

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO- EEAP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MESTRADO

Mariana Braune

**Luminosidade e temperatura no ambiente do cliente em
situação de pós-operatório: um estudo de Enfermagem sobre
conforto.**

Rio de Janeiro

2014

MARIANA BRAUNE

Luminosidade e temperatura no ambiente do cliente em situação de pós-operatório: um estudo de Enfermagem sobre conforto no ambiente.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro –UNIRIO, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^o Dr^o Carlos Roberto Lyra da Silva

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Nélia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Braune, Mariana.

B825 Luminosidade e temperatura no ambiente do cliente em situação de pós-operatório : um estudo de enfermagem sobre conforto no ambiente/ Mariana Braune/2014.
67 f. : 30 cm

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva.

Coorientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1. Enfermagem. 2. Luminosidade ambiental. 3. Temperatura ambiental. 4. Ambientes de instituições de saúde. 5. Cuidados pós-operatórios. 6. Assistência ao paciente. I. Silva, Carlos Roberto Lyra da. II. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. III. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 610.73

**Luminosidade e temperatura no ambiente do cliente em
situação de pós-operatório: um estudo de Enfermagem sobre
conforto.**

Mariana Braune

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em 25 de março de 2014.

Presidente: Prof^o Dr^o Carlos Roberto Lyra da Silva

1^o examinador: Prof^a Dr^a Sandra de Souza Lima Rocha

2^o examinador: Prof^a Dr^a Nélia Maria Almeida de Figueiredo

Suplente: Prof^o Dr^o Márcio Tadeu Ribeiro Francisco

Suplente: Prof^o Dr^o Roberto Carlos Lyra da Silva

RESUMO:

O enfermeiro tem como ação cuidar do cliente seja na recuperação da sua saúde ou no ambiente que o circunda. É entendido que o ambiente é capaz de impedir assim como contribuir para a doença. O objeto deste estudo é a Luminosidade e Temperatura no ambiente como indutores de conforto ou desconforto do cliente no pós-operatório. Os objetivos que norteiam esse estudo são: Mensurar os níveis de temperatura e luminosidade no ambiente do cliente em situação de pós-operatório por meio dos aparelhos luxímetro e termômetro digital infravermelho; Identificar o que o cliente sente e nos diz quando submetido a condições do ambiente onde estão, destacando os aspectos luminosidade e temperatura; Analisar correlacionando os resultados quantitativos da mensuração da luz e temperatura com o que sentem e dizem os clientes e Destacar o que é e o que não é conforto nas falas dos clientes quando submetidos a luminosidade e temperatura no ambiente no pós-operatório. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa com enriquecimento de dados quantitativos, no qual participaram clientes em pós-operatório de um Hospital Universitário situado no Rio de Janeiro. A análise dos dados obtidos foi realizada através de categorias que surgiram ancorados na análise de conteúdo de Bardin. O resultado revelou que o ambiente provoca desconforto ao cliente quando é iluminado inadequadamente ou quando a temperatura não é aquela desejada. Tanto um quanto outro se tornam difíceis de serem resolvidos na perspectiva do sentir e do desejo de cada cliente, pois encontravam-se todos em um mesmo ambiente porém com necessidades diferentes.

Palavras-chaves: enfermagem; luminosidade; temperatura; pós-operatório

SUMMARY:

The nurse has the action take care of the customer is in the recovery of your health or the environment that surrounds it. It is understood that the environment is able to prevent and contribute to the disease. The object of this study is the brightness and temperature in the environment as comfort inducers or customer discomfort during the postoperative period. The objectives that guide this study are: To measure the levels of temperature and light in the customer environment in post-operative situation through the light meter devices and infrared digital thermometer; Identify what the customer feels and tells us when subjected to environmental conditions where they are, highlighting aspects brightness and temperature; Analyze correlating the quantitative results of the measurement of light and temperature with what they feel and say customers and highlight what is and what is not comfort in customer lines when subjected to light and temperature in the environment postoperatively. This is a descriptive study with qualitative approach with quantitative data enrichment, which involved customers in the postoperative period of a university hospital located in Rio de Janeiro. The data analysis was performed using categories that emerged anchored in Bardin content analysis. The result revealed that the customer environment causes discomfort when it is lit inappropriately or when the temperature is not that desired. Both one and the other become difficult to resolve in view of feeling and desire of each client, as were-all in the same environment but with different needs.

