 29/01/23, UTI Pediátrica).</i>
B3	Sentido: Conhecimento incipiente	<i>A pesquisadora observou que durante a aspiração da TQT, realizada por uma enfermeira, esta, não realizou a ausculta pulmonar prévia a aspiração, para constatar a necessidade de aspiração, ao final do procedimento, pouca quantidade de secreção foi aspirada. A criança não estava bem posicionada para realização do procedimento, a cabeceira estava baixa. Houve contaminação no procedimento utilizando apenas a luva estéril na mão dominante (ND, 24/10/22, UTI Pediátrica).</i> <i>Durante a admissão de uma criança após realização da TQT, a enfermeira se mostrou em dúvida quanto a troca ou não do curativo devido sangramento. Buscou a melhor conduta com questionamentos ao médico e fisioterapeuta plantonistas. Não havia no setor uma rotina a ser seguida para esse cuidado (ND, 07/11/22, UTI Pediátrica).</i>

Quadro 4 - Apresentação da codificação das anotações do diário de campo. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Ao realizar entrevista com uma colaboradora do plantão noturno, esta, a mais nova a iniciar suas funções na UTI, expressou dúvidas referentes a indicação e permanência da TQT, mostrando desconhecimento sobre o assunto (ND,24/10/22, UTI Pediátrica).</i>
C3	Sentido: Lacunas na passagem de plantão	<i>Ao realizar a passagem de plantão aos técnicos de Enfermagem da UTI Pediátrica referente a criança pós TQT, os colaboradores do bloco cirúrgico, não relataram informações importantes como: o tempo de procedimento, o responsável pelo procedimento, como foi realizado o estomae quais as condutas para as primeiras horas. Disseram não ter havido intercorrências, porém o curativo estava com grande quantidade de sangramento (ND, 07/11/22, UTI Pediátrica)</i>
D3	Sentido: Autoimagem da criança	<i>Foi observado pela pesquisadora que os técnicos de Enfermagem da UTI Pediátrica aoreceberem a criança pós TQT ficaram admirados com o rosto da menina sem o tubo endotraqueal, foi comentado por toda a equipe os lindos traços do rosto dela (ND, 07/11/22, UTI Pediátrica).</i>
E3	Sentido: Humanidade	<i>Enquanto realizava a entrevista com um técnico de enfermagem que desenvolve, há muitos anos, suas atividades em UTI Pediátrica pode ser notado o carinho nas falas, quando a referência eram os pais das crianças com TQT (ND, 16/12/22, UTI Pediátrica).</i> <i>Ao realizar a entrevista com colaboradora do noturno foi notado a empatia em relação aos pais que têm filhos internados em UTI em uso de TQT, com presença de falas embargadas e choro. A preocupação com ida da criança para casa e o desejo de que os pais fossem treinados para executar a assistência</i>

Quadro 4 - Apresentação da codificação das anotações do diário de campo. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>de melhor qualidade também esteve presente em vários momentos da entrevista (ND, 06/02/23, UTI Pediátrica).</i> <i>No decorrer de uma entrevista com a colaboradora do plantão noturno, que já exerce suas atividades laborais no setor UTI pediátrica há anos foi nítido a preocupação com a comunicação com a criança com TQT. A busca pelo entendimento e comunicação entre profissional e paciente para melhor qualidade da assistência (ND, 06/02/23, UTI Pediátrica)</i>
F3	Sentido: Cuidados com TQT	<i>Durante a realização da entrevista com uma técnica de enfermagem foi observado a preocupação com a paramentação durante a aspiração da TQT e falas repetidas em relação a dificuldade no cuidado às crianças muito secretivas (ND, 02/02/23, UTI Neonatal).</i> <i>A paramentação correta, higienização das mãos, procedimentos com a TQT de forma asséptica, conforme a necessidade, bem como o treinamento de profissionais que estejam iniciando as suas atividades laborais em UTI foi uma preocupação exposta pela enfermeira da UTI neonatal em suas falas (ND, 06/02/23, UTI Neonatal).</i> <i>Em entrevista com uma mãe cuja filha teve a confecção da TQT em outra instituição foi notado o treinamento detalhado sobre os cuidados com a TQT para alta hospitalar e cuidados no domicílio. Sendo possível perceber a desenvoltura da mãe na descrição dos cuidados e sua</i>

Quadro 4 - Apresentação da codificação das anotações do diário de campo. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>percepção sobre condições adversas que podem ocorrer durante o uso da TQT (ND, 29/01/23, UTI Pediátrica).</i>
G3	Sentido: Cuidado domiciliar com a TQT	<i>Ao realizar entrevista com uma técnica de Enfermagem do plantão noturno foi notado a preocupação da mesma em suas falas quanto ao preparo dos pais para o cuidado de forma segura e asséptica com a criança com TQT quando em domicílio, bem como a necessidade de acompanhamento e disponibilização de materiais para cuidado pela atenção primária (ND, 06/02/23, UTI Pediátrica)</i>
H3	Sentido: Rede de Apoio	<i>Foi observado pela pesquisadora durante entrevista com uma mãe que se declarou solteira, o pesar em sua fala, por ser sozinha no cuidado à filha, a ausência do apoio paterno (ND, 12/11/23, UTI Pediátrica).</i> <i>Durante entrevista uma mãe relatou a presença do marido na participação dos cuidados, porém quando ela não pudesse realizá-los, se declarando cuidadora oficial da criança. Assim foi percebido pela pesquisadora o desgaste de não poder ter esse cuidado compartilhado e a sobrecarga dos cuidados sob um só cuidador (ND, 29/01/23, UTI Pediátrica).</i>
I3	Sentido: Religiosidade	<i>Esteve presente nas falas da mãe a importância da religiosidade e crença para o enfrentamento do processo de confecção e uso da TQT pela sua filha, bem como o apoio de membros da sua igreja, mesmo de longe, em constante contato e apoio com orações (ND, 29/01/23, UTI Pediátrica).</i>
J3	Sentido:	<i>Ao realizar entrevista com mãe de uma criança que acabara de realizar a TQT, e que devido a doença prévia, já havia sido pontuado por médicos a possível confecção da TQT em algum momento de vida da</i>

Quadro 4 - Apresentação da codificação das anotações do diário de campo. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(conclusão)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
	(Des)Preparo Emocional	<i>criança, foi possível notar o despreparo emocional da mãe nas falas emocionadas e de insegurança frente a situação, no constante relato de medo e no choro em vários pontos da entrevista (ND, 18/03/23, UTI Pediátrica).</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Para facilitar o entendimento da codificação foi acrescido o número três às letras do alfabeto.

Quadro 5 - Apresentação da codificação das notas dos grupos de convergência dos participantes profissionais de enfermagem.

Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continua)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
A4	Indicações da TQT	<i>[...] é indicado quando o paciente fica muito tempo no tubo e, às vezes não tem ali a força respiratória para respirar sozinho, né... consequentemente, tem que fazer uma TQT (GC1, TE4).</i> <i>Os pais devem estar a par do assunto, do porquê, de como vai ser, tranquilizar [...] conseguir mostrar com clareza para os pais a indicação da TQT, porque é uma coisa nova para eles, na qual eles vão ter que lidar em casa. Então, o tem que estar bem explicado (GC1, ENF1).</i> <i>Conversar com eles [pais] de forma mais clara para entenderem a necessidade daquela TQT, o porquê da criança estar usando e o que pode acontecer com uso dela. Os pontos negativos, que nós acabamos de falar agora: as infecções, a decanulação, a hiperemia, hemorragia, obstrução. (GC2, TE6).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>[...] não restringe a vida dele, por uma TQT [...] naquele momento aquela TQT está sendo eficaz para ele (GC2, TE1).</i> <i>[...] quando o paciente está há muito tempo no tubo, não consegue a extubação, às vezes um paciente neurológico que vai depender de ventilação mecânica por muito tempo ou não tem nível neurológico para extubação (GC2, TE1).</i> <i>Era um paciente que era saudável que de uma hora para outra precisou ficar com uma cânula ...uma lesão neurológica de um acidente ou politrauma [...] Geralmente é o médico mesmo que conversa, se precisar o psicólogo em situação mais complicada (GC2, TE5).</i> <i>Falha na extubação [...] alguma criança síndrômica (GC2, TE4).</i> <i>Eu acho que vai de paciente para paciente, depende de cada patologia, tem o tempo de uso. De uma hora para outra, o médico vai falar que teu filho precisa ficar com uma cânula por certo tempo ou pelo resto da vida. Eu acho que o impacto emocional é muito grande, é difícil mesmo aceitar [...] Por isso que tem que ser bem conversado, muito bem explicado (GC2, TE4).</i>
B4		<i>A limpeza, tudo isso, a aspiração... (GC1, TE3).</i>

Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
	Responsabilidades da Equipe	<i>Eu acho que é essa parte de estar bem perto dos pais, ou acompanhante da criança. E tentar explicar... e deixar o mais claro possível. (GC1, TE2).</i> <i>[...] termo de consentimento cirúrgico [...] Para ele estar ciente do procedimento e também das complicações e dos riscos. (GC2, ENF1).</i> <i>[...] a responsabilidade do transporte para confecção da TQT [...] tanto o técnico, o enfermeiro, o fisioterapeuta, que vai conduzir o tubo...O médico principalmente, para estar passando as orientações lá no bloco, de como esse paciente está encaminhando (GC2, ENF1).</i> <i>Parte tanto da enfermagem os cuidados, quanto do médico falando os prós e contras da TQT, do fisioterapeuta nos parâmetros, mostrar para os pais o que é ficar dispneico, o que é um cansaço, que ele vai ter que levar a criança ao pronto-socorro. Liberar os papéis [documentos], porque essa criança vai precisar de aparelhos em casa. Da nutricionista, é tudo, a equipe multidisciplinar, cada um tem orientações diferentes (GC2, TE2).</i>
C4	Responsabilidade do Enfermeiro (a)	<i>Mas nos cuidados mesmo, é a enfermagem [...] Tipo assim, cada um orienta sua parte, mas quem fica mais mesmo...quem orienta mais, como é que vai fazer, como que vai trocar, manipulação é a enfermagem. (GC1, TE1).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Ficar a atendo às complicações que podem ocorrer naquela TQT, principalmente em questão do posicionamento da TQT (GC1, TE3).</i> <i>Certificar o posicionamento, se for uma criança que usa cuff ter certeza que esse cuff está insuflado A questão da fixação por conta de lesões na pele. E no pescoço se não está comprimindo a parte do pescocinho dela (GC2, TE4).</i>
D4	Responsabilidade do Médico	<i>A abordagem principal teria que ser dos médicos. Porque as principais dúvidas já vão surgir no primeiro contato. Na hora que você falar sua criança vai precisar colocar uma TQT, vai surgir um milhão de dúvidas [...] e ele explicar tudo da maneira mais fácil e explicar também de uma forma que a pessoa entenda, não usar só palavras complicadas, complexas, que a pessoa depois vai ficar perdida da mesma forma, tem que observar o grau de entendimento dela para conseguir explicar certinho todas as dúvidas (GC2, TE1).</i> <i>Conversar com os pais, para explicar os riscos, as complicações, porque vai fazer uma cirurgia, não é?. Abordar os pais, eu acho que essa conduta tem que ser deles [médicos]. Até também é orientar que às vezes pode ser temporário ou então definitivo...(GC2, TE6).</i>
E4	Responsabilidade do Técnico de Enfermagem	<i>Ficar atenta aos sintomas naquele momento, conversar, tranquilizar a criança, sempre comunicar a ela o que irá acontecer [...] se tiver alguma instabilidade ali no momento, porque a gente vê muito o fisiológico (GC1, TE4).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>A higiene correta. A gente certifica que está tudo sequinho para não ter crescimento de microrganismos [...] aspirar quando precisa, quando não tem fisio a gente faz isso...troca de fixação (GC1, TE5).</i> <i>Nós (técnicos de enfermagem) na nossa função, acredito que a gente vai apoiar os pais tentar ajudá-los no que for possível para poder acostumar com a situação... Orientar no cuidado do dia a dia também (GC2, TE4).</i>
F4	Responsabilidade do fisioterapeuta	<i>A parte ventiladora em si, como está acoplado no sistema espontâneo, se já foi aberto espontâneo, se ele está conseguindo ficar, essa parte de redução dos parâmetros ventilatórios (GC1, TE3).</i>
G4	Responsabilidade do fonoaudiólogo (a)	<i>A parte da fala, da deglutição, se o paciente está deglutindo a saliva, isso é parte da fonoaudióloga (GC1, TE4).</i>
H4	Comunicação entre a equipe	<i>[...] Quando tiver alguma lesão a enfermagem comunicar ao médico e ele tomar as devidas condutas. (GC1, TE2).Z'</i>
I4	Tipo de Cânulas e Cuidados	<i>[...] tem a de plástico e a de metal e mandril e, tem medição (GC1, TE1).</i> <i>[...] acho que porque vai passar na traqueia, cuff insuflado (GC1, TE2).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Usa, mais não é tão fidedigno como quando está insuflado, porque se não estiver insuflado a probabilidade dele sair é mais fácil...a troca a cada seis meses (GC1, TE1).</i> <i>Então tem a plástica e a metálica. Mas a gente aqui da Neo, está acostumada a ver só a cânula plástica... de acordo com o peso, o peso e a idade (GC2, TE5).</i> <i>[...] certificar se ele está insuflado [...] e não tem escape. Porque tem um limite de ar que ele coloca pode dar até necrose de via aérea (GC2, ENF1).</i> <i>Conforme a idade dessa criança é o tamanho da cânula [...] O cuff é checado. Usa o cufômetro para checar a pressão do balonete e ele é indicado para evitar a aspiração de saliva, de vômito, de secreção em geral (GC2, ENF1).</i>
J4	Complicações da TQT	<i>Sangramento, infecção, traqueíte (GC1, TE2).</i> <i>Lesão da traqueia (GC1, TE3).</i> <i>Traqueíte, obstrução, paciente pode vir a óbito [...] hiperemia local, pode haver decanulação (GC1, TE1).</i>

Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>A gente vai ter que explicar em relação a fala. E de uma hora para outra, ela vai perder aquilo, então é uma dificuldade, que eu acho que até... que uma psicóloga poderia explicar em relação a isso (GC2, ENF1)</i>
K4	Cuidados com a TQT	<i>Tem que colocar uma inalação, tem que comunicar ao médico para ele avaliar e estar prescrevendo essa inalalão. (GC1, TE3).</i> <i>Avaliar sinais flogísticos, se não tem nenhuma deiscência se os pontos não estão soltando, a fixação, registrar a cor da secreção (GC1, TE5).</i> <i>[...] o número da cânula, o posicionamento, se tem sangramento ou não... o cuff [...] se tem rolha, se está espessa, se esta fluida (GC2, TE1).</i> <i>Na hora de introduzir a sonda e manter estéril, clampada, movimentos circulatórios (GC2, ENF1).</i> <i>A ausculta é muito importante para aspirar, não aspirar aleatoriamente (GC2).</i> <i>Não cair água suja...cuidado em dupla [...] Cabeceira elevada... Se a criança estiver alimentando via oral, sentado... auscultar para ver se a sonda está posicionada (GC2, TE3).</i> <i>Avaliar também se precisa ser aspirado antes de colocar a dieta... Sempre estar explicando, o que, o porquê você vai fazer (GC2, ENF1).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Manipulação mínima devido ao risco de sangramento e perda da TQT. Curativo só depois de 24 horas (GC2, ENF1).</i> <i>Tem que tomar cuidado, pois é fonte de contaminação [...] pega luva estéril, sonda estéril, abre o vácuo e aspira da melhor forma possível estéril para evitar infecção... entra com a sonda reta, e látex clampado e na hora de puxar a gente volta rodando desclampando o látex...essa sondinha vai até onde sentir resistência (GC2, ENF3).</i> <i>O curativo deve ser feito onde está inserida a cânula, com gaze estéril, tem que ter cuidado na parte posterior do pescoço, para não cortar, geralmente coloca uma compressa ou faz uma adaptação com micropore e gaze faz um coxim, deixar um dedinho de espaço para não ficar solto [...] Sempre é bom ter uma colega para estar auxiliando ali na fixação, nunca fazer sozinho (GC2, ENF1).</i> <i>A técnica tem que ser estéril, a gente vai usar a sonda do tamanho adequado ao tamanho da cânula, usar luva estéreo, abrir o vácuo nem muito forte, nem muito fraco... que dê para aspirar sem machucar a criança, você vai introduzir a sonda estéril e aspirar... Soro somente se necessário, se a secreção estiver muito espessa. Voltar depois de introduzido, girando a sonda para não haver sangramento [...] A fixação tem que estar bem presa, porém não pode estar muito apertada e nem muito frouxa... se tiver na ventilação tomar cuidado com o circuito do ventilador para não puxar (GC2, ENF1).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>tem que ser bem avaliado, ver se a criança pode alimentar ou não, porque o risco de broncoaspirar é bem grande principalmente se tiver com ventilação (GC2, TE3).</i>
L4	Exame Físico	<i>[...] sinais vitais estáveis, se não esta tendo febre, padrão respiratório, saturação, pele se esta integra (GC1, TE3).</i> <i>[.] o posicionamento é muito importante, da TQT com o ventilador [.] a modalidade, como que está a modalidade, a FiO² [.] cabeça neutra, 30°... 45° graus (GC2, TE5).</i> <i>Posicionamento da cânula, olhar fixação, olhar a pressão do balonete, se tem sangramento [...] número da cânula... a fixação para ver se está bem fixada, o balonete se este bem calibrado, o cuff...número da cânula (GC2, TE5).</i>
M4	Prevenção de Infecções	<i>[] sempre em uma maca [] é maca, o tubo na ventilação com ventilador de transporte, ele vai ter que estar monitorizado, acesso pérvio (GC2, TE5).</i> <i>[] como que foi essa cirurgia, teve intercorrência ou não, tamanho da TQT, o cuff insuflado (GC2, TE1).</i>
N4	Prevenção de Infecções	<i>[] na lavagem das mãos, fazer a técnica correta da aspiração, Estéril, ter cuidado para não estar contaminando toda a TQT (GC1, TE1).</i>

Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Deve ser reforçada a questão de higienização para evitar que a pessoa acabe passando uma infecção para ela mesma (GC1, TE3).</i> <i>Nunca reutilizar sonda que for aspirar, sempre tem que ser luva estéril [...] Sempre trocar a fixação [...] Sempre deixar quem for ficar responsável por essa TQT, de aspiração, bem orientado. Desde a confecção da TQT, colocando os pais a par de tudo que vai fazer, colocar para fazer para saírem daqui sabendo. (GC2, TE5).</i>
O4	Cuidados no domicílio	<i>Acredito que deveria disponibilizar mais material para essa mãe trabalhar com o filho dela de forma segura. Para não precisar voltar ao hospital com uma infecção, acredito que deveria disponibilizar mais material para essa mãe trabalhar com o filho dela de forma segura. Para não precisar voltar ao hospital com uma infecção (GC1, TE3).</i> <i>Principalmente como fazer aspiração, porque tem que ser tudo estéril [...] motivo da realização, qual que é o intuito de ser feito, porque que está fazendo (GC1, TE4).</i> <i>Podia ter acompanhamento do agente de saúde, do próprio enfermeiro do PSF. Uma vez na semana (GC2, ENF1).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Treinar os pais para o processo de aspiração da TQT, troca de fixação, os cuidados gerais com a TQT. Acho que cada um pode ajudar colaborar em uma parte, o fisioterapeuta pode ensinar na aspiração, técnico na fixação e higienização, troca de fixação (GC2, TE1).</i> <i>Tem que os deixar fazer, treinar no dia a dia da UTI... orientar bem os pais como segue certinho os passos, para ter um bom atendimento, porque geralmente as prefeituras da cidade não tem um profissional específico para ajudar pai e mãe assim não (GC2, TE3).</i>
P4	Socialização	<i>Ela não vai poder ser mais uma criança que vai poder ficar brincando de empurra- empurra é uma criança que não vai poder ficar na piscina se tinha costume... jogar bola na rua (GC1, TE2).</i> <i>Mostrar para ele que outras pessoas também têm a mesma coisa, a mesma TQT, às vezes durante essa visita no PSF (GC1, TE5).</i> <i>Mas acho que é o cuidado, e na escola também tem que saber. Se a escola está preparada para receber a criança maior, porque hoje em dia já está tão difícil, nem toda professora está preparada para receber aluno especial, com TQT, acho que também é difícil de lidar, os coleguinhas lidar, não sei... (GC2, ENF1).</i> <i>Teria que ter uma orientação de quem está ao redor, para saber que ali tem uma criança normal, só tem um diferencial que é a TQT. Não vai, não oferece risco há ninguém... mas uma criança que pode ter uma vida normal independente de ter essa TQT. Então é mais questão de consciência mesmo, de quem está em torno dessa criança (GC2, TE3).</i>

(continuação)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Isso é a psicóloga que tem que trabalhar desde o início, para chegar nesse período de escola, de passear... a pessoa já está assim... aceitou aquele problema, aceitou aquela enfermidade e leva a vida tranquilo (GC2, TE4).</i> <i>A própria escola tinha que ter uma orientação sobre o que é uma TQT, se tiver alguma intercorrência na hora, saber como agir, vai que sai essa TQT lá na hora eles tinham que ter uma orientação (GC2, TE5).</i>
Q4	Direito Social	<i>A criança vai para a casa, o governo vai estar ali para colocar uma equipe para cuidar dessa criança, então a mãe, se for mãe solteira, vai ter que colocar a vida dela toda ali. Então ela vai precisar de auxílio. E, se ela trabalhava antes e agora ela não vai trabalhar mais, de onde ela vai ter a renda? (GC1, TE3)</i> <i>Eu acho que tem benefício. Só que não é direito de todo mundo. Eu acho que tem alguma cláusula assim... para o responsável, mas não é todo mundo que sabe...(GC1, ENF1).</i> <i>É uma criança que vai ficar muito tempo dependente ou para resto da vida. Então ela precisa sim de um apoio de um suporte... essa criança, ela não vai poder trabalhar, ela não vai ter aquele recurso financeiro. E com o auxílio do governo ela vai estar ajudando (GC2, TE5).</i>

(conclusão)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Acaba que o familiar no caso, a mãe, que tem que ficar cem por cento dedicada (GC2, TE4).</i> <i>Eu nunca ouvi falar que tem um direito especial para quem usa TQT... acho que deveria ter [...] Mas deve ter... porque deve ter uma enfermidade atrás da TQT (GC2, TE2).</i>
R4	Comunicação	<i>Ela vai ter que ter um treinamento de outra forma, ensinando tudo novamente de outra forma [...] Dependendo do caso, ela pode até tampar o orifício da TQT e soltar alguma voz [...] ou na escrita ou gestual (GC1, ENF1).</i> <i>Pode ser por papel, caneta, desenho, gestos [...] Brincadeira, para a pessoa fica sociável, pessoa fica tímida, com vergonha de ter passado por esse procedimento (GC2, TE3).</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: Para facilitar o entendimento da codificação foi acrescido o número quatro às letras do alfabeto.

Quadro 6 - Apresentação da codificação das notas dos grupos de convergência dos participantes profissionais de enfermagem, realizado para avaliação do protocolo. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continua)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
A4-1	Aprovação	<i>[...] Ficou muito bom! (GC3, TE1).</i> <i>Interessante, parece que está bem explicado. (GC3, TE1).</i> <i>Acho que não precisa acrescentar nada não, ficou bem orientado. (GC3, ENF1).</i> <i>Ficou bem explicadinho! (GC3, TE1).</i>
B4-1	Coerência	<i>Tudo o que a gente falou está aí, dentro do seu trabalho... (GC3, TE2).</i> <i>Acho que está completo e bem objetivo, especificando cada parte. (GC3, T1).</i> <i>Concordo, está bem específico. (GC3, T2).</i> <i>Tem sim! Tudo o que a gente comentou, foi colocado [...] Teve a fala dos pais né, o medo a insegurança, a parte psicológica (GC3, ENF1).</i>
C4-1	Novas Rotinas	<i>[...] Até o frasco de aspiração mesmo, chegar e verificar. Eu gosto de chegar e olhar, para ver se o ambu está funcionando, bom fazer isso com os frascos também. (GC3, TE1).</i>

(conclusão)

Cód	Descrição	Falas dos participantes
		<i>Tem a cânula reserva, tem o ambu, qualquer coisa a gente “ambusa”, até o médico chegar, ambusa por máscara, apesar que o médico fica dentro da UTI...até o médico introduzir a outra, já tem uma reserva...e pronto (GC3, ENF1).</i> <i>Hoje a cânula reserva não fica aqui, e isso é muito bom. (GC3, TE1).</i> <i>Eu gostei, porque agora vai ter um...tido mundo vai fazer a mesma coisa, vai poder orientar os pais certinho, a gente pode passar também esse protocolo para os pais, vai melhorar muito o atendimento. (GC3, TE1).</i>
D4-1	Educação Permanente	<i>Acho bom e cada dia, tem que ser feito novamente, para ficar bem nos treinamentos. Cada profissional que chegar, acho que o treinamento tem que estar em dia (GC3, TE2).</i> <i>Sempre tem novato né! Por exemplo [...] às vezes a gente já sabe, mas é bom passar de novo, porque a gente aprende de novo... (GC3, TE1).</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: Para facilitar o entendimento da codificação foi acrescentado o número quatro às letras do alfabeto, seguido de hífen e o número 1.

6.2.2.1 Processo de Síntese

Neste processo o pesquisador reúne os elementos distintos, concretos ou abstratos, integrados num todo conexo, com dados essenciais sobre o tema em questão para subsidiar a negociação de estratégias de inovação no contexto da prática (Trentini; Paim; Silva, 2014) e pode ser definido como o processo no qual as categorias são criadas ou os temas definidos (Trentini *et al.*, 2022).

Por meio da análise indutiva dos dados oriundos da observação participante, das entrevistas semiestruturadas, dos grupos de convergência e diário de campo elaborou-se as categorias: “Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro” e “Cuidados específicos à criança com traqueostomia: muito além do técnico procedimental e orientações gerais” e concluiu-se que a proposição de um Protocolo Assistencial de Enfermagem à criança traqueostomizada em cuidados críticos neonatal e pediátrico, com perspectiva multiprofissional seria uma maneira eficaz de alcançar o objetivo proposto neste estudo, incentivar mudanças na prática dos profissionais e fomentar inovações no cenário de cuidados à criança traqueostomizada nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Na sequência apresenta-se os códigos que geraram as categorias (quadro 7).

Quadro 7 - Reunião de códigos semelhantes e designação de categorias. Alfenas, Minas Gerais, 2025.

(continua)

Código(s)	Sentido	Categorias
A; Q1	Medo	Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
B e A1	(Des)Conhecimento sobre TQT	
E	Imagem corporal da criança alterada	
I3	Humanidade	
J; M1	Espiritualidade	
D	Necessidade de Treinamento	
F	Dificuldade no cuidado da TQT	
C1	C1: O aprender o cuidado com a TQT	
D1 e A4	Indicação da TQT	
G e B1	TQT evolução no quadro clínico	

(conclusão)

H	Educação em saúde dos pais para o cuidado	
T	Os pais e os cuidados no domicílio	
B3 e C3	Conhecimento incipiente Lacunas na passagem de plantão	
A3	Interesse no aprendizado	
S; A2; B2; C2:	Necessidade de educação permanente	
I4; K4; J4;	Cuidados com a traqueostomia/complicações	Cuidados específicos à criança com traqueostomia: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
L	Planejamento do cuidado	
P; Q; T; E1; F1; G1; P1	Educação em saúde aos pais/ domínio do cuidado com a TQT; Cuidado no domicílio;	
H3; N1	Rede de apoio/ dificuldades no cuidado	
H1 e Q4	Direitos/Apoio Institucional	

Fonte: Elaborado pela autora

Os códigos gerados na etapa de codificação foram elencados na elaboração do protocolo:

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continua)

NOME: Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva
ORIGEM: Hospital Universitário Alzira Velano – Unidades Assistenciais: UTI Neonatal e UTI Pediátrica
OBJETIVOS GERAIS
• Garantir a segurança e o bem-estar da criança traqueostomizada para a prevenção de complicações como infecções respiratórias e obstrução das vias aéreas. • Melhorar a qualidade do cuidado mediante padronização para promoção da recuperação e reabilitação da criança traqueostomizada. • Promover a capacitação da equipe de enfermagem e a educação em saúde dos pais sobre os cuidados específicos da criança traqueostomizada. • Otimizar o uso da infraestrutura, dos recursos físicos e humanos de forma adequada. • Possibilitar a transição da unidade hospitalar para o domicílio, mediante o preparo da criança traqueostomizada e da família para os cuidados domiciliários, assegurando a contrarreferência no sistema de saúde.
Objetivos Específicos
• Prevenir e reduzir a incidência de infecções respiratórias por aspiração traqueobrônquica por meio do ensino de medidas de higiene e limpeza da traqueostomia, recomendadas pelas evidências científicas para o contexto do atendimento. • Capacitar a equipe de enfermagem sobre o cuidado da criança traqueostomizada em cuidados intensivos, para o cuidado domiciliário e para identificar precocemente sinais de complicações. • Prevenir a obstrução das vias aéreas por meio do ensino da importância da umidificação das vias aéreas, monitoramento da permeabilidade da cânula e de técnicas de aspiração adequadas. • Realizar a aspiração pela traqueostomia com técnica adequada, minimizando desconforto e dor, utilizando analgésico se prescrito, com monitoramento da reação da criança traqueostomizada. • Assegurar a comunicação eficaz entre os membros das equipes de saúde por meio de registros clínicos claros, precisos e atualizados. • Realizar o ensino dos cuidados específicos dos pais da criança traqueostomizada para o contexto domiciliário e para a contrarreferência no sistema de saúde.
GRUPO DE DESENVOLVIMENTO: equipe de enfermagem

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Enfermeiro: realiza o planejamento do cuidado integral abrangendo todas as dimensões para garantir a segurança, o conforto e o bem-estar da criança traqueostomizada e dos seus pais, fundamentado nas melhores evidências científicas, considerando-se os aspectos éticos e a legislação profissional.

- Avaliação e monitoramento (da TQT, da via aérea, da umidificação e do balonete – *cuff*).
- Cuidados com a TQT (higiene, aspiração, prevenção da lesão de pele e manutenção de umidificação)
- Educação em saúde da criança e dos pais/família (orientação sobre os cuidados, ensino sobre a identificação de possíveis complicações e comunicação/diálogo efetivos)
- Prevenção e manejo de complicações como infecções, deslocamento e obstrução da cânula e sangramento.
- Comunicação multiprofissional efetiva.
- Registro: exatidão do planejamento e do cuidado realizado.
- Implementação do planejamento do cuidado.
- Estabelecimento de protocolos assistenciais para cada área profissional e multiprofissional.
- Educação permanente para a equipe de saúde sobre o manejo da criança traqueostomizada.
- Supervisionar os técnicos de enfermagem e assegurar a execução correta dos cuidados.

Dados da tese:

I: Sociedade e TQT/Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

K: Primeiro contato com TQT//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

C1: O aprender o cuidado com a TQT Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro

A4: Indicações da TQT em CRIANES Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro

H1: Apoio Institucional/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

I1 e H3: Rede de Apoio Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

L4: Exame Físico/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Técnico de Enfermagem: realiza cuidados assistenciais à criança traqueostomizada e dos pais sob a supervisão do enfermeiro. • Implementação dos cuidados assistenciais, mediante as melhores evidências científicas, seguindo os protocolos institucionais, sob a supervisão do enfermeiro. • Monitoramento e observação (sinais vitais, sinais de complicações, características das secreções, estado geral da criança e transporte). • Suporte e conforto à criança (posicionamento, higiene pessoal, hidratação, alimentação, comunicação). • Higiene e cuidados com a traqueostomia (higiene da pele e prevenção de lesões, troca e fixação da cânula de TQT, aspiração de secreções, umidificação e avaliação da insuflação do balonete - <i>cuff</i>). • Comunicação imediata ao enfermeiro sobre qualquer alteração ou intercorrência observada durante o cuidado à criança traqueostomizada. • Educação em saúde da criança e dos pais/família. • Atuação com responsabilidade, atenção e ética profissional. • Registro com exatidão dos cuidados realizados. Dados da tese: I: Sociedade e TQT/Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais C1: O aprender o cuidado com a TQT Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro H1: Apoio Institucional/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I1 e H3: Rede de Apoio Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais INDICAÇÕES: • obstrução da via aérea • intubação prolongada • intubação orotraqueal complexa • condição clínica de alta complexidade (Avelino, <i>et al.</i>, 2017; Goes; Silva; Lima, 2017; Watters, 2017; Laila, nayak; noronha, 2022) Dados da tese: A e Q1: Medo do desconhecido/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro A4 e D1: Indicação médica da necessidade de TQT; Indicação da TQT em CRIANES Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro G e B1: Avanço no quadro clínico/evolução do quadro clínico Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
--

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

TIPOS DE CÂNULAS: as cânulas plásticas de traqueostomia pediátricas são fabricadas em policloreto de vinila - PVC ou em silicone, para neonatos e pediátricos. (Watters, 2017) A e Q1: Medo do desconhecido/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro A4: Indicação da TQT em CRIANES/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
CUIDADOS À CRIANÇA TRAQUEOSTOMIZADA
ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO DOS PAIS: Equipe multiprofissional
Cuidado: Realizar o acolhimento e a escuta ativa dos pais para esclarecimento de dúvidas e conhecimento prévio do quadro clínico da criança com TQT (Luiz; Caregnato; Costa, 2017).

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Justificativa: para subsidiar o planejamento do cuidado, preparo para a alta hospitalar e educação em saúde dos pais (Luiz; Caregnato; Costa, 2017), com perspectiva do cuidado integral (Chesani, <i>et al.</i>, 2017) Dados da tese: B: (Des)Conhecimento sobre TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro A4 e D1: Indicação médica da necessidade de TQT; Indicação da TQT em CRIANES Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro C: secreção da TQT Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro D3: Imagem corporal alterada/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro D: Treinamento Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro O4; G3; G1: Cuidado no domicílio; Cuidado domiciliar com a TQT; cuidado no domicílio/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais; H1: Apoio Institucional/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I1 e H3: Rede de Apoio Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J1: Meu filho (a) e a TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais L1: Resignação/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais F; N1: Dificuldade no cuidado da TQT Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais O1: Aceitação/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro P1:Experiências no cuidado com a TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro A4 e D1: Indicação médica da necessidade de TQT; Indicação da TQT em CRIANES Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro A e Q1: Medo do desconhecido/ Necessidades de cuidado e habilidades para o cuidado seguro
AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA E DA TQT: Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos
Cuidado: Avaliar a condição clínica, resultados de exames laboratoriais e de imagem e a indicação da traqueostomia (Watters, 2017; Laila, Nayak; Noronha, 2022), considerando a manutenção da respiração espontânea ou necessidade de suporte ventilatório (Santos Junior, <i>et al.</i>, 2021).
Justificativa: para subsidiar o estabelecimento do planejamento dos cuidados (Watters, 2017; Laila, Nayak; Noronha, 2022) G e B1: Avanço no quadro clínico/evolução do quadro clínico Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro A4 e D1: Indicação médica da necessidade de TQT; Indicação da TQT em CRIANES Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Cuidado: Realizar exame físico diariamente e quando necessário, em casos de intercorrências
Justificativa: para subsidiar a revisão do planejamento do cuidado (Nunes; Ramos, 2024). Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidados: Verificar a frequência respiratória, o padrão respiratório e a presença de esforço respiratório (uso de musculatura acessória, retrações costais). Avaliar sinais de hipóxia, como cianose, agitação ou sonolência excessiva. Monitorar a saturação de oxigênio (SpO ₂) regularmente.
Justificativa: identificar precocemente obstruções, secreções acumuladas ou alterações na oxigenação que podem comprometer a ventilação. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidado: Avaliar a pele peritraqueostomia e a fixação da cânula.
Justificativa: preservar a integridade da pele e prevenir complicações. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidados: Higienizar a pele peritraqueostomia com solução salina 0,9% e gazes estéreis para evitar lesões e possíveis complicações; verificar presença de exsudato ou lesões e checar a adequada fixação da cânula (Lawrence <i>et al</i> , 2021; Soares <i>et al.</i> , 2018).
Justificativa: preservar a integridade da pele e prevenir complicações Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidado: Realizar o curativo, em caso de lesões de pele, utilizando coberturas, conforme a avaliação do enfermeiro e disponibilidade institucional (Soares <i>et al.</i> , 2018).

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Justificativa: restaurar a integridade da pele (Laila, Nayak; Noronha, 2022). Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidados: Verificar a cânula, observar posicionamento, fixação, sinais de deslocamento ou obstrução, inspecionar sinais de desgaste ou danos. Garantir que o diâmetro e o tipo da cânula sejam adequados à idade e condição da criança. Justificativa: prevenir complicações, como obstrução respiratória, lesões no tecido traqueal ou infecções. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I4: Tipos de cânulas e cuidados/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro.
Cuidado: Realizar a troca da fixação da cânula de traqueostomia diariamente ou quando estiver com sujidade/umidade (Lawrence <i>et al.</i>, 2021). Justificativa: preservar a integridade da pele e prevenir a decanulação acidental. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidado: Monitorar o enchimento do balonete da cânula de traqueostomia com o cuffômetro mantendo a pressão de 20 a 25 mmHg (Picinin <i>et al</i> 2016) Justificativa: prevenir o escape aéreo por hipoinsuflação e prevenir lesões de traqueia por hiperinsuflação (estenose, granuloma, fibroma, necrose, fístula traqueoesofágica, tosse, desconforto e sangramentos) (Medeiros <i>et al.</i>, 2019; Picinin <i>et al.</i>, 2016; Nunes; Ramos, 2024). Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I4: Tipos de cânulas e cuidados/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro.

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Cuidado: Umidificar a via aérea da criança traqueostomizada e quando em respiração espontânea utilizar nebulizadores; para aquelas em suporte ventilatório utilizar os filtros umidificadores ou aquecedores de oxigênio (HMEs) (Picinin <i>et al.</i>, 2016; Watters, 2017; Costa, <i>et al.</i>, 2019).
Justificativa: prevenir a obstrução da cânula por rolha de secreção e infecções respiratórias. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I4: Tipos de cânulas e cuidados/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro E1: Domínio do cuidado coma TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
Cuidado: Aspirar secreções traqueobrônquicas da cânula de traqueostomia, quando necessário (secreção visível ou sinais de desconforto respiratório), utilizando técnica asséptica conforme (ANEXO I). Observar o volume, a cor e a viscosidade das secreções. Manter a criança adequadamente hidratada para reduzir a viscosidade das secreções.
Justificativa: manter a permeabilidade respiratória e prevenir complicações respiratórias. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I4: Tipos de cânulas e cuidados/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro E1: Domínio do cuidado com a TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
Cuidado: Identificar sinais de infecção, monitorar sinais locais, como hiperemia, dor, edema ou secreção purulenta no estoma e sinais sistêmicos, como febre, prostração ou irritabilidade.
Justificativa: detectar precocemente sinais de infecção e prevenir complicações. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I4: Tipos de cânulas e cuidados/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro E1: Domínio do cuidado coma TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro N4: Prevenção de infecções: Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidado: Administrar e monitorar a dieta enteral e a água, conforme a prescrição e protocolo institucional (ANEXO II).

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Justificativa: preservar ou recuperar o estado nutricional e hídrico da criança. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais E1: Domínio do cuidado coma TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro N4: Prevenção de infecções: Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidado: Prevenir o risco de aspiração pulmonar durante a administração da dieta enteral, mantendo a cabeceira elevada a 45°. Justificativa: prevenir infecções respiratórias e outras complicações. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I4: Tipos de cânulas e cuidados/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro. E1: Sentido: Domínio do cuidado coma TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro. N4: Prevenção de infecções: Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidado: Avaliar o desenvolvimento da criança, observar o impacto da traqueostomia no desenvolvimento motor, social e de linguagem e promover estímulos adequados à idade da criança. Justificativa: prevenir impactos negativos no desenvolvimento social e linguístico. Dados da tese: L: Planejamento do cuidado/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais E1: Sentido: Domínio do cuidado coma TQT/Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro.
Cuidado: Avaliar a capacidade dos pais para realizar os cuidados domiciliares da criança traqueostomizada (Jesus <i>et al.</i>, 2023).