Keywords: nursing; brightness; temperature; postoperative

SUMÁRIO:

- Introdução	página 9
- Desenvolvimento	
I- Capítulo I- A base teórica sobre enfermagem, corpo e ambiente- luminosidade temperatura e conforto	página 16
Sobre o corpo e a enfermagem	página 20
Sobre ambiente- luminosidade e temperatura	página 24
II- Capítulo II- Caminho metodológico e estratégias de produção de dados.....	página 29
-Capítulo III- Resultados e Discussão.....	página 32
Perfil dos entrevistados	página 32
Dados qualitativos	página 34
Consequências da luminosidade	página 39
Temperatura no pós-operatório	página 42
- Discussão	página 48
Luminosidade e temperatura no pós-operatório: indicadores de (des)cuidados e de ações de cuidar.....	página 48
- Considerações Finais	página 58
- Referências	
- Apêndices:	

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

INTRODUÇÃO:

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROBLEMA E JUSTIFICATIVA SOBRE O TEMA:

Essa dissertação tem como objeto: Luminosidade e Temperatura no ambiente como indutores de conforto ou desconforto do cliente no pós-operatório, e integra-se ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem- Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO. Esta dissertação integra-se a Linha de Pesquisa “O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar”, com vinculação a Pesquisa Institucional intitulada “Motricidade Humana e Cuidados: mecanismos e efeitos moleculares, celulares e fisiológicos do corpo em suas diversas experiências biológicas, históricas e ambientais” da Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

O tema escolhido é devido a continuação dos estudos sobre o ambiente não só a partir do que nos sugere NIGHTINGALE (1989) , mas de todo um discurso teórico prático sobre as influencias do ambiente como confortante ou não, que viemos desenvolvendo durante a especialização e agora no mestrado, quando decidimos ampliar o estudo acerca da luminosidade e da temperatura em enfermaria cirúrgica

Trabalhando em enfermarias cirúrgicas identifiquei por meio das falas dos clientes, que se encontram em situação de pós-operatório, que a luminosidade e a temperatura provocam desconfortos em seu corpo enquanto mantem-se neste ambiente de enfermaria cirúrgica. Este ambiente pode ser considerado cenário de produção de práticas e saberes para a enfermagem no qual, ao cuidar de clientes em pós-operatório, deve estar atento a condições de luminosidade e de temperatura presentes na

enfermaria- o ambiente/cenário de cuidar que é definido por Miranda et all (2008) quando fazem as aproximações entre ambiente e cenário, quando dizem:

A noção de ambiente tem sido constantemente associada à de espaço, considerados, ambos, em variadas e múltiplas dimensões e apropriados pelo conhecimento e a arte, como conceito, definição, teoria, construção técnica, forma, criação estética, virtualidade que pode se expandir, adentrar, invadir, permear, contingenciar, localizar, referenciar, impactar, produzir e ser produzido- enfim, ser mutável e , mesmo assim, permanecer único, singular e sempre presente. (MIRANDA ET ALL, 2008, pag 9)

É a partir dessa posição que temos pensado o ambiente do cuidar, principalmente, para clientes que chegam da cirurgia, a partir da experiência primeira de NIGHTINGALE(1989) e a partir do conceito proposto por Figueiredo e Machado (2009), que é ampliado e aprofundado nas bases teóricas desta dissertação. Para esses autores:

Ambiente é o contexto e o espaço interno- o último do corpo, e o espaço externo ao corpo, onde nascemos e vivemos, onde coexistimos e convivemos com pessoas e coletividades. Espaço público de ação política e de saberes, é onde se encontram as pessoas que cuidam e que são cuidadas. O cuidado se dá no microambiente (hospitais, centros de saúde, em casa) ou no macroambiente (coletivo e comunitário). (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, pag 426)

O cliente que está em uma enfermaria deve merecer daqueles que cuidam uma atenção especial para o seu ambiente, no qual ele passa a habitar temporariamente. Porém, um dos problemas percebidos é de que os/as enfermeiros parecem não trabalhar com conceitos de cuidados e ambiente, que ampliou o entendimento para além de um lugar delimitado por fronteiras físicas, de comunicação, de conhecimentos e práticas

para cuidar; ambiente rico em movimentos sociais, políticos e de trabalho onde circulam diversos profissionais da saúde e fora dela.

Ao optar pelo ambiente e seus elementos: luminosidade e temperatura, como desencadeadores de bem ou mal-estar, de conforto ou desconforto, escolhemos o princípio Nightingaleano com a intenção de estudar e pesquisar esses elementos no cotidiano de cuidar dos clientes no pós-operatório.