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Justificativa: ensinar aos pais os cuidados diários com a TQT como higiene, aspiração de secreções, identificar intercorrências e assegurar a busca de suporte profissional (Abreu; Marinho; Cardoso, 2019; Barreto, <i>et al.</i>, 2021; Jesus <i>et al.</i>, 2023). Dados da tese: D: Necessidade de Treinamento/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro A4 e D1: Indicação médica da necessidade de TQT; Indicação da TQT em CRIANES Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro F; N1: Dificuldade no cuidado/ CRIANES Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro J3: (Des)Preparo emocional dos pais para o cuidado/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I-Sentido: Sociedade e TQT/Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais K: Primeiro contato com TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais H; P: Educação em saúde aos pais para o cuidado/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais T: Os pais e os cuidados no domicílio/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais B1: Evolução do quadro clínico/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro C1: O aprender o cuidado com a TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro K1: Reinternação/ Necessidades de cuidado e habilidades para o cuidado seguro F e N1: Dificuldades no cuidado/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais S e P1: Experiências no cuidado com a TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
Cuidado: Planejar a alta hospitalar /contrarreferência para o sistema de saúde (Jesus <i>et al.</i>, 2023) (ANEXO IV)

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Justificativa: assegurar a continuidade do tratamento, suporte da equipe de saúde aos pais e prevenir complicações (Jesus <i>et al.</i>, 2023). Dados da tese M e H1: Necessidade de apoio institucional/ Categoria: Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais H; P: Educação em saúde aos pais para o cuidado/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/ Q: Pais e a TQT/ Os pais e os cuidados no domicílio/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais E1: Domínio no cuidado com a TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J1: Meu filho (a) e a TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais K1 Reinternação/ Necessidades de cuidado e habilidades para o cuidado seguro F; N1: Dificuldades no cuidado/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental S; P1: Experiências no cuidado com a TQT/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental D1; A4: Indicações da TQT em CRIANES/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro A e Q1: Medo do desconhecido/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
Cuidado: Registrar as avaliações clínicas, o planejamento e os cuidados/intervenções realizados (Rissi <i>et al.</i>, 2020).
Justificativa: segurança da criança traqueostomizada, efetividade da comunicação da equipe multiprofissional e informa a qualidade do cuidado na instituição (Rissi <i>et al.</i>, 2020). L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais; L4: Exame Físico/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais K4: Cuidados com a TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
Cuidado: Realizar a educação permanente dos profissionais

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Justificativa: assegurar a competência dos profissionais, garantir a segurança, o bem-estar e a qualidade de vida da criança traqueostomizada, com vistas ao cuidado fundamentado nas melhores evidências científicas. Dados da tese: D; F: Necessidade de treinamento; Dificuldade no cuidado/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais; A2; B2 e C2 Necessidade de educação permanente/ Necessidade de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro C1: O aprender o cuidado com a TQT Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
Justificativa: restabelecer a respiração espontânea e prevenir complicações (Nunes; Ramos, 2024) Dados da tese L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais; C5: Novas rotinas/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro (Costa <i>et al</i>, 2016; Soares <i>et al.</i>, 2018; Medeiros, <i>et al</i>, 2019; Nunes; Ramos, 2024).
RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS PARA A SEGURANÇA DA CRIANÇA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem
Cuidado: Verificar diariamente o funcionamento do sistema de aspiração.
Justificativa: prevenir formação de rolhas por secreções e prevenir complicações (Watters, 2017). Dados da tese L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais; C5: Novas rotinas/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
Cuidado: Manter a cânula de reserva (mesmo tamanho e uma de tamanho menor) junto ao leito.
Justificativa: assegurar a substituição imediata em eventos com intercorrências e complicações (Watters, 2017). Dados da tese L: Planejamento do cuidado/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais C5: Novas rotinas/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro J4: Complicações da TQT/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Cuidado: Manter disponível para casos de urgência/emergência sistema bolsa, válvula, máscara (ambu) à beira do leito (Costa, <i>et al.</i> , 2019).
Justificativa: assegurar ventilação em eventos com intercorrências e complicações. Dados da tese L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais C5: Novas rotinas/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
Cuidado: Manter o cuidado à espiritualidade para diferentes vertentes religiosas (Bruno, <i>et al.</i> , 2021).
Justificativa: assegurar conforto e suporte espiritual à criança e para os pais durante a internação hospitalar. Dados da tese L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais J: Espiritualidade e TQT/Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/ O cuidado à criança com TQT: muito além de procedimentos e orientações gerais J1: Meu filho (a) e a TQT/ O cuidado à criança com TQT: muito além de procedimentos e orientações gerais L1: Resignação/ O cuidado à criança com TQT: muito além de procedimentos e orientações gerais O1: Aceitação/ Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro
CONFLITO DE INTERESSE: inexistente
REVISÃO RECOMENDADA POR: a cada ano quando houver novas evidências ou mudanças na legislação profissional.
VALIDAÇÃO REALIZADA: grupo de convergência com os integrantes das equipes de enfermagem das UTI's Neonatal e Pediátrica da Instituição para o desenvolvimento do protocolo e análise da experiência pais participantes da pesquisa.
LIMITAÇÃO: Desenvolvimento deste protocolo apenas com a participação dos integrantes das equipes de Enfermagem das UTI's Neonatal e Pediátrica.
PLANO PARA IMPLEMENTAÇÃO: a educação permanente dos integrantes das equipes de enfermagem das UTI's Neonatal e Pediátrica e educação em saúde para os pais.
ANEXOS

ANEXO I – Aspiração de secreções traqueobrônquicas da cânula de TQT*1. Preparo do material necessário*

- Equipamento de proteção individual (avental descartável, gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de procedimento e luvas estéreis).
- Estetoscópio
- Oxímetro
- Sistema hospitalar de gases medicinais (vácuo e oxigênio) ou aspirador portátil com pressão regulada; bolsa, válvula, máscara (ambu)
- Cateter de aspiração estéril, descartável, com diâmetro compatível à cânula traqueal da criança, que não deve ultrapassar dois terços do calibre da cânula
- Compressas de gaze estéreis
- Solução salina estéril (SF 0,9%) para irrigação do cateter (se necessário)
- ⊖ Se, sistema de aspiração fechado (cateter de aspiração estéril, específico para o sistema fechado – sem necessidade de descarte a cada aspiração - ler orientações do fabricante) e luvas de procedimento.

2. Cuidados

- Higienizar as mãos: higienizar cuidadosamente as mãos com água e sabão ou utilizar álcool em gel 70%.
- Preparar o aspirador: ligar o aspirador e ajustar a pressão de sucção entre 60-100 mmHg (valores recomendados para crianças).

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Avaliação pré-procedimento: observar sinais de desconforto respiratório, como aumento da frequência respiratória, retrações intercostais ou saturação de oxigênio reduzida.
- Posicionamento da criança: posicionar a criança de forma confortável e segura, geralmente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada para favorecer a expansão pulmonar.
- Ausculta da criança traqueostomizada antes da aspiração: realizar a avaliação da presença de intercorrências ou de secreções.
- Verificar a saturação de oxigênio da criança.
- Informar aos pais/ criança traqueostomizada sobre o cuidado: para reduzir a ansiedade e obter a colaboração.
- Oxigenação suplementar da criança: realizar a oxigenação suplementar (se necessário) por 30 a 60 segundos antes da aspiração.
- Ausculta da criança após aspiração da traqueostomia: assegurar o padrão respiratório sem intercorrências ou presença de secreções.

3. Técnica de Aspiração

- Certificar o funcionamento do sistema de gases medicinais ou do aspirador portátil.
- Auscultar a criança
- Formação do campo estéril, calçamento das luvas: abrir a embalagem da luva formando um campo estéril. Abrir o involucrio do cateter de aspiração e colocar sobre o campo estéril. Calçar as luvas estéreis e conectar o cateter no sistema de aspiração.

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Se, sistema de aspiração fechado não será necessário a formação do campo estéril, pois deve-se utilizar luvas de procedimento durante a técnica de aspiração.
- Inserção do cateter de aspiração: com a mão não dominante clampar o sistema de aspiração. Com a mão dominante e estéril introduzir o cateter de aspiração na cânula de traqueostomia de forma suave e sem aplicar sucção até encontrar resistência ou atingir a profundidade adequada (em geral, medindo o tamanho da cânula)
- Aspiração: iniciar a aspiração desclampando o sistema de sucção retirando lentamente o cateter, fazendo movimentos rotatórios. O tempo total de aspiração deve ser de 5 a 10 segundos.
- Se, sistema de aspiração fechado iniciar a aspiração desclampando o sistema de sucção, inserir lentamente o cateter até encontrar resistência ou atingir a profundidade adequada, em sequência apertar a trava do sistema de sucção e retirar o cateter inserido, realizando a aspiração.
- Uso de solução salina (se necessário): em casos de secreções espessas ou obstrução, instilar 0,5-1 ml de solução salina estéril na cânula antes da aspiração.
- Inspeccionar as características das secreções aspiradas: cor, quantidade, consistência e odor
- Repetir o procedimento, se necessário, mediante reoxigenação, avaliação da saturação de oxigênio e frequência respiratória da criança.
- Remover o cateter cuidadosamente, desconectando-o do sistema de vácuo.
- Irrigar o cateter para assegurar a permeabilidade do sistema.
- Avaliar a criança traqueostomizada após a aspiração, observando a frequência respiratória, a saturação de oxigênio, a presença de tosse e o padrão respiratório e gástrico (náuseas e vômitos) e auscultar a criança.
- Descartar o material em local apropriado para resíduos contaminados.
- Realizar a desparamentação

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Higienizar as mãos após o procedimento.
- Registro do procedimento: documentar o procedimento no prontuário, incluindo a quantidade e características das secreções, além das condições do paciente antes e após a aspiração.
- Registrar o procedimento no prontuário da criança data, hora, características das secreções aspiradas, resposta da criança e presença de intercorrência.

Observação: A aspiração de vias aéreas com sistema de aspiração fechado em pacientes com traqueostomia, sob ventilação mecânica preserva a pressão positiva e reduz o risco de infecção. A seleção do calibre da sonda do sistema deve ser compatível com a numeração da cânula de traqueostomia (verificar de acordo com o fabricante do material), assim otimiza-se a remoção de secreções e previne complicações ventilatórias e traumáticas.

Fonte: da autora, adaptado de (Avelino, *et al.*, 2017; Cofen, 2017; Soares *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2019; Lawrence *et al.*, 2021; Cunha; Brito; Pantoja, 2022; Pereira, Flores, Silva, 2024; Nunes; Ramos, 2024; Barros, *et al.*, 2024).

ANEXO II – Administração de dieta e/ou medicação enteral e água em crianças traqueostomizadas

Garantir a segurança e a eficácia na administração de dieta, medicamentos e hidratação enteral, mediante avaliação da equipe multiprofissional.

1. Formas de Administração

- Sonda nasogástrica/enteral ou gastrostomia: escolher a sonda nasogástrica/enteral e a gastrostomia, considerando a idade da criança, previsão de tempo de indicação, fatores clínicos e evolução.
- Oral: quando a criança traqueostomizada apresentar capacidade para alimentação via oral, conforme a avaliação do nutricionista e da fonoaudiologia.

2. Preparo da Dieta e Medicamentos

- Dieta: prescrita pelo médico/nutricionista, de acordo com as necessidades clínicas da criança traqueostomizada.
- Medicamentos: os medicamentos, sob prescrição médica, devem ser macerados ou dissolvidos em água filtrada para administração enteral.

3. Cuidados Durante a Administração

- Higiene: as mãos devem ser higienizadas com água e sabão ou álcool 70% antes e após a manipulação da sonda.
- Avaliar a criança: observar o estado geral, sinais de desconforto respiratório e presença de secreções na traqueostomia.
- Posição da criança: deve ser mantida durante a administração da dieta em posição de fowler ou de semi-fowler para evitar aspiração, refluxo gastroesofágico

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Aspiração das vias aéreas superiores: deve ser realizada se necessário, com técnica asséptica, antes e após a administração da dieta.
- Posicionamento da sonda: verificar posicionamento da sonda enteral na região gástrica ou pós-pilórica. (como é feito na instituição?)
- Administração da dieta: conectar a seringa ou equipo à sonda enteral e administrar lentamente e contínua a dieta conforme o volume e a velocidade prescritos, evitando sobrecarga gástrica
- Administração de medicamentos: diluir os medicamentos prescritos, para evitar obstrução da sonda. Administrar um medicamento por vez, seguido de lavagem com 5-10 ml de água.
- Administração de água: administrar o volume prescrito de água ao final da dieta e/ou medicamentos.
- Monitoramento: monitorar a tolerância da criança à dieta enteral, observando a presença de vômitos, diarreia ou outros sinais de desconforto gastrointestinal ou respiratório.
- Prevenção de obstrução da sonda: irrigar a sonda com XX mL de água antes e após a administração da dieta e de medicamentos.
- Manutenção da traqueostomia: garantir que a traqueostomia esteja limpa e fixa adequadamente durante todo o procedimento.
- Registrar o procedimento: anotar o horário, volume de dieta, medicamentos e água administrados, além de intercorrências.

4.Recomendações para Profissionais de Saúde e Pais

- Educação em Saúde: os profissionais de saúde devem realizar o processo ensino aprendizagem dos pais em relação aos cuidados para a administração da dieta enteral, da água e das medicações prescritas de forma segura e eficaz.

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Registro: registrar a verificação do posicionamento da sonda, fixação, tipo de dieta, volume de dieta, medicamentos e água e ocorrência de desconforto respiratório e gastrointestinal.
- Comunicação: manter a comunicação da equipe multiprofissional com atualização de alteração no estado clínico da criança e presença de intercorrências.

(Arancibia; Segui, 2019; Lima, *et al*, 2022)Fonte: da autora. Adaptado de: Arancibia; Segui, 2019; Lima, *et al*, 2022

ANEXO III – Decanulação Programada

A decanulação programada tem o objetivo terapêutico para as crianças que evoluem clinicamente, com condição para restabelecer a função respiratória normal e a comunicação oral.

1. Etapas da Decanulação Programada

- Avaliação: pressupõe avaliação médica, enfermagem, fonoaudiológica, fisioterápica e nutricional, para identificar as condições clínicas da criança, a capacidade de proteção das vias aéreas e a possibilidade para a decanulação programada.
- Teste de oclusão: avaliar por 24 horas a tolerância da criança à respiração espontânea, mediante monitoramento contínuo.
- Redução gradual do diâmetro da cânula: iniciar a redução gradual do diâmetro da cânula, mediante a avaliação clínica da criança pela equipe multiprofissional.
- Remoção da cânula: realizada após a constatação da tolerância da criança à respiração espontânea e ausência de sinais de desconfortos respiratórios.

2. Cuidados Durante a Decanulação Programada

- Monitoramento: observar sinais de dificuldade respiratória, cianose, taquipneia e retrações da criança.
- Aspiração: realizar sempre que necessário conforme (anexo I).
- Oxigenoterapia: manter sempre que necessário, conforme recomendação da equipe multiprofissional.

3. Recomendações para Profissionais de Saúde e Pais

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Educação em saúde: os profissionais de saúde devem ensinar os pais para identificar os sinais de desconfortos respiratórios e os cuidados necessários à criança no domicílio.
- Comunicação: é importante assegurar a manutenção da equipe multiprofissional de referência para os pais.

(Costa et al, 2016; Avelino, *et al.*, 2017; Soares *et al.*, 2018; Medeiros, Sassi, Iirani-Silva, Andrade, 2019; Nunes; Ramos, 2024).

Fonte: da autora, adaptado de: Costa et al, 2016; Avelino, *et al.*, 2017; Soares *et al.*, 2018; Medeiros, Sassi, Iirani-Silva, Andrade, 2019; Nunes; Ramos, 2024.

ANEXO IV – Planejamento da alta/contrarreferência para o sistema de saúde

Visa garantir a continuidade do tratamento e a segurança da criança no ambiente domiciliar ou em outro serviço de saúde.

1. Etapas do Planejamento da Alta/Contrarreferência

- Avaliação da criança: a equipe multiprofissional realiza a avaliação da criança em relação às condições clínicas, habilidades de autocuidado, necessidade de suporte ventilatório no domicílio e de suporte para o cuidado.
- Definição do serviço de saúde de contrarreferência: assegurar a continuidade do tratamento considerando as necessidades da criança e os recursos disponíveis no sistema de saúde e na comunidade.
- Recomendações de cuidados para a contrarreferência: especificar as necessidades de cuidado da criança, os procedimentos prioritários, e quando necessário, especificar o tipo de suporte ventilatório necessário, controle clínico e cuidados preventivos em relação às complicações da traqueostomia e risco de complicações.
- Educação dos pais: oferecer o processo ensino aprendizagem aos pais sobre os cuidados com a traqueostomia, a administração de medicamentos, a realização de aspirações e a identificação de sinais de complicações na criança.
- Documentação de contrarreferência: assegurar a entrega da contrarreferência para os pais pela equipe multiprofissional, especificando serviço de saúde e profissional de primeiro contato.

2. Documentos e Informações de contrarreferência

- Relatório médico detalhado, incluindo histórico da doença, procedimentos realizados, medicamentos em uso.
- Recomendações de cuidados pelos integrantes da equipe multiprofissional.
- Laudos de exames complementares (radiografias, tomografias, etc.).

Quadro 8 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(conclusão)

- Recomendações médicas atualizadas.
- Relação da necessidade de materiais e equipamentos necessários para os cuidados em domicílio (realizada em conjunto pela equipe multiprofissional).
- Indicação da necessidade de visita domiciliar pela equipe de profissionais de saúde de referência (médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta).
- Indicação de programas de apoio social e financeiro disponíveis na comunidade.

3. Educação dos Pais

- Cuidados com a traqueostomia: limpeza, troca de curativos, aspiração.
- Administração de medicamentos.
- Alimentação e hidratação.
- Identificação de sinais de alerta (febre, dificuldade respiratória, sangramento, obstrução da cânula).
- Serviço de saúde para situações de emergência.
- Recursos disponíveis no sistema de saúde na comunidade (serviços de *home care*, grupos de apoio).

(Chesani, *et al.*, 2017; Lawrence, *et al.*, 2021; Jesus, *et al.*, 2023; Oliveira, 2024; Pereira, Flores, Silva, 2024).

Fonte: da autora, adaptado de Chesani, *et al.*, 2017; Lawrence, *et al.*, 2021; Jesus, *et al.*, 2023; Oliveira, 2024; Pereira, Flores, Silva, 2024.

6.2.2.2 Processo de Teorização

A teorização corresponde a um trabalho de “quebra-cabeças”, uma vez que as informações coletadas são elevadas a um alto nível da abstração, sendo correlacionadas com os referenciais que sustentam a pesquisa (Trentini; Paim; Silva, 2014), o que resultou na proposição de um Protocolo Assistencial de Enfermagem à criança traqueostomizada em cuidados críticos neonatal e pediátrico, com perspectiva multiprofissional.

Contudo é importante salientar que o processo de teorização vai muito além da elaboração de tecnologias, como este protocolo, pois envolve expansibilidade e a necessidade de avaliação da implementação de mudanças no contexto assistencial, o que demanda tempo para tal avaliação e extrapola o tempo de conclusão desta tese (Trentini; Silva, 2023).

6.2.2.3 Processo de Transferência

A transferência, última fase da PCA, está relacionada à transferibilidade do conhecimento produzido. Essa transferibilidade está relacionada à confrontação dos resultados com outros estudos e, especialmente, com a própria pesquisa realizada, atribuindo significado aos achados no contexto em que eles podem impactar a realidade, priorizando situações semelhantes à prática que se pretende implementar mudanças (Trentini; Silva, 2023).

Neste estudo, a pesquisadora compartilha os resultados alcançados por meio da análise dos dados obtidos para a elaboração de um Protocolo Assistencial de Enfermagem à criança traqueostomizada em cuidados críticos neonatal e pediátrico, com perspectiva multiprofissional. Dessa forma, busca-se atender às demandas dos participantes e contribuir para as mudanças assistenciais que possibilitem a melhoria do cuidado à criança com TQT internada nestas unidades, bem como aos seus pais.

Nas sessões de discussão e considerações finais serão apresentadas as reflexões sobre os limites e as potencialidades deste estudo e os requisitos necessários para a aplicabilidade dos resultados, além de confrontar estes achados com os de outros estudos suscitando em novas possibilidades para a prática assistencial em enfermagem.

Ressalta-se que o produto final deste estudo, foi o Protocolo de Assistência de Enfermagem à criança com TQT em UTI's neonatal e pediátrica que ficará disponível nas referidas unidades, uma vez que a pesquisa surgiu de demanda da prática e a ela retorna como um importante material educativo, constituindo-se uma tecnologia apropriada para o cuidado de enfermagem à criança com TQT. Ademais, contou com a participação ativa dos participantes parceiros da PCA na construção do protocolo, o que poderá motivar, ainda mais, a adesão da equipe de enfermagem para a introdução de melhorias na assistência à criança com TQT, com a integração das atividades da equipe multiprofissional.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em conformidade com a Resolução 466/2012 e 510/2016, foi solicitada a autorização administrativa do hospital (APÊNDICE D). Em seguida, de posse da autorização, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, sob o parecer nº 5.701.914, sendo fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e C), resguardando-se o sigilo e o anonimato dos participantes.

5 RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados deste estudo, sendo que na primeira etapa “entrevistas individuais” participaram cinco pais, uma enfermeira e 14 técnicos de enfermagem.

5.1 PRIMEIRA ETAPA – ENTREVISTAS

5.1.1 Caracterização dos Profissionais de Enfermagem

A seguir, apresenta-se a caracterização sociodemográfica e de formação dos 15 profissionais que participaram das entrevistas, sendo uma enfermeira e 14 técnicos de enfermagem.

Os dados evidenciaram que 14 (93,3%) participantes eram do sexo feminino, sete (46,6%) encontravam-se na faixa etária entre 21 a 30 anos, 12 (80%) casados/amasiados, quatorze (93,3%) com renda mensal entre três e quatro mil reais, e 11 (73,3%) declararam a religião católica.

Condizente à categoria de enfermagem, 14 (93,3%) eram técnicos de enfermagem, sendo que cinco (33,3%) desenvolviam suas atividades laborais há mais de seis anos em UTI, 11(73,3%) lotados na UTI Pediátrica e no período diurno.

Com relação à qualificação profissional, dos 14 técnicos de enfermagem seis (40%) realizaram algum tipo de especialização, destes, três (50%), em Técnico de Enfermagem do Trabalho e, quanto ao cuidado à criança com TQT 13 (86,6%) relataram não ter participado de nenhum treinamento/capacitação/atualização e dois (13,3%) disseram que haviam recebido educação permanente oferecida pela instituição. A enfermeira participante concluiu pós-graduação em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.

5.1.2 Caracterização dos Pais

Participaram cinco pais, sendo que quatro (80%) eram do sexo feminino, três (60%) encontravam-se na faixa etária entre 20 e 30 anos e relataram ser divorciados/separados. Dois (40%) participantes informaram que a renda mensal era

entre dois e três mil reais e dois (40%), eram da religião cristã. No que se refere à internação da criança com TQT, três (60%) informaram estar vivenciando uma reinternação e que as anteriores foram experienciadas em outras instituições de saúde.

5.2 SEGUNDA ETAPA – GRUPOS DE CONVERGÊNCIA

5.2.1 Caracterização dos Profissionais de Enfermagem

A seguir, apresenta-se a caracterização sociodemográfica e de formação dos participantes dos GC. Para o desenvolvimento desses grupos, participaram um total de 16 profissionais de enfermagem, sendo 14 técnicos de enfermagem e dois enfermeiros.

Os dados revelaram que 14 (87,5%) (eram do sexo feminino, dez (62,5%) encontravam-se na faixa etária entre 21 a 30 anos, nove (56,2%) casados/amasiados, 14 (87,5%) com renda mensal entre três e quatro mil reais, e dez (62,5%) declararam a religião católica.

Em relação à formação profissional, 14 (87,5%) eram técnicos de enfermagem, sendo que cinco (31,2%) desenvolviam suas atividades laborais há mais de seis anos em UTI, 11 (68,7%) lotados na UTI Pediátrica e no período diurno.

Concernente à qualificação profissional, dos 14 técnicos de enfermagem, três (18,7%) realizaram algum tipo de especialização em Técnico de Enfermagem do Trabalho, Urgência e Emergência, e Neonatologia e, quanto ao cuidado à criança com TQT, oito (50%) informaram ter participado de programas de educação oferecidos pela instituição. As duas enfermeiras (12,5%) concluíram especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal.

5. 3 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Com base na análise dos dados derivados das entrevistas, da observação participante, dos grupos de convergência e dos registros no diário de campo foram estabelecidas as categorias para a proposição de um protocolo de cuidados de enfermagem às CRIANES com TQT nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Toda essa análise foi em consonância com estudo realizado por Avelino e

colaboradores (2017) que desenvolveram o consenso clínico pela Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPe) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) com o objetivo de gerar recomendações nacionais sobre os cuidados e condutas diante das crianças com TQT.

Para a construção deste protocolo dados em relação à experiência e sentimentos relacionados à TQT foram fundamentais para contextualização da experiência de todos os envolvidos, ou seja, aspectos marcantes da condição clínica da criança, vinculadas ao desconhecimento sobre a indicação da TQT, insegurança para realizar o cuidado por falta de entendimento da importância da realização do procedimento.

5.3.1 Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro

Nesta categoria, profissionais e pais relataram diferentes sentimentos em relação à TQT e as dificuldades na realização do cuidado em decorrência do medo, estigmas, aspectos técnico-procedimentais, e preconceitos da sociedade.

Porque eu tinha medo daquela TQT sair na hora de trocar, sair na minha mão, responsabilidade muito grande, e a criança morrer... eu tinha medo de incomodar, de doer, a gente não sabia o que a criança estava sentindo (NE, TE7).

Nossa! Eu não tinha coragem de pôr a mão, medo de sair na mão, aquela secreção que juntava, eu achava que a criança estava engasgando, foi muito difícil [...] o que eu tinha mais medo de lidar era para trocar a fixação, porque era muito secreto, então sujava muito (NE, TE5).

[...] eu corria da secreção, não é nojo, assim de colocar a mão...depois com a convivência fui adaptando isso (NE, TE1).

Eu tive dificuldade de aproximar do paciente, porque a gente tem tanta “dó” de ver uma e a enfermidade que ela tem [...] (NE, TE4).

Na hora de trocar que eu sentia, era que a criança estava sofrendo (NE, TE7).

Em relação aos pais a condição clínica da criança resultou no enfrentamento de uma nova situação desconhecida:

Quando eu soube que ela iria precisar de uma TQT, sinceramente fiquei bem apavorada porque eu não tinha a mínima ideia do que se tratava. Eu era completamente leiga no assunto, não tinha noção nenhuma do que seria uma TQT e eu fiquei realmente apavorada! (NE, P1).

A TQT era um bicho de sete cabeças para mim. Fiquei dois dias chorando direto, pensando se aceitaria ou não (NE, P3).

Para esse enfrentamento, na perspectiva dos técnicos de enfermagem, a confecção da TQT na criança altera a imagem corporal, pode gerar consequências no ambiente social, necessitando de suporte espiritual:

[...] ela [a criança] irá se sentir constrangida, com vergonha, porque é algo diferente no corpinho dela (NE, TE1).

Ela não vai poder ser mais uma criança que vai poder ficar brincando de empurra-empurra é uma criança que não vai poder ficar na piscina se tinha costume... jogar bola na rua (GC1, TE2).

A maioria da sociedade não entende que ali passa a ser o narizinho da criança, ela passa a respirar por ali e faz parte a secreção. Eles se sentem incomodados [...] Eu acho que eles se assustam bastante no dia a dia com as crianças que saem na rua com TQT, acho que se assustam (NE, TE2).

Então via o sofrimento das crianças aqui e ficava me perguntando

porque elas passavam por tudo aquilo e hoje eu sei que Deus tem um propósito na vida de cada um, mesmo que seja num momento difícil, mas Deus quer ensinar algo para nós de alguma forma, eu creio nisso [choro]... Eu vejo que alguns paizinhos não tem Deus, eu sei que algumas crianças se fossem para casa iam sofrer mais ainda (NE, TE13).

Teria que ter uma orientação de quem está ao redor, para saber que ali tem uma criança normal, só tem um diferencial que é a TQT. Não vai, não oferece risco há ninguém [...] mas uma criança que pode ter uma vida normal independente de ter essa TQT. Então é mais questão de consciência mesmo, de quem está em torno dessa criança (GC2, TE3).

Eu falo que ela é um milagre [...] Acima do que os médicos fizeram lá, cremos que teve um Deus que cuidou desses médicos para terem sabedoria para cuidar dela [...] Para nós tudo isso faz parte do propósito dela. Deus tem um propósito na vida dela, que ela tem que passar por isso, não é para mim, para a filha de sicrano, de beltrano, é para ela passar. Então firmamos nossa fé nesse propósito e cremos que Deus vai usar da vida dela como testemunho para ganhar muitas vidas para Jesus (NE, P3).

Essa nova condição demanda aprendizado e cuidados específicos, assim como evidenciou a valorização dos profissionais em relação às diferentes reações destas crianças e as dificuldades que suas famílias passariam a enfrentar:

Para mim o mais difícil é a troca do curativo. Eu acho que aspirar, eu já aspirei aqui, não achei tão difícil, mas a troca do curativo é o que eu tenho muito medo, de decanular, de machucar... será que a nossa vida vai voltar a ser o que era antes? Será que a gente vai poder continuar saindo com ela de casa? Será que agora vai ser mais difícil? Como que vai ser a hora do banho? Eu sei agora, que não pode ir água na TQT. Eu fico pensando nisso (NE, P5).

A gente tem que estar muito segura, para passar segurança para eles, treinar, ensinar, tem casos que não voltam, a criança vai embora com a TQT porque ela precisa, então a gente tem que passar segurança e ensinar eles pais]. Fazer o treinamento aqui com eles (NE, TE8).

Daí depende, tem uns [pais] que já se saem mais rápidos, mãos ágeis, mas tem uns com mais dificuldade, mais medo, ainda mais quando a secreção está mais espessa, causa rolha, às vezes a criança fica mais cianótica, aí começam a apavorar (NE, TE13).

[...] não sai o choro, as maiorzinhas tentam se comunicar com a gente, mas tem aquela dificuldade, tanto para eles, quanto para gente, para entender o que eles querem. O pós-operatório imediato também, a gente percebe que é muito doloroso para a criança, dá muita dó, porque imagina, uma incisão no pescoço com aquele negócio, sendo que o bebê chora, esforça, aquilo sangra é complicado (NE, TE13).

No contexto domiciliário os pais passaram a ter noção de sua responsabilidade pela criança:

O que eu faço em casa, que acho que facilita é fazer nebulização de horário, por causa de rolha. Para cuidar tenho que fazer da forma que eu aprendi para não ter erro, mas quando chegou em casa e fui tomar um banho eu pensei: agora estamos em casa. E agora Deus, como é que será? Mas eu procurei colocar na minha mente que eu a conheço e que obtive o treinamento, então sou uma pessoa capacitada para cuidar dela. Eu achei uma mãe no Instagram, eu a chamo para trocar experiência (risos), eu acho que isso é importante também (risos) (NE, P3).

Os profissionais de saúde e pais contemplaram aspectos facilitadores no cuidado a criança com TQT, como: o entendimento da necessidade de sua indicação, a importância da equipe multiprofissional no preparo dos pais para o retorno ao ambiente domiciliar; o aprendizado no cotidiano de trabalho e de vida e a necessidade

de uma rede de apoio.

E quando ela fez a TQT, eu disse aos meus familiares que eu considerava a TQT o primeiro grande avanço que ela teve no quadro clínico. Porque foi ela fazer a TQT, ela conseguiu sair dos aparelhos. Então para mim, foi uma vitória absurda vê-la com uma TQT... Foi só ela fazer a TQT, em dois dias ela saiu até do ventilador e começou a respirar em ar ambiente (NE, P1).

Dói. Mas em questão dela ter TQT, de todas as outras coisas que ela tem, isso não mais me importa, porque eu aprendi a sobreviver (NE, P2).

Com dor no coração de saber que eu não iria mais ouvir a vozinha dela, que a gente teria que mudar totalmente a nossa vida, mas por outro lado eu sabia que seria a solução, que eu conseguiria levá-la para casa de novo [...] Foi muito difícil, na hora eu pensei: será que eu fiz a escolha certa? Porque vê-la sofrendo, tendo febre, tendo crise, aquilo tudo por conta da cirurgia em si, foi muito difícil. Mas depois que passou esse período, eu senti um alívio, porque deu tudo certo! (NE, P5).

Mas quando a gente vê que consegue ocluir, que a criança volta a respirar, vai herdar só aquela “cicatrizinha” no pescoço, é uma alegria muito grande, porque aí a gente colaborou para que ela ficasse bem (NE, TE13).

Treinar os pais para o processo de aspiração da TQT, troca de fixação, os cuidados gerais com a TQT. Acho que cada um pode ajudar colaborar em uma parte, o fisioterapeuta pode ensinar na aspiração, técnico na fixação e higienização, troca de fixação (GC2, TE1).

Tem que os deixar fazer, treinar no dia a dia da UTI... orientar

bem os pais como segue certinho os passos, para ter um bom atendimento, porque geralmente as prefeituras da cidade não tem um profissional específico para ajudar pai e mãe assim não (GC2, TE3).

Já dei entrada no processo do Home Care dela, pela Defensoria, para que eles passem essa ação judicial, para Secretaria de Saúde, que vai disponibilizar todos os materiais que possa precisar em casa, principalmente para o cuidado da traqueia e todos os outros cuidados que ela precise (NE, P1).

Nossa...era muito sofrido. E como eu nunca tive ajuda, era muito difícil. Não tenho ajuda, o pai sempre foi muito ausente. Eu não tinha o pai, eu era casada com ele, mas não tinha. Esse é um dos motivos que eu larguei mão, já que é para ficar sozinha. O pai não fez a parte dele e eu aprendi a lidar com isso sozinha. (NE, P2).

A criança vai para a casa, o governo vai estar ali para colocar uma equipe para cuidar dessa criança então a mãe se for mãe solteira ela vai ter que colocar a vida dela toda ali. Então ela vai precisar de auxílio e se ela trabalhar antes e agora ela não vai trabalhar mais de onde ela vai ter a renda? (GC1, TE3).

É uma criança que vai ficar muito tempo dependente ou para resto da vida. Então ela precisa sim de um apoio de um suporte... essa criança, ela não vai poder trabalhar, ela não vai ter aquele recurso financeiro. E com o auxílio do governo ela vai estar ajudando (GC2, TE5).

Parte tanto da enfermagem os cuidados, quanto do médico falando os prós e contras da TQT, do fisioterapeuta nos parâmetros, mostrar para os pais o que é ficar dispneico, o que é um cansaço, que ele vai ter que levar a criança ao pronto-

socorro. Liberar os papéis [documentos], porque essa criança vai precisar de aparelhos em casa. Da nutricionista, é tudo, a equipe multidisciplinar, cada um tem orientações diferentes (GC2, TE2).

Mas nos cuidados mesmo, é a enfermagem [...] Tipo assim, cada um orienta sua parte, mas quem fica mais mesmo...quem orienta mais, como é que vai fazer, como que vai trocar, manipulação é a enfermagem (GC1, TE1).

Conversar com os pais, para explicar os riscos, as complicações, porque vai fazer uma cirurgia, não é?. Abordar os pais, eu acho que essa conduta tem que ser deles [médicos]. Até também é orientar que às vezes pode ser temporário ou então definitivo...(GC2, TE6).

Nós, técnicos de enfermagem, na nossa função, acredito que a gente vai apoiar os pais tentar ajudar eles no que for possível para poder acostumar com a situação... Orientar no cuidado do dia a dia também (GC2, TE4).

Na categoria “necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro”, foram evidenciados os sentimentos em relação à TQT, bem como aspectos que podem gerar medo, estigmas, aspectos técnico-procedimentais, a importância da espiritualidade e da rede de apoio que constituem elementos para a proposição deste protocolo.

5.3.2 Cuidados específicos à criança com traqueostomia: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

Nesta categoria os profissionais trouxeram as suas experiências no que se refere ao cuidado específico que envolve a importância da avaliação clínica e do conhecimento em relação à indicação da confecção da TQT na criança e cuidados. Apesar da visão de um cuidado técnico procedimental tem também a perspectiva de

um cuidado para a prevenção de complicações:

Conforme a idade dessa criança é o tamanho da cânula [...] O cuff é checado. Usa o cufômetro para checar a pressão do balonete e ele é indicado para evitar a aspiração de saliva, de vômito, de secreção em geral (GC2, ENF1).

Avaliar sinais flogísticos, se não tem nenhuma deiscência se os pontos não estão soltando, a fixação, registrar a cor da secreção (GC1, TE5).

A técnica tem que ser estéril, a gente vai usar a sonda do tamanho adequado ao tamanho da cânula, usar luva estéreo, abrir o vácuo nem muito forte, nem muito fraco... que dê para aspirar sem machucar a criança, você vai introduzir a sonda estéril e aspirar... Soro somente se necessário, se a secreção estiver muito espessa. Voltar depois de introduzido, girando a sonda para não haver sangramento [...] A fixação tem que estar bem presa, porém não pode estar muito apertada e nem muito frouxa... se tiver na ventilação tomar cuidado com o circuito do ventilador para não puxar (GC2, ENF1).

[...] quando o paciente está há muito tempo no tubo, não consegue a extubação, às vezes um paciente neurológico que vai depender de ventilação mecânica por muito tempo ou não tem nível neurológico para extubação (GC2, TE1).

Sangramento, infecção, traqueíte (GC1, TE2).

Em relação ao conhecimento dos direitos da criança com TQT foram constatadas algumas lacunas, mas na vivência dos profissionais, os recursos disponibilizados pelo serviço público para o cuidado no domicílio, nem sempre, conseguem suprir as necessidades destas crianças no domicílio:

Eu nunca ouvi falar que tem um direito especial para quem usa TQT... acho que deveria ter [...] mas deve ter... porque deve ter uma enfermidade atrás da TQT (GC2, TE2).

As famílias que têm baixa condição financeira passam por bastante sofrimento nessa parte, porque geralmente o que eles recebem da prefeitura, nem sempre é o suficiente. Sempre falta, começa no primeiro dia, vai até o dia 20, 23 começa a faltar e eles passam bastante dificuldade nessa parte (NE, TE4).

Alguns paizinhos até trazem as coisinhas deles para cá. Eles compram muitos materiais por conta própria (NE, TE14).

O relato a seguir ratifica que os recursos disponibilizados pelo serviço público para o cuidado à criança com TQT no domicílio nem sempre suprem as necessidades, sendo necessário que os pais disponham de recursos próprios.

Em casa tenho um pouco de ajuda da prefeitura com alguns equipamentos e materiais, mas já tive que comprar. Algumas coisas mesmo como aspirador, as fixações que usamos, para facilitar, fomos nós que compramos (NE, P3).

A necessidade de suporte profissional e de desenvolvimento de ações educativas junto aos pais mostra-se imprescindível durante a internação da criança nas UTIs Neonatal e Pediátrica, o que é evidenciado no seguinte relato:

Por mais que eu soubesse que ia fazer, eu entrei meio em pânico, porque eu sabia que ia ter que ir para casa, eu ter que mexer, não tenho condições... eu estou evitando o máximo pensar, porque quanto mais eu penso, mais eu fico desesperada! Já cheguei até a pensar, eu chegar e falar assim: vou pegar o [nome do filho] e colocar lá no hospital da minha cidade e ficar lá [choro] (NE, P4).

Para os profissionais há necessidade do seguimento de uma equipe de saúde para um cuidado seguro no domicílio para evitar reinternações:

Acredito que deveria disponibilizar mais material para essa mãe trabalhar com o filho dela de forma segura. Para não precisar voltar ao hospital com uma infecção, acredito que deveria disponibilizar mais material para essa mãe trabalhar com o filho dela de forma segura. Para não precisar voltar ao hospital com uma infecção (GC1, TE3).

Podia ter acompanhamento do agente de saúde, do próprio enfermeiro do PSF. Uma vez na semana (GC2, ENF1).

Acrescenta-se que, em algumas situações, os pais contam com o apoio de profissionais, disponibilizados pelo serviço público, para o cuidado da criança com TQT no domicílio, contudo alguns profissionais demonstram pouca experiência neste cuidado.

Eu acho que o mais difícil é manter a higiene, o tempo todo. Porque se você não mantém uma higiene, o tempo todo de olho, vai juntar mosquito, vai começar a cheirar forte. A maioria das meninas, das “enfermeiras” que ficam lá em casa, não têm muito costume, então no começo, tem que ser eu para limpar, porque já sei o jeito. E tem que limpar mesmo, com soro por baixo, porque se não vai cheirar ruim. Estou sempre de olho no cheiro. Estou sempre sentindo o cheiro do pescocinho dela, para ver se não tem nada quando chego, porque agora não sou só eu quem cuido. Então eu fico de olho. Tem que ter muita higiene, nessa parte (NE, P2).

Na categoria “Cuidados específicos à criança com traqueostomia: muito além do técnico procedimental e orientações gerais” houve relatos indicando a importância do cuidado técnico procedimental, contudo há preocupação com a prevenção de complicações e com a garantia de fornecimento de insumos para o cuidado no

domicílio. Possivelmente, uma intervenção de educação permanente sobre os cuidados com TQT em CRIANES e legislação vigente poderá aperfeiçoar e ampliar a perspectiva da responsabilidade dos profissionais em relação às suas ações para garantir um cuidado seguro.

6 DISCUSSÃO

6.1 NECESSIDADES DE CONHECIMENTO E HABILIDADES PARA O CUIDADO SEGURO

A confecção da TQT provoca várias mudanças no cotidiano da criança e dos pais, quer seja pela nova dinâmica respiratória, pelas mudanças comportamentais e de relacionamento interpessoal de todos os envolvidos. Para que essas mudanças ocorram com melhor adaptação, diversos cuidados são necessários, em especial, entender o significado da condição da criança para o núcleo familiar e para a equipe de saúde (Soares *et al.*, 2018; Lemos; Castillo, 2019).

A TQT é uma marca temporal que dá concretude da nova condição da criança e acrescido da situação de permanência dos pais de CRIANES internadas em UTI, ambiente composto por uma iluminação intensa, aparelhos, alarmes e diferentes ruídos sonoros podem produzir angústias, incertezas, inseguranças e impactar no cotidiano de suas vidas (Cristino; Lopes; Diógenes, 2015; Lemos e Castillo, 2019; Pereira; Flores; Silva, 2024).

Além disso, estes pais passam a conviver com profissionais da saúde, sempre vinculados à nova condição da criança, que torna o seu cotidiano no contexto hospitalar. Ou seja, ocorrem mudanças na dinâmica de organização familiar, resultando em maior número de separações conjugais, sobrecarga do cuidador principal e o isolamento social (Cristino; Lopes; Diógenes, 2015; Lemos e Castillo, 2019; Pereira; Flores; Silva, 2024).

Essa situação é corroborada pela identificação de medo, conflitos internos, sentimentos de impotência, pois os pais manifestam ansiedade em relação ao futuro e ainda, dificuldade para adaptação à nova realidade de vida da criança. Assim, os profissionais de saúde precisam acolher e compreender os desafios que estes passam a enfrentar principalmente no que se refere à TQT (Kirchhoff *et al.*, 2020; Pereira; Flores; Silva, 2024).

Para os pais a capacidade em lidar com o cuidado da criança traqueostomizada inclui: a sua própria saúde física e emocional; antecedentes e circunstâncias familiares, experiências anteriores no ambiente de saúde, a distância da casa da família ao hospital, o acesso a profissionais de saúde com experiência em cuidados com TQT, os sentimentos de obrigação e a falta de recursos comunitários (Hall *et al.*,

2023).

As sensações de impotência, desespero e dor, são intensificadas com a internação da criança e estão associadas ao medo do desconhecido e receio de morte, resultante da permanência e da participação dos pais nos cuidados do dia a dia (Neves *et al.*, 2018).

A vivência dessa realidade institui aos pais a ressignificar e desenvolver estratégias para nova rotina hospitalar e familiar. Para isso o profissional de saúde tem um papel central, pois para os pais nortear e organizarem suas ações de cuidado dependerão de ações de educação em saúde e obtenção de informações (Kirchhoff *et al.*, 2020).

Nesse contexto, os pais passam a necessitar de um sistema de apoio, sendo este de suma importância para o enfrentamento da hospitalização, quer seja amigos, familiares, profissionais da saúde além do suporte religioso, para lidar com situações de preocupações, angústias e medo (Bazzan, *et al.*, 2019).

As consequências da condição da criança, para os pais repercutem na sobrecarga como privação da vida social, alteração da capacidade de trabalho, dificuldade financeira, estresse, necessidades de transporte para acompanhamento da criança, além da sobrecarga física (Kirchhoff *et al.*, 2020).

A complexidade desta situação requer dos profissionais da saúde considerar as diferenças culturais, características regionais, compreensão do que é dito, bem como o sentimento expressado, que são aspectos que subsidiam a intervenção de educação em saúde para os pais, qualificando a assistência para a alta hospitalar (Pereira; Flores; Silva, 2024).

Destaca-se que a internação de uma criança com traqueostomia em UTI é um momento desafiador para os pais, que requer auxílio na adaptação a essa nova realidade. Ainda, a troca de experiências e o compartilhamento do sofrimento podem ajudar a ressignificar o momento e recuperar a dignidade humana, minimizando o impacto do processo (Bazzan, *et al.*, 2019; Kirchhoff *et al.*, 2020).

A presença dos pais junto a criança internada é fundamental para sua reabilitação, formando um elo entre a equipe de saúde, pais e criança. Todavia, estes devem ser estimulados a terem maior proatividade, tornando-os corresponsáveis pelo cuidado. Para isso é necessário que estes sejam orientados e a equipe multidisciplinar poderá incluí-los no conjunto das atividades de assistência como por exemplo, higiene pessoal, mobilização, comunicação, alimentação e desenvolvimento de atividades de

reabilitação, com perspectiva para a prevenção de riscos (Aniceto, Loureiro, 2020).

O profissional de saúde tem papel crucial na orientação e na educação dos pais, preparando-os para lidar com a nova rotina e a maior demanda de cuidados (Bazzan, *et al.*, 2019; Kirchhoff *et al.*, 2020).