Há de ser considerada, a importância de NIGHTINGALE (1989), não só como uma das personagens do século XIX que contribuiu para a mudança das práticas de cuidar do mundo, mas de suas experiências, vivendo em uma época em que havia um abismo enorme entre ricos e pobres. “Centrou sua atenção em hospitais, locais temidos, onde ninguém gostaria de entrar. Eram locais sujos, escuros e mal administrados. O conceito de higiene não era sequer compreendido, os pisos nunca eram lavados, as paredes eram sujas, os colchões viviam encharcados e as roupas de cama não eram trocadas com periodicidade”(BROWN,1993), destacava os elementos do ambiente como aeração, iluminação, temperatura e ruídos estavam sob sua permanente atenção, fazendo deles princípios para a base de uma teoria do ambiente.

Igualmente, incluir o conceito de conforto não como objeto de estudo, mas como base conceitual ou fundamento teórico procede, pois ele sustenta as consequências que o ambiente, quando inadequado ou não, produz efeitos no corpo do cliente em pós-operatório. Quanto a isso, Figueiredo e Machado (2009) afirma

Conforto, como meta permanente do cuidado de enfermagem, é o que vem sendo discutido e testado por alguns teóricos de Programas de pós-graduações (UFSC; UFRJ; UNIRIO; UERJ), que é dirigido a pessoa hospitalizada e as demais pessoas a ela ligadas com o intuito de promover e

manter o conforto- seja físico ou emocional- bem estar e segurança, no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais. O conforto é entendido para além do cuidado, porque é ofertado para o bem estar das pessoas como condição de conforto físico-espiritual, que se inicia no cuidado com o ambiente, com os pertences, com a família, com o corpo que recebe cuidados, que se expressa nos sinais e sintomas físicos-biológicos. Confortar e também cuidar para o espírito que começa com comunicação, atenção, a “escuta sensível”, a oração, a mímica, a presença da família e de pessoas do afeto- manutenção da esperança, das possibilidades e das crenças. (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, pag 427)

É possível perceber diante de nossa prática que não existe uma preocupação das/os enfermeiras/os, com a conduta e a prática de cuidar voltada para os elementos do ambiente e suas consequências ou efeitos no corpo do cliente ao adoecer, internar-se, operar-se e recuperar-se. A inexistência de registros sobre o que faz e como faz, esconde essa conduta, que existe possivelmente, mas que não se expressa como cuidados mais gerais, e que não é destacada no âmbito das preocupações com o ambiente.

O ponto de partida para delimitação do objeto surge a partir da experiência de cuidar de clientes nas mais diversas condições clínico-cirúrgico, entretanto os aspectos inerentes ao conforto físico remetem os profissionais de saúde, ou talvez deveriam remeter à uma reflexão crítica a cerca do ambiente em que os corpos de quem cuida e de quem é cuidado estão sujeitos a ação/reação as variações de luminosidade e temperatura, sobretudo, quando os clientes receptáculos de nossos cuidados são submetidos a intervenções cirúrgicas. Sendo assim, o interesse em estudar as possíveis inquietudes vivenciadas ainda durante a graduação na oportunidade do ensino clínico e reafirmada já na condição de enfermeira pós-graduanda nos moldes de residência em

clínica médica e cirúrgica, permitiu ao *sujeito*¹ detectar problemas fundamentais durante a recuperação dos clientes em pós-operatório.

Os problemas que mais se destacaram foram aqueles relacionados ao ambiente do cuidado, tais como intolerância a temperatura elevada e iluminação, mas que no entanto, pareciam não chamar tanta atenção dos profissionais de saúde inclusive, a enfermagem. Tal situação permite indagar: o motivo pelo qual estes fatores não chamam a atenção desses profissionais se devem a falta de conhecimento ou por não se configurarem em um problema/preocupação que merece cuidado ?

Não é comum nas conversas desses profissionais e nas propostas de cuidar, que contemplassem os elementos luminosidade e temperatura; como desencadeadores de conforto ou desconforto. Assim, as questões que se colocam são: a) o ambiente a partir de seus elementos luminosidade e a temperatura são capazes de produzir sensações de conforto ou desconforto no cliente em situação de pós-operatório? b) É possível mensurar a luminosidade e temperatura, não só tecnicamente, mas nas falas dos clientes em pós-operatório?