Assim, para que suas necessidades sejam atendidas é fundamental a organização de estratégias de suporte e redes de apoio, para o entendimento dos cuidados e o enfrentamento das dificuldades no manejo da TQT, pois estes cuidam de crianças dependentes de tecnologia e estão sob grande pressão (Pritchett *et al.*, 2016; Wells *et al.*, 2017; Kirchhoff *et al.*, 2020; Pereira, Flores, Silva 2024).

As estratégias que favorecem o entendimento e o enfrentamento sobre o manejo da TQT incluem o apoio emocional, informações claras e honestas sobre o estado de saúde da criança, garantia de uma comunicação aberta e transparente da equipe multidisciplinar, criação de rodas de conversa ou grupos de apoio, que permitam o compartilhamento de suas angústias e experiências, construindo assim, um espaço de apoio mútuo e de suporte profissional, para que os pais se sintam seguros e confiantes para a alta hospitalar. Dessa forma, busca-se agregar o suporte social e a construção da autoconfiança, atendendo a necessidade de relacionamento, com potencialização da participação dos pais nas decisões do tratamento (Prata; Padovani, 2023; Chesani, *et al.*, 2017).

Por sua vez, o sentimento de medo relatado pelos profissionais da saúde foram vinculados à necessidade de uma educação permanente para o cuidado especializado à criança com TQT, mas foi enfatizado a preocupação destes em relação ao medo na perspectiva dos pais, como fazendo parte do cuidado profissional.

Para o gerenciamento desta nova situação, os pais passaram a utilizar a espiritualidade, sendo que a crença e a fé na dimensão espiritual podem ocupar um espaço no autogerenciamento do tratamento e nas situações de maior dificuldade (Gequelin *et al.*, 2014).

A busca por fé, espiritualidade ou práticas religiosas podem oferecer aos pais de CRIANES internadas, o conforto, esperança, sentimento de conexão com algo maior e auxiliar na superação das dificuldades. O apoio de líderes religiosos, a participação em cultos ou orações, e a busca por significado e propósito nesse momento desafiador podem contribuir para o alcance da resiliência e o bem-estar emocional dos pais (Bruno *et al.*, 2021).

Isto pode ser uma dimensão a ser trabalhada tanto para os pais quanto para os

profissionais, com oferecimento de um local adequado na instituição hospitalar, pois a prática da espiritualidade melhora a saúde mental e consequentemente, a qualidade de vida e relação interpessoal dos profissionais (Longuiniere; Yarid; Silva, 2018), principalmente para favorecer uma experiência mais adequada ao momento vivido (Luiz, *et al.*, 2017; Garanito; Cury, 2016).

Trabalhar a espiritualidade com os profissionais de saúde pode gerar harmonia, empatia e equilíbrio entre as dimensões do ser humano, com impacto positivo na assistência prestada e consequentemente benefícios para as CRIANES e para os pais, sendo considerados a especificidade e a complexidade vivida por estas pessoas (Longuiniere; Yarid; Silva, 2018).

Destaca-se que no hospital de realização deste estudo há uma capela para orações e a visita religiosa é liberada as pessoas que manifestam este desejo.

Na prática assistencial, o sentido da humanização vincula-se ao atendimento de necessidades mais urgentes e desafiadoras no contexto das UTIs Neonatal e Pediátrica. É indispensável o acolhimento e a escuta dentro de um processo que engloba não só o ambiente físico, conforto e bem-estar, mas também, que os profissionais de saúde se mostrem empáticos pela expressão de suas preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (Luiz, *et al.*, 2017; Chesani, *et al.*, 2017; Jesus *et al.*, 2023).

Neste contexto, a comunicação centrada na criança e a oferta de instruções foram fundamentais, para minimizar o estresse emocional e auxiliar no enfrentamento da situação, constituindo uma melhoria da parceria entre profissionais de saúde e pais de CRIANES (Jesus *et al.*, 2023).

No que tange ao profissional da equipe de enfermagem, a atividade assistencial pode suscitar incertezas, tensões e angústias, que podem causar sofrimento psíquico e desestabilização emocional diante de medos, dor e consternação destes pais e das crianças com TQT que estão sob os seus cuidados (Esperidião; Saidel; Rodrigues, 2020).

Especificamente, no trabalho do enfermeiro que cuida de CRIANES, exige-se mais do que técnica e conhecimento, demanda compaixão, dedicação e uma força extraordinária para a supervisão de sua equipe, pois muitas vezes ocorrem agravamento clínico que pode evoluir para morte nesse contexto, e isto precisa ser gerenciado como um aspecto do cuidar. É necessário sensibilidade para lidar com o

sofrimento da criança e a angústia dos pais, oferecer apoio emocional e construir um vínculo de confiança da equipe de enfermagem com esta clientela (Bruno, *et al.*, 2021).

A equipe de enfermagem tem como objetivo facilitar a adaptação dos pais, contribuindo assim para sua saúde e qualidade de vida. A partir deste pressuposto, a presença contínua da equipe de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, o atendimento direto a criança e o papel educativo do enfermeiro destacam sua importância na promoção de uma atenção humanizada (Bazzan, *et al.*, 2019).

Reforça-se a necessidade do desenvolvimento de competências do enfermeiro neonatologista e pediatra, para o planejamento do cuidado, processo de enfermagem, habilidades psicossociais e tecnologia das informações que envolvem cinco domínios: profissional, ético e legal; prática clínica; gestão liderança e trabalho em equipe; pesquisa e produção de conhecimento e prática educativa (SOBEP, 2020; Tavares *et al.*, 2021).

Em concordância, enfermeiros especialistas na assistência à criança devem saber lidar com o cuidado em um ambiente de alta complexidade e de risco como UTIs. Além do mais, desenvolver habilidades de comunicação e educação dos pais sobre os cuidados domiciliares, promovendo a segurança e o bem-estar da criança durante todo o processo, desde a hospitalização até a alta hospitalar (Lima *et al.*, 2024), incluindo-se o cuidado domiciliário.

Desta forma, resgatar o valor desse profissional é fundamental para reconhecer a importância do seu papel na equipe multidisciplinar, garantindo o valor da sua dedicação e do impacto na vida destas crianças e pais. Isto pode ser traduzido com condições dignas de trabalho investimentos em educação continuada e em programas de bem-estar, assim como o aperfeiçoamento de sua expertise para as ações de cura e de cuidado (Santos, 2021).

Neste sentido, a equipe de saúde deve ser capacitada para prestar assistência especializada, por meio de educação permanente e capacitações regulares sobre o tema, para prevenir futuras complicações, com desenvolvimento de conhecimento, habilidade e competência no cuidado às crianças com TQT e aos pais (Pritchett *et al.*, 2016; Soares *et al.*, 2023).

A educação permanente em saúde permite desenvolver o pensamento crítico, o que levará a questionar, analisar, investigar e argumentar o contexto da prática.

Além disso, novas abordagens de cuidados podem ser experimentadas (Tavares, *et al.*, 2021).

A capacidade de analisar criticamente fundamentado nas evidências científicas, na reflexão sobre as práticas clínicas e na identificação de possíveis melhorias é essencial para o aprimoramento do cuidado e para a busca de soluções inovadoras para os desafios da área da saúde (Silva Luiz, *et al.*, 2020; Cortez Méndez; Hernández Palomeque, 2022).

Esta contextualização está em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por meio da Portaria nº 278/2014 cujas diretrizes e estratégias para a sua implementação foram adequadas às condutas operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (Brasil, 2014).

Esta perspectiva integra gestão, ensino, assistência e controle social, para a transformação das práticas por meio da qualificação profissional, subsidiada pela aprendizagem significativa, problematização e metodologias ativas que valorizam a experiência e o conhecimento prévio, com vistas à construção dos sentidos, no cotidiano de trabalho dos profissionais (Signor *et al.*, 2015).

A experiência prática e a educação permanente são cruciais para o desenvolvimento de habilidades e confiança dos enfermeiros e da equipe de enfermagem que cuidam de CRIANES. A exposição constante a diferentes situações no seu cotidiano e a participação em programas de capacitação e simulação clínica, promovem o aprimoramento de habilidades procedimentais, relacionais e de raciocínio clínico para a realização de cuidado seguro (Pritchett *et al.*, 2016; Tavares *et al.*, 2021).

Quando a gente pensa em educação permanente acaba resgataando o valor do profissional, favorecendo o aperfeiçoamento de uma equipe que pensa e pratica a integralidade do cuidado. Esta valorização pode minimizar o adoecimento dos profissionais, estimulando a proatividade e engajando-os no contexto de assistência de alta complexidade, o que poderá auxiliar na minimização de *Burnout* (Backes, *et al.*, 2022).

Ressalta-se que os cuidados com a TQT exigem experiência tanto da enfermagem quanto dos demais profissionais da equipe multidisciplinar, e a falta de formação especializada torna os cuidados mais desafiadores. a implementação de diferentes estratégias como grupos de apoio ou materiais educativos, podem empoderar, fortalecer a autonomia dos profissionais e dos pais no cuidado às

CRIANES (Laila, Nayak; Noronha, 2022).

Considerando a ausência de capacitações e educação em saúde sobre o tema na instituição, seria de suma importância a realização de grupos, em um espaço acolhedor, informativo e dedicado a profissionais de saúde e pais que cuidam dessas crianças, promovendo a troca de experiências e a construção do conhecimento sobre os cuidados específicos (Mazzo; Leal; Alves, 2023).

Por intermédio destes grupos os participantes podem adquirir habilidades essenciais para o manejo da TQT, como por exemplo, aspiração de secreções, troca da cânula, prevenção de complicações, gestão de riscos, dentre outros cuidados. Ademais, ao oferecer um espaço que propicie apoio psicológico e emocional, para os pais e aos profissionais, fortalecerão sentimentos de segurança e de confiança na realização do cuidado (Mazzo; Leal; Alves, 2023).

O acesso as informações, por meio de materiais educativos promove maior receptividade dos pais e dos profissionais, contrapondo a instabilidade emocional que estes podem apresentar mediante a falta de conhecimentos fundamentais sobre este tipo de cuidado (Silva, *et al.*, 2023; Pereira, Flores, Silva 2024).

Muitas vezes, a utilização de estratégias individualizadas, cursos, além do preparo para o cuidado domiciliário têm sido efetivas para os pais para que desenvolvam habilidades e conhecimentos necessários em relação ao cuidado das CRIANES. Desta forma o suporte profissional e o vínculo entre todos os envolvidos favorecerão a autonomia, a redução do estresse e aumento da segurança da criança (Shi *et al.*, 2022; Jesus *et al.*, 2023).

Ainda, a construção de protocolos possibilita planejar, validar e atender as reais necessidades da criança com TQT, mediante a implementação de cuidados pelo enfermeiro e pela equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional, qualificando o cuidado às CRIANES (Abreu; Marinho; Cardoso, 2019; Tres *et al.*, 2022).

Portanto, a participação de todos os atores envolvidos neste contexto de atendimento é essencial para garantir a relevância e a efetividade de ações de cuidado que representam a concretude das necessidades destes atores, que melhorem a compreensão considerando a linguagem e os interesses específicos de todos, facilitando o acesso e a construção do conhecimento (Paiva; Vargas, 2018). Enfatiza-se que o desenvolvimento de protocolos para crianças com TQT é fundamental para subsidiar o cotidiano da prática clínica, assegurando a qualidade de um cuidado digno e humanizado nas UTIs Pediátrica e Neonatal (Soares *et al.*, 2018; Dutra *et al.*, 2021).

6.2 CUIDADOS ESPECÍFICOS À CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA: MUITO ALÉM DO TÉCNICO PROCEDIMENTAL E ORIENTAÇÕES GERAIS

Cuidados técnico procedimentais como a aspiração frequente da cânula, garantia da sua permeabilidade, umidificação do ar ambiente para impedir a formação de rolhas, higienização da pele periestomia; prevenção da dermatite irritativa por meio do uso de películas protetoras de pele, na presença de exsudato ou secreção abundante e de curativos que absorvem secreção são imprescindíveis no cuidado à criança com TQT, bem como, a prevenção e detecção precoce de complicações, como infecção, sangramento, granuloma, presença de tecido necrótico (Kayo *et al.*, 2015).

Considerando-se que em relação ao adulto o paciente pediátrico apresenta singularidades relacionadas aos aspectos anatômicos como o tamanho, a proporção e a estrutura dos órgãos; aspectos psicológicos no que diz respeito às emoções e ao comportamento; fisiológicos concernentes ao metabolismo em geral e às funções dos vários órgãos e aspectos patológicos que compreendem as lesões que ocorrem apenas em crianças e suas reações próprias frente à doença, à infecção e que uma intervenção cirúrgica pode representar uma crise para as CRIANES com TQT e seus pais (Kayo *et al.*, 2015) é de suma importância considerar a integralidade do cuidado vinculada a implementação de políticas públicas.

Neste sentido, torna-se fundamental na construção de protocolos considerar as políticas públicas como o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que foi criado pelo Ministério da Saúde, implementando HUMANIZAÇÃO no setor de saúde, investindo na relação entre os profissionais de saúde e a comunidade (Neves *et al.*, 2018).

Especificamente neste trabalho, enfatiza-se o Estatuto da Criança e do Adolescente, que aprofunda o atendimento humanizado às CRIANES, muito além das tecnologias vinculadas aos equipamentos. Ou seja, o cuidado integral focaliza todas as dimensões e não somente os benefícios fisiológicos, mas os aspectos psicossociais envolvidos na saúde da criança, que possibilitam o vínculo mãe-filho, acalmando a criança, auxiliando na estabilização hemodinâmica (Brasil, 1990; Cristino; Lopes; Diógenes, 2015).

É válido ressaltar que os desafios dos pais dessas crianças vão além do ambiente hospitalar, o que envolve uma rede de apoio além da contrarreferência para

a continuidade do cuidado, o que pode ser otimizado com o envolvimento dos recursos social, comunitário e serviços de assistência primária (Hall *et al.*, 2023).

Desta forma, a equipe de Estratégia de Saúde da Família deve estar apta a oferecer orientações aos pais sobre o manejo da TQT em casa, identificar precocemente sinais de complicações e garantir o acesso a outros serviços especializados, quando necessário. Portanto, a Atenção Primária à Saúde tem papel substancial no cuidado destas crianças, constituindo um elo com toda a rede de atenção à saúde, fazendo o gerenciamento da referência e contrarreferência, minimizando as internações recorrentes e promovendo qualidade de vida da criança e dos pais (Lemos; Castillo, 2019; Pereira *et al.*, 2023).

A concepção de integralidade do cuidado no setor saúde atrela a participação de acompanhantes/cuidadores na assistência às pessoas e ganhou força com as orientações das políticas públicas fundamentadas no SUS. Desta forma, a presença dos pais junto a criança proporciona a manutenção de vínculos tanto afetivo quanto social, garante o suporte emocional, facilita o processo de recuperação e consequentemente o reestabelecimento da saúde da criança com TQT no contexto das UTIs Neonatal e Pediátrica (Neves, *et al.*, 2018).

Há reconhecimento de que CRIANES dependem de cuidados integrais e contínuos com alta demanda de serviços de saúde. Porém há uma fragilidade no sistema de saúde em relação ao seguimento, principalmente pelo fato de demandarem cuidados de alta complexidade. Logo, a equipe multidisciplinar envolvida deve articular o preparo adequado de pais e demais serviços de saúde para garantir um cuidado descentralizado e integral (Sala *et al.*, 2024)

Para tanto, o cuidado, deve ser amparado no conhecimento sobre as demandas das crianças e pais, no trabalho multi e interprofissional para a prestação da atenção individualizada e integral, favorecendo a alta segura e melhorias no manejo emergencial da TQT (Cristino; Lopes; Diógenes, 2015; Shi *et al.*, 2022).

Enfatiza-se que a Constituição Federal garante o acesso à saúde e é assegurado pelo SUS como direito fundamental do cidadão. Assim, crianças e pais têm direito a um atendimento humanizado, digno e de qualidade, o que inclui acesso a informações claras e integrais sobre seu estado de saúde, terapêutica e prognóstico, além de poderem participar das decisões sobre seu tratamento (Brasil, 1998; Flauzino, Algelini, 2022).

A gratuidade dos serviços, integralidade da assistência, equidade no acesso e

participação social na gestão do sistema é certificado aos usuários do SUS, constituindo saúde universal, público e gratuito, que prioriza a prevenção e promoção a saúde integral de todos (Brasil, 1998; Flauzino, Algelini, 2022).

Referente à criança a Resolução nº 41/95 assegura o cuidado humanizado, integral e de qualidade, livre de abusos e violações, com garantia ao respeito às crenças e valores, à integridade física, mental e moral, além do direito ao acesso à recreação e educação. Desta forma, ao agregar a aplicação do Processo de Enfermagem, fortalece a plenitude do cuidado à criança e à família (Rosa *et al.*, 2021; Cofen, 2024).

Este contexto é ratificado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) ao reiterar a importância da defesa dos direitos dos pacientes, em consonância com a Lei 8.080/90 e o Código de Ética da Enfermagem. O conselho ressalta a necessidade do atendimento humanizado, digno, com privacidade, autonomia do paciente, que compreenda o acesso a informações claras e participação nas decisões sobre o tratamento. Desta maneira, os profissionais de enfermagem têm o compromisso de reconhecer a vulnerabilidade e individualidade do paciente, através da escuta ativa, diálogo e consentimento informado, para a construção de uma relação de respeito e confiança (Bomfim; Neves, 2023; Cofen, 2024).

A legitimação da prática assistencial da equipe de enfermagem às CRIANES com TQT deve estar subsidiada nos documentos legais e na prática baseada em evidências para a tomada de decisões adequadas pelo enfermeiro (Rosa *et al.*, 2021).

Neste contexto, os protocolos asseguram a transição do cuidado hospitalar ao domiciliar, pois favorecem o compartilhamento e/ou transferência das responsabilidades do cuidado entre profissionais de saúde, pais, recursos da comunidade e das redes de atenção à saúde, o que pode impactar a vida das crianças traqueostomizadas e dos pais (Góes; Cabral, 2017).

No Brasil, em relação às instituições de transição hospital-domicílio foi estabelecido pela Portaria GM nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012, que ainda não têm conseguido atender as demandas das CRIANES. Há o desafio futuro para a implementação numérica e qualitativa de serviços que possam atender e dar continuidade ao suporte profissional aos pais durante esta transição (Brasil, 2012).

Com a PCA foi possível averiguar evidências empíricas de todos os atores do contexto de atendimento e, considerar o consenso dos especialistas sobre os cuidados de crianças com TQT na proposição deste protocolo. Vale ressaltar que isso

constitui um avanço, pois as diretrizes de consenso dos especialistas sobre traqueostomia em crianças desenvolvidas pela *American Thoracic Society* (ATS) em 2000 ainda não foram atualizadas (Lawrence *et al.*, 2021).

Destaca-se a importância da participação do enfermeiro assistencial no desenvolvimento de pesquisas, pois este constitui o agente transformador no universo da prática assistencial (Friedrich, *et al.*, 2021).

A participação de profissionais de saúde em grupos de estudos, seminários e oficinas sobre temas relevantes, como o cuidado às crianças com TQT, estimula a busca por evidências científicas e sua implementação na prática assistencial, propiciando a atualização profissional e melhoria do cuidado ofertado (Friedrich, *et al.*, 2021).

Outras possíveis limitações e desafios podem ocorrer, como, a dificuldade de dedicar tempo para a leitura de artigos científicos, participação em congressos, tempo para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e até mesmo deferimento destes nas unidades de atuação. Entretanto, sua contribuição na ciência, mesmo que indiretamente pode ser por meio da coleta de dados, do acompanhamento de protocolos e da identificação de oportunidades de melhoria na assistência (Santos *et al.*, 2022) por meio dos resultados da pesquisa.

As intervenções de educação permanente podem melhorar as competências dos profissionais e por isso, qualificam a assistência (Hall *et al.*, 2023), pois podem contribuir para mudar as posturas tecnicistas, gerando discussões acerca da assistência ofertada, com desenvolvimento de habilidades para conciliar o saber técnico-científico, ou seja, o domínio das tecnologias disponíveis com a humanização e qualidade do cuidado (Luiz; Caregnato, Costa, 2017; Santos *et al.*, 2022).

Na prática assistencial reconhece-se a importância da fundamentação em evidências científicas, contudo é necessário que os profissionais da saúde consigam agregar sobre legislação que assegura os direitos da criança hospitalizada (Hall *et al.*, 2023).

O protocolo desenvolvido para CRIANES com TQT objetivou garantir a segurança e o sucesso desse procedimento complexo, que contempla aspectos da melhoria da comunicação entre os profissionais, reduz o risco de eventos adversos e garante a padronização das práticas, em consonância com uma cultura de segurança e qualidade nas UTI's pediátrica e neonatal.

Na construção de um protocolo para a criança traqueostomizada deve

considerar o cuidado individualizado e multidisciplinar, o atendimento das necessidades específicas da criança e dos seus pais. Ainda deve estabelecer as habilidades profissionais necessárias, assim como os materiais, e o papel dos integrantes da equipe (Góes e Cabral, 2017; Abreu; Marinho; Cardoso, 2019).

O protocolo deve definir estratégias de cuidado e intervenção adequadas, como aspectos biopsicossociais, espirituais, emocionais, além de suporte social. Ressalta-se que a participação dos pais no cuidado é crucial durante todo o processo de internação garantindo comunicação efetiva, desenvolvimento de um plano de cuidados inserindo a participação dos pais, bem como, o fluxo de acesso a recursos e serviços especializados. O protocolo deve ser atualizado e revisado, considerando o contexto de atendimento das crianças traqueostomizadas, fundamentado nas evidências científicas (Soares *et al.*, 2018; Dutra, *et al.*, 2021).

6.2.1 Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continua)

NOME: Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva
ORIGEM: Hospital Universitário Alzira Velano – Unidades Assistenciais: UTI Neonatal e UTI Pediátrica
OBJETIVOS GERAIS
• Garantir a segurança e o bem-estar da criança traqueostomizada para a prevenção de complicações como infecções respiratórias e obstrução das vias aéreas. • Melhorar a qualidade do cuidado mediante padronização para promoção da recuperação e reabilitação da criança traqueostomizada. • Promover a capacitação da equipe de enfermagem e a educação em saúde dos pais sobre os cuidados específicos da criança traqueostomizada. • Otimizar o uso da infraestrutura, dos recursos físicos e humanos de forma adequada. • Possibilitar a transição da unidade hospitalar para o domicílio, mediante o preparo da criança traqueostomizada e da família para os cuidados domiciliários, assegurando a contrarreferência no sistema de saúde.
Objetivos Específicos
• Prevenir e reduzir a incidência de infecções respiratórias por aspiração traqueobrônquica por meio do ensino de medidas de higiene e limpeza da traqueostomia, recomendadas pelas evidências científicas para o contexto do atendimento. • Capacitar a equipe de enfermagem sobre o cuidado da criança traqueostomizada em cuidados intensivos, para o cuidado domiciliário e para identificar precocemente sinais de complicações. • Prevenir a obstrução das vias aéreas por meio do ensino da importância da umidificação das vias aéreas, monitoramento da permeabilidade da cânula e de técnicas de aspiração adequadas. • Realizar a aspiração pela traqueostomia com técnica adequada, minimizando desconforto e dor, utilizando analgésico se prescrito, com monitoramento da reação da criança traqueostomizada. • Assegurar a comunicação eficaz entre os membros das equipes de saúde por meio de registros clínicos claros, precisos e atualizados. • Realizar o ensino dos cuidados específicos dos pais da criança traqueostomizada para o contexto domiciliário e para a contrarreferência no sistema de saúde.
GRUPO DE DESENVOLVIMENTO: equipe de enfermagem

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Enfermeiro: realiza o planejamento do cuidado integral abrangendo todas as dimensões para garantir a segurança, o conforto e o bem-estar da criança traqueostomizada e dos seus pais, fundamentado nas melhores evidências científicas, considerando-se os aspectos éticos e a legislação profissional.

- Avaliação e monitoramento (da TQT, da via aérea, da umidificação e do balonete – *cuff*).
- Cuidados com a TQT (higiene, aspiração, prevenção da lesão de pele e manutenção de umidificação)
- Educação em saúde da criança e dos pais/família (orientação sobre os cuidados, ensino sobre a identificação de possíveis complicações e comunicação/diálogo efetivos)
- Prevenção e manejo de complicações como infecções, deslocamento e obstrução da cânula e sangramento.
- Comunicação multiprofissional efetiva.
- Registro: exatidão do planejamento e do cuidado realizado.
- Implementação do planejamento do cuidado.
- Estabelecimento de protocolos assistenciais para cada área profissional e multiprofissional.
- Educação permanente para a equipe de saúde sobre o manejo da criança traqueostomizada.
- Supervisionar os técnicos de enfermagem e assegurar a execução correta dos cuidados.

Dados da tese:

I: Sociedade e TQT/Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

K: Primeiro contato com TQT//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

L: Planejamento do cuidado//Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

C1: O aprender o cuidado com a TQT Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro

A4: Indicações da TQT em CRIANES Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro

H1: Apoio Institucional/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

I1 e H3: Rede de Apoio Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais

L4: Exame Físico/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Técnico de Enfermagem: realiza cuidados assistenciais à criança traqueostomizada e dos pais sob a supervisão do enfermeiro. • Implementação dos cuidados assistenciais, mediante as melhores evidências científicas, seguindo os protocolos institucionais, sob a supervisão do enfermeiro. • Monitoramento e observação (sinais vitais, sinais de complicações, características das secreções, estado geral da criança e transporte). • Suporte e conforto à criança (posicionamento, higiene pessoal, hidratação, alimentação, comunicação). • Higiene e cuidados com a traqueostomia (higiene da pele e prevenção de lesões, troca e fixação da cânula de TQT, aspiração de secreções, umidificação e avaliação da insuflação do balonete - <i>cuff</i>). • Comunicação imediata ao enfermeiro sobre qualquer alteração ou intercorrência observada durante o cuidado à criança traqueostomizada. • Educação em saúde da criança e dos pais/família. • Atuação com responsabilidade, atenção e ética profissional. • Registro com exatidão dos cuidados realizados. Dados da tese: I: Sociedade e TQT/Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro/Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais C1: O aprender o cuidado com a TQT Necessidades de conhecimento e habilidades para o cuidado seguro H1: Apoio Institucional/ Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais I1 e H3: Rede de Apoio Cuidados específicos à criança com TQT: muito além do técnico procedimental e orientações gerais
INDICAÇÕES: • obstrução da via aérea • intubação prolongada • intubação orotraqueal complexa • condição clínica de alta complexidade (Avelino, <i>et al.</i>, 2017; Goes; Silva; Lima, 2017; Watters, 2017; Laila, nayak; noronha, 2022)
TIPOS DE CÂNULAS: as cânulas plásticas de traqueostomia pediátricas são fabricadas em policloreto de vinila - PVC ou em silicone, para neonatos e pediátricos. (Watters, 2017)
CUIDADOS À CRIANÇA TRAQUEOSTOMIZADA

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO DOS PAIS: Equipe multiprofissional	
Cuidado: Realizar o acolhimento e a escuta ativa dos pais para esclarecimento de dúvidas e conhecimento prévio do quadro clínico da criança com TQT (Luiz; Caregnato; Costa, 2017).	
Justificativa: para subsidiar o planejamento do cuidado, preparo para a alta hospitalar e educação em saúde dos pais (Luiz; Caregnato; Costa, 2017), com perspectiva do cuidado integral (Chesani, <i>et al.</i> , 2017)	
AValiação da Condição Clínica da Criança e da TQT: Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos	
Cuidado: Avaliar a condição clínica, resultados de exames laboratoriais e de imagem e a indicação da traqueostomia (Watters, 2017; Laila, Nayak; Noronha, 2022), considerando a manutenção da respiração espontânea ou necessidade de suporte ventilatório (Santos Junior, <i>et al.</i> , 2021).	
Justificativa: para subsidiar o estabelecimento do planejamento dos cuidados (Watters, 2017; Laila, Nayak; Noronha, 2022)	
Cuidado: Realizar exame físico diariamente e quando necessário, em casos de intercorrências	
Justificativa: para subsidiar a revisão do planejamento do cuidado (Nunes; Ramos, 2024).	
Cuidados: Verificar a frequência respiratória, o padrão respiratório e a presença de esforço respiratório (uso de musculatura acessória, retrações costais). Avaliar sinais de hipóxia, como cianose, agitação ou sonolência excessiva. Monitorar a saturação de oxigênio (SpO ₂) regularmente.	
Justificativa: identificar precocemente obstruções, secreções acumuladas ou alterações na oxigenação que podem comprometer a ventilação.	
Cuidado: Avaliar a pele peritraqueostomia e a fixação da cânula.	
Justificativa: preservar a integridade da pele e prevenir complicações.	
Cuidados: Higienizar a pele peritraqueostomia com solução salina 0,9% e gazes estéreis para evitar lesões e possíveis complicações; verificar presença de exsudato ou lesões e checar a adequada fixação da cânula (Lawrence <i>et al.</i> , 2021; Soares <i>et al.</i> , 2018).	
Justificativa: preservar a integridade da pele e prevenir complicações	

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Cuidado: Realizar o curativo, em caso de lesões de pele, utilizando coberturas, conforme a avaliação do enfermeiro e disponibilidade institucional (Soares <i>et al.</i> , 2018).
Justificativa: restaurar a integridade da pele (Laila, Nayak; Noronha, 2022).
Cuidados: Verificar a cânula, observar posicionamento, fixação, sinais de deslocamento ou obstrução, inspecionar sinais de desgaste ou danos. Garantir que o diâmetro e o tipo da cânula sejam adequados à idade e condição da criança.
Justificativa: prevenir complicações, como obstrução respiratória, lesões no tecido traqueal ou infecções.
Cuidado: Realizar a troca da fixação da cânula de traqueostomia diariamente ou quando estiver com sujidade/umidade (Lawrence <i>et al.</i> , 2021).
Justificativa: preservar a integridade da pele e prevenir a decanulação acidental.
Cuidado: Monitorar o enchimento do balonete da cânula de traqueostomia com o cufômetro mantendo a pressão de 20 a 25 mmHg (Picinin <i>et al.</i> 2016)
Justificativa: prevenir o escape aéreo por hipoinsuflação e prevenir lesões de traqueia por hiperinsuflação (estenose, granuloma, fibroma, necrose, fístula traqueoesofágica, tosse, desconforto e sangramentos) (Medeiros <i>et al.</i> , 2019; Picinin <i>et al.</i> , 2016; Nunes; Ramos, 2024).
Cuidado: Umidificar a via aérea da criança traqueostomizada e quando em respiração espontânea utilizar nebulizadores; para aquelas em suporte ventilatório utilizar os filtros umidificadores ou aquecedores de oxigênio (HMEs) (Picinin <i>et al.</i> , 2016; Watters, 2017; Costa, <i>et al.</i> , 2019).
Justificativa: prevenir a obstrução da cânula por rolha de secreção e infecções respiratórias.
Cuidado: Aspirar secreções traqueobrônquicas da cânula de traqueostomia, quando necessário (secreção visível ou sinais de desconforto respiratório), utilizando técnica asséptica conforme (ANEXO I). Observar o volume, a cor e a viscosidade das secreções. Manter a criança adequadamente hidratada para reduzir a viscosidade das secreções.
Justificativa: manter a permeabilidade respiratória e prevenir complicações respiratórias.
Cuidado: Identificar sinais de infecção, monitorar sinais locais, como hiperemia, dor, edema ou secreção purulenta no estoma e sinais sistêmicos, como febre, prostração ou irritabilidade.
Justificativa: detectar precocemente sinais de infecção e prevenir complicações.

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Cuidado: Administrar e monitorar a dieta enteral e a água, conforme a prescrição e protocolo institucional (ANEXO II).
Justificativa: preservar ou recuperar o estado nutricional e hídrico da criança.
Cuidado: Prevenir o risco de aspiração pulmonar durante a administração da dieta enteral, mantendo a cabeceira elevada a 45°.
Justificativa: prevenir infecções respiratórias e outras complicações.
Cuidado: Avaliar o desenvolvimento da criança, observar o impacto da traqueostomia no desenvolvimento motor, social e de linguagem e promover estímulos adequados à idade da criança.
Justificativa: prevenir impactos negativos no desenvolvimento social e linguístico.
Cuidado: Avaliar a capacidade dos pais para realizar os cuidados domiciliares da criança traqueostomizada (Jesus <i>et al.</i> , 2023).
Justificativa: ensinar aos pais os cuidados diários com a TQT como higiene, aspiração de secreções, identificar intercorrências e assegurar a busca de suporte profissional (Abreu; Marinho; Cardoso, 2019; Barreto, <i>et al.</i> , 2021; Jesus <i>et al.</i> , 2023).
Cuidado: Planejar a alta hospitalar /contrarreferência para o sistema de saúde (Jesus <i>et al.</i> , 2023) (ANEXO IV)
Justificativa: assegurar a continuidade do tratamento, suporte da equipe de saúde aos pais e prevenir complicações (Jesus <i>et al.</i> , 2023).
Cuidado: Registrar as avaliações clínicas, o planejamento e os cuidados/intervenções realizados (Rissi <i>et al.</i> , 2020).
Justificativa: segurança da criança traqueostomizada, efetividade da comunicação da equipe multiprofissional e informa a qualidade do cuidado na instituição (Rissi <i>et al.</i> , 2020).
Cuidado: Realizar a educação permanente dos profissionais
Justificativa: assegurar a competência dos profissionais, garantir a segurança, o bem-estar e a qualidade de vida da criança traqueostomizada, com vistas ao cuidado fundamentado nas melhores evidências científicas.
RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS PARA A SEGURANÇA DA CRIANÇA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem
Cuidado: Verificar diariamente o funcionamento do sistema de aspiração.
Justificativa: prevenir formação de rolhas por secreções e prevenir complicações (Watters, 2017).
Cuidado: Manter a cânula de reserva (mesmo tamanho e uma de tamanho menor) junto ao leito.

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

Justificativa: assegurar a substituição imediata em eventos com intercorrências e complicações (Watters, 2017).
Cuidado: Manter disponível para casos de urgência/emergência sistema bolsa, válvula, máscara (ambu) à beira do leito (Costa, <i>et al.</i> , 2019).
Justificativa: assegurar ventilação em eventos com intercorrências e complicações.
Cuidado: Manter o cuidado à espiritualidade para diferentes vertentes religiosas (Bruno, <i>et al.</i> , 2021).
Justificativa: assegurar conforto e suporte espiritual à criança e para os pais durante a internação hospitalar.
CONFLITO DE INTERESSE: inexistente
REVISÃO RECOMENDADA POR: a cada ano quando houver novas evidências ou mudanças na legislação profissional.
VALIDAÇÃO REALIZADA: grupo de convergência com os integrantes das equipes de enfermagem das UTI's Neonatal e Pediátrica da Instituição para o desenvolvimento do protocolo e análise da experiência pais participantes da pesquisa.
LIMITAÇÃO: Desenvolvimento deste protocolo apenas com a participação dos integrantes das equipes de Enfermagem das UTI's Neonatal e Pediátrica.
PLANO PARA IMPLEMENTAÇÃO: a educação permanente dos integrantes das equipes de enfermagem das UTI's Neonatal e Pediátrica e educação em saúde para os pais.
ANEXOS

ANEXO I – Aspiração de secreções traqueobrônquicas da cânula de TQT*1. Preparo do material necessário*

- Equipamento de proteção individual (avental descartável, gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de procedimento e luvas estéreis).
- Estetoscópio
- Oxímetro
- Sistema hospitalar de gases medicinais (vácuo e oxigênio) ou aspirador portátil com pressão regulada; bolsa, válvula, máscara (ambu)
- Cateter de aspiração estéril, descartável, com diâmetro compatível à cânula traqueal da criança, que não deve ultrapassar dois terços do calibre da cânula
- Compressas de gaze estéreis
- Solução salina estéril (SF 0,9%) para irrigação do cateter (se necessário)
- ⊖ Se, sistema de aspiração fechado (cateter de aspiração estéril, específico para o sistema fechado – sem necessidade de descarte a cada aspiração - ler orientações do fabricante) e luvas de procedimento.

2. Cuidados

- Higienizar as mãos: higienizar cuidadosamente as mãos com água e sabão ou utilizar álcool em gel 70%.
- Preparar o aspirador: ligar o aspirador e ajustar a pressão de sucção entre 60-100 mmHg (valores recomendados para crianças).

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Avaliação pré-procedimento: observar sinais de desconforto respiratório, como aumento da frequência respiratória, retrações intercostais ou saturação de oxigênio reduzida.
- Posicionamento da criança: posicionar a criança de forma confortável e segura, geralmente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada para favorecer a expansão pulmonar.
- Ausculta da criança traqueostomizada antes da aspiração: realizar a avaliação da presença de intercorrências ou de secreções.
- Verificar a saturação de oxigênio da criança.
- Informar aos pais/ criança traqueostomizada sobre o cuidado: para reduzir a ansiedade e obter a colaboração.
- Oxigenação suplementar da criança: realizar a oxigenação suplementar (se necessário) por 30 a 60 segundos antes da aspiração.
- Ausculta da criança após aspiração da traqueostomia: assegurar o padrão respiratório sem intercorrências ou presença de secreções.

3. Técnica de Aspiração

- Certificar o funcionamento do sistema de gases medicinais ou do aspirador portátil.
- Auscultar a criança
- Formação do campo estéril, calçamento das luvas: abrir a embalagem da luva formando um campo estéril. Abrir o involucrio do cateter de aspiração e colocar sobre o campo estéril. Calçar as luvas estéreis e conectar o cateter no sistema de aspiração.

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Se, sistema de aspiração fechado não será necessário a formação do campo estéril, pois deve-se utilizar luvas de procedimento durante a técnica de aspiração.
- Inserção do cateter de aspiração: com a mão não dominante clampar o sistema de aspiração. Com a mão dominante e estéril introduzir o cateter de aspiração na cânula de traqueostomia de forma suave e sem aplicar sucção até encontrar resistência ou atingir a profundidade adequada (em geral, medindo o tamanho da cânula)
- Aspiração: iniciar a aspiração desclampando o sistema de sucção retirando lentamente o cateter, fazendo movimentos rotatórios. O tempo total de aspiração deve ser de 5 a 10 segundos.
- Se, sistema de aspiração fechado iniciar a aspiração desclampando o sistema de sucção, inserir lentamente o cateter até encontrar resistência ou atingir a profundidade adequada, em sequência apertar a trava do sistema de sucção e retirar o cateter inserido, realizando a aspiração.
- Uso de solução salina (se necessário): em casos de secreções espessas ou obstrução, instilar 0,5-1 ml de solução salina estéril na cânula antes da aspiração.
- Inspeccionar as características das secreções aspiradas: cor, quantidade, consistência e odor
- Repetir o procedimento, se necessário, mediante reoxigenação, avaliação da saturação de oxigênio e frequência respiratória da criança.
- Remover o cateter cuidadosamente, desconectando-o do sistema de vácuo.
- Irrigar o cateter para assegurar a permeabilidade do sistema.
- Avaliar a criança traqueostomizada após a aspiração, observando a frequência respiratória, a saturação de oxigênio, a presença de tosse e o padrão respiratório e gástrico (náuseas e vômitos) e auscultar a criança.
- Descartar o material em local apropriado para resíduos contaminados.
- Realizar a desparamentação

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Higienizar as mãos após o procedimento.
- Registro do procedimento: documentar o procedimento no prontuário, incluindo a quantidade e características das secreções, além das condições do paciente antes e após a aspiração.
- Registrar o procedimento no prontuário da criança data, hora, características das secreções aspiradas, resposta da criança e presença de intercorrência.

Observação: A aspiração de vias aéreas com sistema de aspiração fechado em pacientes com traqueostomia, sob ventilação mecânica preserva a pressão positiva e reduz o risco de infecção. A seleção do calibre da sonda do sistema deve ser compatível com a numeração da cânula de traqueostomia (verificar de acordo com o fabricante do material), assim otimiza-se a remoção de secreções e previne complicações ventilatórias e traumáticas.

(Avelino, *et al.*, 2017; Cofen, 2017; Soares *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2019; Lawrence *et al.*, 2021; Cunha; Brito; Pantoja, 2022; Pereira, Flores, Silva, 2024; Nunes; Ramos, 2024; Barros, *et al.*, 2024).

ANEXO II – Administração de dieta e/ou medicação enteral e água em crianças traqueostomizadas

Garantir a segurança e a eficácia na administração de dieta, medicamentos e hidratação enteral, mediante avaliação da equipe multiprofissional.

1. Formas de Administração

- Sonda nasogástrica/enteral ou gastrostomia: escolher a sonda nasogástrica/enteral e a gastrostomia, considerando a idade da criança, previsão de tempo de indicação, fatores clínicos e evolução.
- Oral: quando a criança traqueostomizada apresentar capacidade para alimentação via oral, conforme a avaliação do nutricionista e da fonoaudiologia.

2. Preparo da Dieta e Medicamentos

- Dieta: prescrita pelo médico/nutricionista, de acordo com as necessidades clínicas da criança traqueostomizada.
- Medicamentos: os medicamentos, sob prescrição médica, devem ser macerados ou dissolvidos em água filtrada para administração enteral.

3. Cuidados Durante a Administração

- Higiene: as mãos devem ser higienizadas com água e sabão ou álcool 70% antes e após a manipulação da sonda.
- Avaliar a criança: observar o estado geral, sinais de desconforto respiratório e presença de secreções na traqueostomia.
- Posição da criança: deve ser mantida durante a administração da dieta em posição de fowler ou de semi-fowler para evitar aspiração, refluxo gastroesofágico

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Aspiração das vias aéreas superiores: deve ser realizada se necessário, com técnica asséptica, antes e após a administração da dieta.
- Posicionamento da sonda: verificar posicionamento da sonda enteral na região gástrica ou pós-pilórica
- Administração da dieta: conectar a seringa ou equipo à sonda enteral e administrar lentamente e contínua a dieta conforme o volume e a velocidade prescritos, evitando sobrecarga gástrica
- Administração de medicamentos: diluir os medicamentos prescritos, para evitar obstrução da sonda. Administrar um medicamento por vez, seguido de lavagem com 5-10 ml de água.
- Administração de água: administrar o volume prescrito de água ao final da dieta e/ou medicamentos.
- Monitoramento: monitorar a tolerância da criança à dieta enteral, observando a presença de vômitos, diarreia ou outros sinais de desconforto gastrointestinal ou respiratório.
- Prevenção de obstrução da sonda: irrigar a sonda com XX mL de água antes e após a administração da dieta e de medicamentos.
- Manutenção da traqueostomia: garantir que a traqueostomia esteja limpa e fixa adequadamente durante todo o procedimento.
- Registrar o procedimento: anotar o horário, volume de dieta, medicamentos e água administrados, além de intercorrências.

4.Recomendações para Profissionais de Saúde e Pais

- Educação em Saúde: os profissionais de saúde devem realizar o processo ensino aprendizagem dos pais em relação aos cuidados para a administração da dieta enteral, da água e das medicações prescritas de forma segura e eficaz.
- Registro: registrar a verificação do posicionamento da sonda, fixação, tipo de dieta, volume de dieta, medicamentos e água e ocorrência de desconforto respiratório e gastrointestinal.

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Comunicação: manter a comunicação da equipe multiprofissional com atualização de alteração no estado clínico da criança e presença de intercorrências.