Nos parece que estas são questões cujas respostas podem confirmar ou não que o ambiente do cuidado por meio dos elementos luminosidade e temperatura contribuem para o conforto ou desconforto do cliente em situação pós-operatória com impacto no processo de recuperação pós-operatória. Isso é destacado por Nightingale (1989) quando diz que a luminosidade e temperatura são causadores de adoecimento quando inadequados e os seus efeitos em clientes que devem estar em repouso, e para isso deveria ser uma preocupação da enfermagem em colocar estes clientes em um ambiente

¹ Na perspectiva de Hessen (2003) trata-se do agente cognoscente tal como aquele que se interessa em conhecer um *objeto* sendo este o ultimo o agente cognoscível.

confortável. Assim decidimos ser pertinente iniciar estudos sobre consequências no corpo do cliente em pós-operatório.

É oportuno não perder de vista que o ambiente hospitalar é um ambiente gerador de riscos que é aumentado pelo número de pessoal, podendo-se destacar médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes de enfermagem, residentes médicos, residência multiprofissional, acadêmicos de medicina, enfermagem e nutrição, fato este que gera um desconforto ambiental em relação a temperatura e luminosidade nesse estabelecimento assistencial de saúde.

Neste estudo, os objetivos propostos são:

- a) Mensurar os níveis de temperatura e luminosidade no ambiente do cliente em situações de pós-operatório por meio dos aparelhos luxímetro e termômetro digital infravermelho.
- b) Identificar o que o cliente sente e nos diz quando submetido a condições do ambiente onde estão, destacando os aspectos luminosidade e temperatura
- c) Analisar correlacionando os resultados quantitativos da mensuração da luz e temperatura com o que sentem e dizem os clientes.
- d) Destacar o que é e o que não é conforto nas falas do cliente quando submetidos a luminosidade e temperatura do ambiente no pós-operatório.

Este estudo poderá contribuir com os avanços do conhecimento de enfermagem sobre os efeitos do ambiente no corpo de quem cuidamos e por que não, no nosso

próprio corpo, confirmando ou não (considerando uma experiência primeira) o que nos orienta Nightingale (1989) sobre o cuidado com o ambiente.

Pensamos que seria oportuno, para este estudo encontrar caminhos de comprovação científica por meio de aparelhos de medição de temperatura e de luminosidade, se de fato há uma variação de temperatura e luminosidade que fuja dos padrões estabelecidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) nº7256 de 29 de abril de 2005 e pela Norma Brasileira (NBR) nº 5413 de abril de 1992, que possa interferir na promoção de saúde desses clientes internados nas clínicas cirúrgicas de um hospital universitário, o que justifica o desenvolvimento do estudo e deve interessar a enfermagem e as instituições de saúde, que de modo geral não colocam esses elementos como bases para cuidar adequadamente.

Além do mais ao mensurar luminosidade e temperatura por meio de tecnologias próprias poderemos estar ampliando cientificamente preocupações de um cuidado com o ambiente, até então, empiricamente pensado e objetivado, e conseqüentemente atribuído cientificamente ao cuidado, quando este pode ser mensurado e explicado.

É sem dúvida uma contribuição para teorização e discussão da Enfermagem Fundamental e a articulação com outros projetos como o da Prof^a Teresa Tonini sobre Semiologia e Semiotécnica do Ambiente. Conseqüentemente, o ensino de Enfermagem Fundamental, para os estudantes do terceiro e quarto períodos, poderá introduzir novos conteúdos teóricos e práticos no que chamamos de procedimentos básicos de Enfermagem, além dos já instituídos, e, dentre os científicos, a fundamental inclusão dos princípios Nightingaleanos.

DESENVOLVIMENTO

CAPÍTULO I- A BASE TEÓRICA SOBRE ENFERMAGEM, CORPO E AMBIENTE: LUMINOSIDADE, TEMPERATURA E CONFORTO.

A Enfermagem é uma profissão relativamente nova, considerando-a científica a partir de Florence Nightingale,. O sistema Nightingale espalhou-se rapidamente pelo mundo inteiro, levado principalmente pelas pioneiras inglesas e norte-americanas. “ A Enfermagem no Brasil ocorreu na virada do século passado, mas teve impulso após o ano de 1923, com a criação de escola de enfermagem no Brasil- Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública” (MEDEIROS, TIPPLE E MUNARI, 1999). “A partir da criação desta escola, e da formação das primeiras enfermeiras diplomadas efetivamente se inicia a profissionalização desta prática social no Brasil” (RIZZOTTO, 2006)

Desde então, a enfermagem vem por meio de seus profissionais, desenvolvendo estudos e práticas para o fortalecimento de uma prática científica e no aprofundamento de uma cientificidade que lhe é própria.