(Arancibia; Segui, 2019; Lima, *et al*, 2022)

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

ANEXO III – Decanulação Programada

A decanulação programada tem o objetivo terapêutico para as crianças que evoluem clinicamente, com condição para restabelecer a função respiratória normal e a comunicação oral.

1. Etapas da Decanulação Programada

- Avaliação: pressupõe avaliação médica, enfermagem, fonoaudiológica, fisioterápica e nutricional, para identificar as condições clínicas da criança, a capacidade de proteção das vias aéreas e a possibilidade para a decanulação programada.
- Teste de oclusão: avaliar por 24 horas a tolerância da criança à respiração espontânea, mediante monitoramento contínuo.
- Redução gradual do diâmetro da cânula: iniciar a redução gradual do diâmetro da cânula, mediante a avaliação clínica da criança pela equipe multiprofissional.
- Remoção da cânula: realizada após a constatação da tolerância da criança à respiração espontânea e ausência de sinais de desconfortos respiratórios.

2. Cuidados Durante a Decanulação Programada

- Monitoramento: observar sinais de dificuldade respiratória, cianose, taquipneia e retrações da criança.
- Aspiração: realizar sempre que necessário conforme (anexo I).
- Oxigenoterapia: manter sempre que necessário, conforme recomendação da equipe multiprofissional.

3. Recomendações para Profissionais de Saúde e Pais

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(continuação)

- Educação em saúde: os profissionais de saúde devem ensinar os pais para identificar os sinais de desconfortos respiratórios e os cuidados necessários à criança no domicílio.
- Comunicação: é importante assegurar a manutenção da equipe multiprofissional de referência para os pais.

(Costa et al, 2016; Avelino, *et al.*, 2017; Soares *et al.*, 2018; Medeiros, Sassi, Iirani-Silva, Andrade, 2019; Nunes; Ramos, 2024).

ANEXO IV – Planejamento da alta/contrarreferência para o sistema de saúde

Visa garantir a continuidade do tratamento e a segurança da criança no ambiente domiciliar ou em outro serviço de saúde.

1. Etapas do Planejamento da Alta/Contrarreferência

- Avaliação da criança: a equipe multiprofissional realiza a avaliação da criança em relação às condições clínicas, habilidades de autocuidado, necessidade de suporte ventilatório no domicílio e de suporte para o cuidado.
- Definição do serviço de saúde de contrarreferência: assegurar a continuidade do tratamento considerando as necessidades da criança e os recursos disponíveis no sistema de saúde e na comunidade.
- Recomendações de cuidados para a contrarreferência: especificar as necessidades de cuidado da criança, os procedimentos prioritários, e quando necessário, especificar o tipo de suporte ventilatório necessário, controle clínico e cuidados preventivos em relação às complicações da traqueostomia e risco de complicações.
- Educação dos pais: oferecer o processo ensino aprendizagem aos pais sobre os cuidados com a traqueostomia, a administração de medicamentos, a realização de aspirações e a identificação de sinais de complicações na criança.
- Documentação de contrarreferência: assegurar a entrega da contrarreferência para os pais pela equipe multiprofissional, especificando serviço de saúde e profissional de primeiro contato.

2. Documentos e Informações de contrarreferência

- Relatório médico detalhado, incluindo histórico da doença, procedimentos realizados, medicamentos em uso.
- Recomendações de cuidados pelos integrantes da equipe multiprofissional.
- Laudos de exames complementares (radiografias, tomografias, etc.).

Quadro 9 - Protocolo de Cuidados de Enfermagem à criança traqueostomizada em Unidade de Terapia Intensiva

(conclusão)

- Recomendações médicas atualizadas.
- Relação da necessidade de materiais e equipamentos necessários para os cuidados em domicílio (realizada em conjunto pela equipe multiprofissional).
- Indicação da necessidade de visita domiciliar pela equipe de profissionais de saúde de referência (médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta).
- Indicação de programas de apoio social e financeiro disponíveis na comunidade.

3. Educação dos Pais

- Cuidados com a traqueostomia: limpeza, troca de curativos, aspiração.
- Administração de medicamentos.
- Alimentação e hidratação.
- Identificação de sinais de alerta (febre, dificuldade respiratória, sangramento, obstrução da cânula).
- Serviço de saúde para situações de emergência.
- Recursos disponíveis no sistema de saúde na comunidade (serviços de *home care*, grupos de apoio).

(Chesani, *et al.*, 2017; Lawrence, *et al.*, 2021; Jesus, *et al.*, 2023; Oliveira, 2024; Pereira, Flores, Silva, 2024).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo ratificam a importância da educação permanente de profissionais da saúde e do preparo dos pais destas crianças no cuidado domiciliário em consonância com os pressupostos do SUS e que a solução de problemas pode ser assegurada com a participação de todos os atores do contexto de atendimento à saúde e a perspectiva da PCA potencializa o alcance de resultados com a proposição deste protocolo.

A experiência em trabalhar com os referenciais da PCA e o Construcionismo Social revelou a importância de considerar múltiplas perspectivas para a construção do conhecimento em enfermagem ao proporcionar uma visão mais abrangente e contextualizada da realidade estudada, tendo em vista, a desnaturalização de conceitos e a valorização das experiências subjetivas dos sujeitos envolvidos, contribuindo para a construção de um conhecimento mais relevante e transformador.

Cabe-se dizer que a articulação entre a pesquisa convergente assistencial e o Construcionismo Social revelou-se um caminho promissor para a produção de conhecimento em enfermagem, pois permitiu aprofundar a compreensão sobre a complexidade dos cuidados de enfermagem com a criança traqueostomizada, destacando a importância de considerar as dimensões biopsicossociais e culturais envolvidas nesse processo e assim contribuir para a transformação da prática clínica de enfermagem, incentivando a adoção de uma abordagem mais humanizada e centrada, com vistas, a valorização da experiência dos sujeitos de pesquisa o que contribui para a construção de relações mais colaborativas entre profissionais de saúde e usuários, fortalecendo a autonomia e o protagonismo das crianças e seus pais.

Uma das limitações deste estudo reside na não participação de todos os profissionais da saúde que integram as equipes das UTI's Neonatal e Pediátrica. ~~dos profissionais de enfermagem nos grupos de convergência, os quais foram realizados durante o horário de trabalho. A necessidade de manter a assistência às crianças internadas impediu a participação de todos os profissionais, impactando na representatividade das diferentes perspectivas.~~ Além disso, a realização de grupos de convergência com os pais foi dificultada pela diversidade de locais de residência e pelas dificuldades de locomoção, limitando a coleta de dados sobre a experiência dos familiares. Apesar dessas limitações, os resultados obtidos neste estudo contribuem

significativamente para o avanço do conhecimento sobre os cuidados de enfermagem à criança traqueostomizada em Unidades de Terapia Intensiva, oferecendo subsídios para a melhoria da prática clínica e a elaboração de políticas públicas mais adequadas.

Por fim, a elaboração e implementação do protocolo assistencial de cuidados de enfermagem à criança traqueostomizada, fruto desta pesquisa, representa um marco significativo para a instituição e para a área da enfermagem. Ao estabelecer um padrão de cuidado fundamentado em evidências científicas, o protocolo contribui para a otimização dos processos assistenciais, a redução da variabilidade na prática clínica e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Além disso, o protocolo serve como tecnologia de educação continuada para a equipe multiprofissional, promovendo o desenvolvimento profissional e a atualização dos conhecimentos. Essa iniciativa não apenas beneficia a instituição, mas também eleva o nível de cuidado em enfermagem, contribuindo para o avanço da área e para o fortalecimento da assistência à saúde infantil.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ana Cláudia Souza; MARINHO, Daliane Ferreira; CARDOSO, Iana Bruna Parente. Tecnologia educativa para os cuidadores de pacientes submetidos a traqueostomia: estudo de validação. **Revista Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 59, p. 19-32, jan./mar., 2019. DOI: 10.13037/ras.vol17n59.5730 ISSN 2359-4330.

ALBUQUERQUE, Aline; SOARES NETO, Julino Assunção Rodrigues. Organizações de pacientes e seu papel na implementação de direitos nos cuidados em saúde. **Cadernos Iberoamericanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 144-162, 2022. DOI: doi.org/10.17566/ciads.v11i1.811.

ALVES, João Manuel Nunes Oliveira Alves; AMENDOEIRA, José Joaquim Penedos; CHAREPE, Zaida Borges. A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. e2016-0070, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Pesquisa Convergente Assistencial Enfermagem - Possibilidades para inovações tecnológicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-2, 2017. DOI: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170041

ANICETO, Samara Caram; LOUREIRO, Iúrecia Helena. Internação hospitalar: o acompanhante como foco da pesquisa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, p. e201985618, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5618.

ARANCIBIA, Margarida R.; SEGUI, Germán E. Indicaciones y cuidados de la traqueostomía en pediatría. **Revista Neumología Pediátrica**. Santiago, v. 14, n. 3, p. 159-63, 2019. DOI: https://doi.org/10.51451/np.v14i3.101

AVELINO, Melissa A. G. *et al.* First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 83, n.5, p. 498-506, 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.06.002.

BACKES, Dirce Stein *et al.* Educação permanente: percepção da enfermagem à luz do pensamento da complexidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. eAPE01906, 2022. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO019066

BARRETO, Geovanna Oliveira, *et al.* Percepções e significados sobre o atendimento de crianças em situação de emergência. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde [Online]**, v. 10, n. 3, p. 617-631, 2021. DOI: https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.4175

BARROS, Anny Keury da Silva *et al.* Cuidados no manuseio do sistema fechado de aspiração endotraqueal em pacientes com COVID 19. **Brazilian Journal of**

Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 3, p. 617-31, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p617-631>.

BAZZAN, Jessica Stragliotto *et al.* Support systems in the pediatric intensive therapy unit: family perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.72, p. 243-250, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0588>. Supl. 3.

BEZERRA, Ana Emília Menezes Bezerra; BATISTA, Luiz Henrique Carvalho; BOMFIM, Ana Paula Bitencourt Aiello; NEVES, Isadora Ferreira. Diálogo entre o sistema de proteção aos direitos humanos e o exercício da profissão de enfermagem: um estudo do aspecto jurídico. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 4, abr. 2023. DOI: [org/10.51891/rease.v9i4.9304](https://doi.org/10.51891/rease.v9i4.9304)

BOSSATO, Hércules Rigoni *et al.* Nursing and the leading role of the user in the CAPS: a study from the constructionist perspective. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200082>. Número especial.

BOSSATO, Hércules Rigoni; LOYOLA, Cristina Maria. Douat; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Challenges of nursing care in psychosocial rehabilitation: a study from the constructionist perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 74, n. 3, 2021, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0408>

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília, DF, 2006

BRUNO, Maria Caroline *et al.* Compreendendo a espiritualidade dos cuidadores de crianças oncológicas. **Revista Eletrônica Acervo em Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e8763.2021>

BRUNOZI, Naipy Abreu *et al.* Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. 28, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190008>.

CADONÁ, Eliane; SCARPARO, Helena. Construcionismo social na atenção básica:

uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2721-2730, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.13552014>. Acesso em: 28 ago. 2023

CARDOSO, Davi Tiago; BEIRAS, Adriano. Masculinidades, psicoterapia e construcionismo social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, São Paulo, v. 31, n. 74, p. 52–68, 2022. DOI: <https://doi.org/10.38034/nps.v31i74.713>.

CHESANI, Fabíola Hermes *et al.* O acolhimento ao cuidador de crianças internadas. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 2017-228, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v8i2.2394>

CHESANI, Fabíola Hermes *et al.* O acolhimento ao cuidador de crianças internadas. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 8, n. 2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v8i2.2394>.

CHIA, Aletheia Z. H. *et al.* Epidemiologia da Traqueostomia Pediátrica e Fatores de Risco para Desfechos Ruins: Experiência de 11 Anos em um único centro. **Otorrinolaringologia: Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 162, n. 1, p. 121-128, 2020. DOI:10.1177/0194599819887096

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 0557/2017, de 23 de agosto de 2017**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Brasília, DF: COFEN, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Portaria nº 466, de 7 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre a dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: MS, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510/2016**. Dispõe sobre as especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília, DF: MS, 2016.

CORTEZ, Rodrigo José Méndez; PALOMEQUE, Jordy Abrham Hernández. Enfermagem a partir de um pensamento crítico. **Más Vita**, Venezuela, v. 4, n. 4, p. 217–233, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.47606/ACVEN/MV0180>.

COSTA, Elaine Carininy Lopes *et al.* Cuidados para a prevenção de complicações em pacientes traqueostomizados. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 13, n. 1, p. 169-178, jan. 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963->

v01i01a238545p169-178-2019

CRISTINO, Cabral; LOPES, Aline Rocha Rinna; DIÓGENES, Kátia Castelo Branco Machado. Sofrimento crônico: percepção de mães de crianças dependentes de ventilação mecânica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, abr.-jun., p. 160-167, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p160>

CUNHA, Maria Angélica Carneiro; BRITO, Marcus Vinícius Henriques; PANTOJA, Mauro de Souza. Manejos necessários no cuidado para pacientes pediátricos traqueostomizados. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.6, p. 44666-44678, jun. 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n6-136

DAL'ASTRA, Ana Paula Ligoski *et al.* Tracheostomy in childhood: review of the literature on complications and mortality over the last three decades. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 83, n. 2, p.207-14, Mar./Apr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.04.005>.

DELMIRO, Andrezza Rayana da Costa Alves *et al.* Conhecimento dos profissionais de enfermagem na alta hospitalar de crianças dependentes de tecnologia. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, n. 5, p. 2427-2438, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i5.2023-019>.

DOHERTY, Catherine *et al.* Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies. **Anaesthesia**, v. 73, n. 11, jul., p. 1400-1417, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/anae.14307>.

DUTRA, Bruna Karla *et al.* Prevenção de pneumonia associada à ventilação. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, p. e59821, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.59821>.

ESPERIDIÃO, Elizabeth; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RODRIGUES, Jeferson. A saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 73, 2020. DOI:

FLAUZINO, Jhonas Geraldo Peixoto; ANGELINI, Carina Fernanda Robles. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9957.2022>.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro *et al.* **A educação permanente em saúde na qualificação dos profissionais : revisão integrativa.** In: VIEIRA, Silvana Lima (org.). **Gestão do trabalho, educação e saúde: desafios agudos e crônicos.** 1 ed. Guarujá: Editora Científica Digital, 2021. vol 1. DOI: <https://doi.org/10.37885/978-65-87196-82-4>.

GARANITO, Marlene Pereira; CURY, Marina Rachel Graminha. A espiritualidade na prática pediátrica. **Revista Bioética (Impressa)**, Brasília v. 24, n. 1, p. 49-53, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241105>.

GEQUELIN, Juliane *et al.* Percepção de acompanhantes sobre a criança intubada

em uti pediátrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 483-490, jul./set., 2014. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v19i3.33434>.

GERGEN, Kenneth J. O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. **Interthesis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 229-325, 2010. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2009v6n1p299>.

GERGEN, Kenneth J. Psicologia social como história. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 26, n. 2, p. 309-320, 1973. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0034436>.

GERGEN, Kenneth J; GERGEN, Mary. **Construcionismo Social**: um convite ao diálogo. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.

GIPSMAN, Alexander *et al.* Tracheobronchitis in children with tracheostomy tubes: Overview of a challenging problem. **Pediatric Pulmonology**, v. 57, n. 4, p. 814-821, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/ppul.25814>.

GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; CABRAL, Ivone Evangelista. Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 163-171, jan., 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0248>.

GÓES, Renata Santos Silva; SILVA, Surellyson Oliveira Pereira da Silva; LIMA, Carlos Bezerra de Lima. Traqueostomia na unidade de terapia intensiva: visão do enfermeiro. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 4, p. 228-241, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17416.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2025.

HALL, Nicola *et al.* Cuidando de crianças traqueostomizadas: estudo qualitativo por entrevista com pais e profissionais de saúde. **BMJ Open**, Londres, v. 13, p. e065698, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065698>.

JESUS, Manuela Nascimento de Jesus *et al.* Reparo dos pais para a desospitalização de crianças em uso de traqueostomia e gastrostomia. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 22, p. e58610, 2023. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.58610>.

KAYO, Carla Mye Matuo *et al.* Cuidando de crianças com estomia. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbrelina Ribeiro (ed.). **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com estomia. São Paulo: Atheneu, 2015.

KIRCHCHOFF, Bianca Regina Barros *et al.* The experience of the family caregiver of a child with a tracheostomy at home. **Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatra**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 6-12, jan. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000002>

LAILA, Nisha; NAYAK, Shalini G.; NORONHA, Judith A. Intervenções para cuidados com estoma em crianças traqueostomizadas para prevenir e reduzir complicações

de feridas: uma revisão sistemática. **Revista Manipal de Enfermagem e Ciências da Saúde**, v. 8, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.55889/2582-7979.1246>.

LAWRENCE, Patrícia R. *et al.* Cuidados baseados em evidências para crianças com traqueostomias: hospitalização para atendimento domiciliar. **Enfermeiras de Reabilitação**, v. 46, n. 2, p. 83–86, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000254>.

LEMOS, Hellen Joyce Moreira; CASTILLO, Ana Márcia Chiaradia Mendes. Social support of families with tracheostomized children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 72, p. 282-289, 2019. Supl. 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0708>.

LIMA, Fernando Conceição *et al.* Cuidados de enfermagem como gestão de qualidade ao usuário com traqueostomia - revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, p. e212111739071, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39071>

LIMA, Fernando Conceição *et al.* Nursing care protocol for critical users with tracheostomy under mechanical ventilation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 2, p. e20230337, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0337pt>.

LIMA, Muriel Fernanda *et al.* Children dependent on technology, a challenge in health education: a descriptive study. **Online Brazile Journal Nurse**, Niteroi, v. 16, n. 4, p. 399 – 408, Aug. 2018. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175862>.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudilene Fontes; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Revista Cuidarte**, Colômbia, v. 9, n.1, p. 1961-1972, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>.

LUBIANCA NETO, José Faibes; CASTAGNO, Octavia Carvalho Castagno; SCHUSTER, Artur Koering. Complications of tracheostomy in children: a systematic review. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 88, n. 6, Nov./Dec. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.12.006>.

LUIZ, Flávia Feron; CAREGNATO, Rita; Catalina Aquino; COSTA, Márcia Rosa. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Revista Brasileira Enfermagem [Internet]**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1040- 1047, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>.

MANFRIM, Ana Flávia Nascimento; RASERA, Emerson Fernando. Diálogos entre o discurso construcionista social e a terapia social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, São Paulo, v. 25, n. 56, p. 34-48, dez. 2016. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412016000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2023.

MAZZO, Débora Melo; LEAL, Daniele Barbosa.; ALVES, Fabiana Bulcholdz Teixeira. Momento afeto: educação em saúde para familiares de neonatos e crianças sob cuidados intensivos. **Journal of Nursing and Health**, v. 13, p. e22136350, jul. 2023. Número especial. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v13i.24923>

MEDEIROS, Gisele Chagas *et al.* Criteria for tracheostomy decannulation: literature. **CoDAS**, v. 31, n. 6, p. e20180228, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>

MELA, Camila Casagrande; ZACARIN, Clara Ferraz Llazarin; DUPAS, Giselle. Avaliação de famílias de crianças e adolescentes submetidos à gastrostomia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 212-222, maio 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29049>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Apresentação. *In*: GOMES, Romeu. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanes, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, n. 40, 2018. DOI: <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle40.01>.

MÓNICO, Lisete *et al.* A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, 2017.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes *et al.* Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n.11, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00189516.

MORSE, Janice M; FIELD, Peggy Anne. **Qualitative research methods for health professionals**. London: Sage, 1995.

MUNIZ, Mariane Silva; SILVEIRA, Bárbara Batista. Atuação da psicologia em unidades de terapia intensiva. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 95-100, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2256>.

NASCIMENTO, Tainara Silva; ARCANJO, Ana Beatriz Braga; FERNANDES, Murilo José. Indicações de traqueostomia em uma unidade de terapia intensiva. **Archives of Health Sciences**, São José do Rio Preto, v. 30, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.30.1.2023.176>.

NEVES, Letícia *et al.* O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. e20170304, 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0304>.

NUNES, Catarina Ribeiro; RAMOS, Filipe Alexandre Morgado. Intervenções de enfermagem na prevenção de complicações da via aérea na pessoa com traqueostomia em unidade de cuidados intensivos. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 01-21, Mar./Apr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-364>

OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli; PINA, Juliana Coelho; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Factors associated with involuntary hospital admissions in technology-dependent children. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 29-35, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100004>

OLIVEIRA, Ana Paula Vaggetti *et al.* Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 33-41, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1623>. Acesso em: 26 mar. 2025.

OLIVEIRA, J. S. Contribuições do serviço social no planejamento da alta responsável. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 5, p. 01-11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-007>

OLIVEIRA, Juliana Portela *et al.* Cuidados de enfermagem a crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde hospitalizadas em unidade pediátrica. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 3, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13054>

OREY, Daniel Clark; ROSA, Milton. Grupos de Pesquisa: Visões, Missões e Valores do GPEUfop. **E-Almanaque EtnoMatemáticas Brasis**, v. 24, n. 2, 2024. DOI: <https://doi.org/10.29327/2366212.2024.2-10>

PAINES, Luana Pinto *et al.* Perfil de crianças e adolescentes dependentes de tecnologias em saúde numa unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 6, n. 2, jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.12707/rvi22028>

PAIVA, Ana Paula Rodrigues Cavalcanti; VARGAS, Eliane Portes. Material educativo e seu público: um panorama a partir da literatura sobre o tema. **Revista Práxis**, Volta Redonda, v. 9, n. 18, p. 90-97, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29564>. Acesso em: 26 mar. 2025.

PEREIRA, Iunaira Cavalcante; FLORES, Paula Vanessa Peclat; SILVA, Liliane Faria da. Cuidado domiciliar da criança em uso de traqueostomia: perspectiva dos cuidadores no contexto amazônico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 29., p. e92181, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92181>.

PEREIRA, Paloma Almeida *et al.* Educação em saúde no cuidado domiciliar a crianças e adolescentes traqueostomizados: revisão integrativa. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 3, p. 768–773, 2023. DOI:

<https://doi.org/10.51161/conais2023/20985>.

PICININ, Isabela Furtado Mendonça *et al.* Modelo de assistência multidisciplinar à criança traqueostomizada. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, n. 6, p. 19-26, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20160053>.

PINTO, Márcia *et al.* Análise de custo da assistência de crianças e adolescentes com condições crônicas complexas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4043 - 4052, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.08912018>.

PRATA, Isabel; PADOVANI, Flávia. Estratégias de enfrentamento de mães de crianças com doenças crônicas durante internação. **Revista Psicologia, Saúde Doenças**, Lisboa, v. 24, n. 1, p. 28-40, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15309/23psd240103>.

PRECCE, Meirilane Lima *et al.* Demandas educativas de familiares de crianças com necessidades especiais de saúde na transição hospital casa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 73, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0156>.

PRITCHETT, Cedrico V. *et al.* Enfermagem hospitalar e conforto parental no manejo pediátrico Cuidados e emergências com traqueostomia. **JAMA Otolaryngologia - Cirurgia de cabeça e pescoço**, Chicago, v. 142, n. 2, p. 132-137, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2015.3050>

PUCCA, Bruna Gomes *et al.* Elementos de segurança e compreensão de orientações na alta em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210262.pt>.

RAMALHO, Elisabeth Luisa Rodrigues *et al.* Atuação da enfermeira no processo de alta hospitalar de criança com doença crônica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210182.pt>.

RANZINI, Elizandra Paula *et al.* Caracterização de traqueostomia em crianças e adolescentes em um serviço de atenção terciária. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra, v. 7, n. 2, jul.-dez. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/2526101010441>

RASERA, Emerson F; GUANAES-LORENZI, Carla. O terapeuta como produtor de conhecimentos: contribuições da perspectiva construcionista social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, São Paulo, v. 30, n. 69, p. 7-16, 2021. DOI: [10.38034/nps.v30i69.617](https://doi.org/10.38034/nps.v30i69.617).

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Lei nº 9691, de 19 de maio de 2022**. Política estadual de atenção, acompanhamento e tratamento para pessoas com traqueostomia e seus representantes legais no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2022.

RISSI, Gabriel Patrício *et al.* Avaliação dos registros de enfermagem em pediatria: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 19, n. 4, dez. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1147279/6445-pt.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2024.

RODRIGUES, Jessica Aline Pereira *et al.* Construção de protocolo de cuidados de enfermagem à criança no pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210028.pt>.

RODRIGUES, Polianna Fernandes, *et al.* Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 781-787, out.-dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130024>.

ROSA, Caroline Nino *et al.* Direitos da criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 244-249, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3853>

ROSADO, Sara Rodrigues *et al.* Medidas para a assistência domiciliar à criança com estoma: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, n. 7, p. 7175-7180, dez., 2013. Especial. DOI: 10.5205/reuol.476742136--1-ED.0712esp201327.

SALA, Mariana Ceolin Tessele *et al.* Perfil de crianças e adolescentes dependentes de tecnologia em um hospital pediátrico do Sul do país. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e20220409, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0409pt>.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 60, n. 2, p.221-224, mar.-abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>.

SANTOS JÚNIOR, Hugo Santana *et al.* Atuação do fisioterapeuta no gerenciamento de risco para pacientes com traqueostomia. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 54405-54419, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-033>.

SANTOS, Renata Guerra de Araújo Santos. Breastfeeding: what do women who participate in a prenatal group think? **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 73, n. 3, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0338>

SCHWEIGER, Cláudia *et al.* Tracheostomy in children: a ten-year experience from a tertiary center in southern Brazil. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 83, n. 6, p. 627-632, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.08.002>.

SHI, Jenny Y. *et al.* Cuidados com traqueostomia crônica pediátrica: Uma avaliação de um inovador Educação Baseada em Competências Programa de cuidados de saúde comunitários Provedores. **Fronteiras em Pediatria**, v. 10, maio 2022. DOI:

<http://dx.doi.org/10.3389/fped.2022.885405>.

SIGNOR, Eduarda *et al.* Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 01-11, jan./mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769214766>.

SILVA LUIZ, Francine *et al.* Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n.38, p. e1763, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>.

SILVA, Adriana Alves *et al.* Gasometria arterial: métodos e suas aplicabilidades para a enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, São Paulo, v. 17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAEnf.e9334.2022>.

SILVA, Daniel Dantas *et al.* A atuação do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente crítico. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 10, n.12, p. 3174–3183, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i12.17636>.

SILVA, Juliana Matos; MELO, Manuela Costa; KAMADA, Ivone. Compreensão da mãe a respeito do cuidar de crianças estomizadas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190071>

SILVA, Maíra Machado *et al.* O uso de traqueostomia precoce em pacientes pediátricos submetidos a ventilação mecânica prolongada: uma abordagem sistemática. **Cuadernos de educación y desarrollo**, v. 15, n. 9, p. 9015-9031, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv15n9-056>.

SILVA, Roseane Almeida; MOTTA, Priscila Paula; AMORIM, Beterson Jorge Leite. Contribuição fonoaudiológica na decanulação de pacientes traqueostomizados. **Revista Foco**, Curitiba, v. 16., n. 11, p. e3570, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n11-054>.

SILVEIRA, Andressa; NEVES, Eliane Tatsch; PAULA, Cristiane Cardoso. Cuidado familiar das crianças com necessidades especiais de saúde: um processo (sobre) natural e de (super) proteção. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1106 -1114, out./dez. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400029>.

SMITH, Mateus M.; BENSCOTER, Dan; HART, Catherine K. Atualização dos cuidados com a traqueostomia pediátrica. **Current Opinion in Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery**, v. 28, n. 6, p.425-429, Dec. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MOO.0000000000000666>.

SOARES, Maria Carolina Coutinho Xavier *et al.* Elaboração de protocolo de condutas em traqueostomias no hospital referência de tratamento do câncer do Amazonas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. e1744, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20181744>.

SOARES, Taís Helena Veloso *et al.* Traqueostomia: indicações, técnicas, cuidados, complicações e decanulação. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 23, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e12502.2023>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS. Posição da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras sobre as competências essenciais do enfermeiro neonatologista e pediatra. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediatras**, v. 20, n. 2, p. 116-133, 2020.

SOUSA, Brendo Vítor Nogueira. Vulnerabilidade de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 91-103, dez. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042022E508>.

SOUZA, André Lemos; REZENDE, Paula Cristina Medeiros. Aproximações da psicologia construcionista à arte do Palhaço. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 24, n. 2, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v24i2.55889>.

SOUZA, Cinthia *et al.* Cuidados com traqueostomia. **Revista Científica da UNIFENAS**, v. 6, n. 7, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.29327/2385054.6.7-5>.

SOUZA, Rita de Cássia. Uma análise construcionista social da liberdade na educação. **Horizontes**, Itatiba, v. 38, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.24933/horizontes.v38i1.760>.

TAN, Chiew-Yin *et al.* Infecções do trato respiratório em crianças traqueostomizadas. **Jornal de Microbiologia, Imunologia e Infecção**, Taiwan, v. 53, n. 2, p. 315-320, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2018.07.002>.

TANABE, Roberta Falcão; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A interação entre humanos e não humanos nas relações de cuidado em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00213519>.

TAVARES, Karina Sofia *et al.* O cuidado da criança dependente de tecnologia na atenção primária à saúde: uso da simulação. **Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet]**, Goiânia, v. 23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.65819>

TERP, Karina; WEIS, Janne; LUNDQVIST, Pia. Parents' views of family centered care at a pediatric intensive care unit: a qualitative study. **Frontiers in Pediatrics**, Londres, v. 9, p. 725040, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2021.725040>.

TRENTINI, Mercedes.; PAIM, Lygia.; SILVA, Denise Guerreiro V. **O método da pesquisa convergente assistencial**. 4. ed. Porto Alegre: Moriá, 2023.

TRENTINI, Mercedes.; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e1450017, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>.

TRENTINI, Mercedes; BELTRAME, Vilma. Pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 156 -160, maio-ago. 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648987009>. Acesso em: 26 mar. 2025.

TRENTINI, Mercedes; GONÇALVES, Lucia Helena T. Pequenos grupos de convergência: um método de desenvolvimento em tecnologia de enfermagem. **Texto e Contexto em Enfermagem**., v. 9, n. 1, p.63-78, 2000.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. **Pesquisa Convergente Assistencial- PCA**: delineamento provocador de mudanças práticas de saúde. 3 ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise Guerreiro V. O processo convergente assistencial. In: TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Guerreiro V. (orgs.). **O método da pesquisa convergente assistencial**. 4. ed. Porto Alegre: Moriá, 2023. p. 53-81.

TRES, Diana Augusta *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais para o cuidado domiciliar de crianças em uso de traqueostomia: revisão integrativa. **Research Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 2, p. e2811225210, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25210>.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti *et al.* Referência e contrarreferência de crianças em condição crônica: percepção de mães e profissionais da atenção secundária. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 28, p. e51186, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51186>.

VIANA, Simone Beatriz Pedroso; HOSTINS, Regina Celia Linhares. Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos . **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 38, p. e26460, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-469826460>.

VOLSKO, Teresa A., *et al.* Diretriz de Prática Clínica da AARC: Manejo de Pacientes Pediátricos Traqueostomizados no Ambiente de Cuidados Agudos. **Respiratory Care**, Estados Unidos,v. 66, n. 1, p. 144-55, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.08137>

WATTERS, Karen F. Tracheostomy in infants and children. **Respiratory Care**, Estados Unidos, v. 62, n. 6, p. 799-825, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.05366>.

WELLS, Sarah *et al.* Standardized tracheostomy education across the enterprise. **Journal of Pediatric Nursing**, Estados Unidos, v. 43, p. 120-126, Nov./Dec., 2018. Disponívem em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.004>.

ZABIH, Weeda *et al.* O uso de válvulas de fala em crianças com tubos de traqueostomia. **Respiratory Care**, Estados Unidos, v. 62, n. 12, p. 1594-1601, dez.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –Profissionais de Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA: PESQUISA

CONVERGENTE ASSISTENCIAL. No caso de você concordar em participar, solicitamos o favor de assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Marília Aparecida Carvalho Leite

ENDEREÇO: Rua Nabor Toledo Lopes, 1341 – Alfenas - MG - CEP 37 130 000

TELEFONE: (35) 9 8816 5552

OBJETIVO: propor um Protocolo de Assistência de Enfermagem a criança com traqueostomia para Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal de um HospitalUniversitário na perspectiva da Pesquisa Convergente Assistencial.

JUSTIFICATIVA: é importante compreender como é desenvolvido o cuidado de enfermagem à criança com traqueostomia nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, para aprimorar a qualidade do cuidado ofertado.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: para iniciar a pesquisa, serão coletados alguns dados pessoais e de sua formação profissional como: idade, sexo, estado civil, renda pessoal, renda familiar, religião, categoria de enfermagem, período admissional, período de atuação na unidade de internação, unidade de terapia intensiva de atuação

profissional, turno de trabalho, especialização, treinamento/capacitação/atualização no cuidado à criança com traqueostomia. A seguir, será realizada entrevista com a seguinte pergunta: Fale qual é a sua experiência de cuidado a criança com traqueostomia.

Esses dados serão registrados com dois gravadores de celular, Samsung Galaxy A 32, com a sua autorização. Imediatamente após cada entrevista, os dados serão transcritos pela pesquisadora, arquivados em Programa Microsoft Word para análise. Você poderá escolher um nome para a pesquisadora utilizar no estudo a fim de garantir que você não será identificado(a) em momento algum da pesquisa.

Esclarecemos que faz parte deste estudo a observação de suas atividades no ambiente de trabalho, em três momentos. Esses momentos serão registrados em um caderno para análise.

Está previsto a realização de grupos de convergência, ações educativas, por meio de um curso de atualização, serão desenvolvidos conteúdos teóricos e atividades práticas, por meio de apresentação de casos clínicos para planejamento, implementação e avaliação do cuidado, bem como uso manequins, simuladores, materiais e equipamentos necessários ao cuidado. Essa ação será gravada por meio do uso de dois gravadores de celular, com seu consentimento. Ao final das ações educativas, a pesquisadora pedirá a você para expressar sua opinião sobre a atividade realizada.

RISCOS E DESCONFORTOS E MEDIDAS: Este estudo apresenta como riscos o constrangimento de você expressar sua opinião referente ao seu contexto de trabalho e esta ser gravada, e de ser avaliado pela pesquisadora. Como medidas para minimizar esses constrangimentos, será oferecido apoio por parte da pesquisadora e, se necessário, apoio de profissionais que atuam no hospital para suporte emocional.

BENEFÍCIOS: Este estudo tem como benefícios a oportunidade de você expressar sua opinião sobre sua prática, bem como a atualização do conhecimento, o que poderá refletir em sua prática profissional e no cuidado imediato à criança com traqueostomia.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação e você não receberá nenhum pagamento por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: será garantido o sigilo das informações que você prestar, assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos nesta pesquisa, pois seus dados não serão divulgados. Os

resultados da pesquisa serão divulgados apenas em eventos e em artigos científicos sem a revelação do seu nome ou da instituição de saúde.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____ (NOME DO VOLUNTÁRIO(A),
declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora – **MARILIA APARECIDA CARVALHO LEITE** – dos procedimentos que serão utilizados, dos riscos e dos desconfortos, dos benefícios, do custo/reembolso dos participantes, da confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro, ainda, que recebi uma via deste Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS, com endereço na Rodovia MG 179, Km 0, Cep: 37132-440, Fone: (35) 32993030, no e-mail: comitedeetica@unifenas.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sobre minha participação.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: Alfenas, _de ___ de 2022.

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados – Profissionais de Saúde

Data: _____

Nº Participante: _____

1. Idade: _____
 2. Sexo: () Masculino () Feminino
 3. Estado Civil: () solteiro () casado/amasiado ()
divorciado/separado () viúvo () outro
 4. Renda mensal _____
 5. Religião: _____
 6. Categoria de Enfermagem: _____
 7. Período Admissional: () 3 a 6 meses () 6 a 12 meses () 1 a 3 anos () 3 a 6
anos () mais de 6 anos
 8. Período de atuação na unidade de internação: () 3 a 6 meses () 6 a 12 meses
() 1 a 3 anos () 3 a 6 anos () mais de 6 anos
 9. Unidade de terapia intensiva de atuação profissional: _____
 10. Turno de Trabalho: _____
 11. Especialização: _____
 12. Realizou treinamento/capacitação/atualização no cuidado à criança com
traqueostomia? () sim () não
- Se sim, especificar: _____
- Há quanto tempo? () menos de 1 ano () 1 a 2 anos () mais de 2 anos

Questão norteadora para entrevista:

Fale qual é a sua experiência de cuidado à criança com traqueostomia.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –Pais

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL. No caso de você concordar em participar, solicitamos o favor de assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Marília Aparecida Carvalho Leite **ENDEREÇO:** Rua Nabor Toledo Lopes, 1341 – Alfenas - MG - CEP 37 130 000 **TELEFONE:** (35) 9 8816 5552

OBJETIVO: propor um Protocolo de Assistência de Enfermagem a criança com traqueostomia para Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal de um Hospital Universitário na perspectiva da Pesquisa Convergente Assistencial.

JUSTIFICATIVA: é importante compreender como é desenvolvido o cuidado de enfermagem à criança com traqueostomia nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, para aprimorar a qualidade do cuidado ofertado.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: para iniciar a pesquisa, serão coletados alguns dados sociodemográficos como: idade, sexo, estado civil, renda pessoal, renda familiar, religião, primeira internação, reinternação e internação em outra instituição. A seguir, será realizada entrevista com a seguinte pergunta: Como tem sido a sua experiência como responsável acompanhante do seu filho/filha com traqueostomia aqui nesta unidade.

Esses dados serão registrados com dois gravadores de celular, Samsung Galaxy A 32, com a sua autorização. Imediatamente após cada entrevista, os dados

serão transcritos pela pesquisadora, arquivados em Programa Microsoft Word para análise. Você poderá escolher um nome para a pesquisadora utilizar no estudo a fim de garantir que você não será identificado(a) em momento algum da pesquisa.

Esclarecemos que faz parte deste estudo a observação de seus cuidados a criança com traqueostomia. Esses momentos serão registrados em um caderno para análise.

RISCOS E DESCONFORTOS E MEDIDAS: Este estudo apresenta como riscos o constrangimento de você expressar sua opinião e esta ser gravada, e de ser avaliado pela pesquisadora. Como medidas para minimizar esses constrangimentos, será oferecido apoio por parte da pesquisadora e, se necessário, apoio de profissionais que atuam no hospital para suporte emocional.

BENEFÍCIOS: Este estudo tem como benefícios a oportunidade de você expressar sua opinião sobre os cuidados a criança com traqueostomia, bem como a atualização do conhecimento, o que poderá refletir no cuidado ofertado à criança com traqueostomia.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação e você não receberá nenhum pagamento por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: será garantido o sigilo das informações que você prestar, assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos nesta pesquisa, pois seus dados não serão divulgados. Os resultados da pesquisa serão divulgados apenas em eventos e em artigos científicos sem a revelação do seu nome ou da instituição de saúde.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____ (NOME DO VOLUNTÁRIO(A),
declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora – **MARILIA APARECIDA CARVALHO LEITE** – dos procedimentos que serão utilizados, dos riscos e dos desconfortos, dos benefícios, do custo/reembolso dos participantes, da confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro, ainda, que recebi uma via deste Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS, com endereço na Rodovia MG 179, Km 0, Cep: 37132-440, Fone: (35) 32993030, no e-mail: comitedeetica@unifenas.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sobre minha participação.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo

que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ____ de _____ de 2022.

APÊNDICE D– Instrumento de Coleta de Dados - Pais

Data:

Nº Participante: _____

1. Idade: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Estado Civil: () solteiro () casado/amasiado ()
divorciado/separado () viúvo () outro
4. Renda mensal: _____
5. Religião: _____
6. Primeira Internação: () Sim () Não
7. Reinternação: () Sim () Não
8. Internação em outra instituição: () Sim () Não

Questão norteadora para entrevista:

Como tem sido a sua experiência como responsável acompanhante do seu filho/filha com traqueostomia aqui nesta unidade?

APÊNDICE E - Carta de Autorização Institucional

Alfenas, _____ de _____ 2021.

Ilmo. Sr.

Dr. José Sérgio Tavela Júnior

Diretor do Hospital Universitário Alzira Vellano

Solicitamos autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **“CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL”** da doutoranda Marília Aparecida Carvalho Leite, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL- MG.

O objetivo do estudo é Propor um Protocolo de Assistência de Enfermagem a criança com traqueostomia para Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal de um Hospital Universitário na perspectiva da Pesquisa Convergente Assistencial.

Ressaltamos que é imprescindível compreender como é realizado o cuidado de enfermagem à criança com traqueostomia nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica para aprimorar a qualidade do cuidado ofertado.

Caso seja autorizado o desenvolvimento deste estudo, a coleta de dados nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, será por meio de observação dos participantes, entrevistas no ambiente de trabalho, seguidas de grupos de convergência, em momentos diferentes, para alcançarmos maior participação de funcionários e não deixarmos o setor desfalcado. Ressaltamos que os dados serão coletados somente após a autorização do Comitê de Ética da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS.

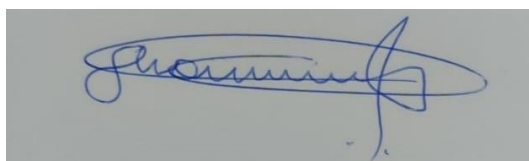
Esclarecemos que estaremos atentos para não interferir na dinâmica de trabalho e de funcionamento do setor onde realizaremos esta pesquisa, assim como de todo o hospital.

Desde já, agradecemos a atenção dispensada ao nosso pedido.

Respeitosamente,



Profa. Dra. Eliza
Maria Rezende
Dázio
Orientadora



Prof. Dr. Dênis
da Silva Moreira
Coorientador



Marília
Aparecida de
Carvalho Leite
Pesquisadora

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM TRAQUEOSTOMIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Pesquisador: MARILIA APARECIDA CARVALHO LEITE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62496522.9.0000.5143

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO- UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.701.914

Apresentação do Projeto:

Desenho: Estudo com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial. Para esta proposta é fundamental um estudo de abordagem qualitativa para aprofundar a compreensão da assistência à criança com traqueostomia em terapia intensiva, da perspectiva dos participantes deste contexto assistencial.

Resumo: Este estudo está centrado no cuidado à criança com traqueostomia em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e Pediátrica de um hospital universitário, sob a perspectiva dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e pais/cuidadores, fundamentado nos referenciais do Construcionismo Social e da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). As inovações científicas e tecnológicas e os avanços nas políticas públicas de saúde possibilitaram mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, o que aumentou a expectativa de vida de crianças com condições crônicas que demandam cuidados, pois apresentam situação clínica crítica, principalmente durante a hospitalização. No Brasil, os registros sobre a prevalência e a caracterização de crianças que necessitam de cuidados especiais ainda são escassos, todavia, dentre os dispositivos tecnológicos utilizados para compensação da perda de uma função vital está a traqueostomia, que consiste na abertura cirúrgica da traqueia na linha média do pescoço, abaixo da cartilagem cricoide, com a inserção de uma cânula para facilitar a aspiração de secreções traqueobrônquicas, evitar traumas

Endereço: Rodovia MG 178 km 0,8, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.120-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br