Muitos enfermeiros e docentes de enfermagem, vem resgatando os princípios instituídos por Nightingale, olhando de modo mais atento para os aspectos ambientais, e para os princípios básicos sobre cuidados de Enfermagem como orienta Henderson (1981) e assumido pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), os quais, ainda hoje, veiculam e fundamentam muitos discursos da prática de Enfermagem. Foi dito por Henderson e ainda hoje é muito atual:

Quando destaca que a função principal e peculiar da enfermagem é a de harmonizadora e centra-se em cuidados básicos, essa harmonia diz respeito também as leis do exercício da enfermagem; ainda, dentre as múltiplas

necessidades do indivíduo, quais sejam universalmente as mais adequadas para a enfermeira tomar a si e desempenhar melhor do que ninguém. (HENDERSON, 1981)

Desse modo a função da enfermeira, na enfermagem cirúrgica, não foge a essas orientações e de acordo com a individualidade de cada cliente ela une esforços para que a pessoa se recupere melhor, seja mais saudável. Destaca-se como função peculiar da enfermeira:

Dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desenvolvimento de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la (ou ter uma morte serena)- atividades que ele desempenharia só, se tivesse a força de vontade ou conhecimentos necessários. (HENDERSON, 1981, pag 11)

Para as enfermeiras existem necessidades comuns a todos os doentes ou sadios defrontadas habitualmente pela enfermeira que está constantemente envolvida por situações que mudam o cenário de cuidar, alteram as respostas dos clientes. Essas atividades comuns listadas por Henderson são para dar assistência ao cliente nas seguintes atividades, ou preserva-lhes condições que o habilitem a:

- a) respirar normalmente
- b) comer e beber adequadamente
- c) manter boa postura do caminhar, assentar, deitar e mudar de posição
- d) dormir e repousar adequadamente
- e) escolher roupas adequadas, vestir-se e despir-se
- f) manter a temperatura corporal dentro do limite considerado normal, mediante roupas adequadas e controle de temperatura do ambiente
- g) manter limpo, bem cuidado e protegido

- h) evitar perigos no meio ambiente, evitar causar acidentes ou outros (injurias ou acidentes)
- i) comunicar-se com outros expressando suas emoções, necessidades e temores
- j) satisfazer suas necessidades religiosas de acordo com a fé que profena
- k) trabalhar em algo que lhe proporcione um sentimento de realização
- l) divertir-se ou participar de várias formas de recreação
- m) aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz do desenvolvimento normal e sadio.

A enfermagem vem ampliando suas formas de fazer e conhecer qual é a sua função e a natureza do trabalho. Atualmente, os discursos e práticas se ampliam e tomam diversos rumos, um deles é o de pensar numa clínica própria, que é definida por Figueiredo e Machado

É a enfermagem realizada para qualquer tipo de clientela porque traz em si os fundamentos e as ações para atender alguém que está doente ou ainda em fase diagnóstica. A enfermagem clínica é para manter as condições de vida instaladas; evitar complicações; detectar sinais, sintomas e signos novos e agir para restaurar o bem-estar, o bom viver do ser humano, geralmente reconhecido como saúde. É uma enfermagem centrada no cliente, o seu ambiente e não mais exclusivamente na patologia/ doença que lhe causa mal estar. A preocupação é com o corpo total onde a doença/ mal estar é um evento na vida de todos. É uma clínica que busca uma semiologia própria para a enfermagem em prática entendida como uma ciência do sentir e dos sentidos, das emoções e intuições do conforto, além da intelectualidade. (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, pag 409)

SOBRE O CORPO E A ENFERMAGEM

No caso deste estudo o corpo “agredido” pela intervenção cirúrgica encontra-se com necessidades de proteção e conforto a serem atendidas o que indica cuidados decorrentes da cirurgia para um corpo que é “tegumentar, esquelético, neurológico, respiratório, circulatório, digestório, renal, endócrino e hemático” (FIGUEIREDO e MACHADO, 2009, pag 251) e que após o ato cirúrgico ele pode estar em desequilíbrio necessitando de cuidados para o retorno de suas funções normais. Esse corpo:

Se comunica e se encontra dentro do discurso das Ecologias Social e Mental, que não tem apenas como objetivo de desenvolver um ambiente de comunicação, mas também de criar instâncias, locais de subjetivação (coletiva) sobre a situação vivida. (GUATTARI, 1992, pag 16)

Assim, pensando na situação de pós-operatório levando em consideração o ambiente, o cliente em tal condição cristaliza o que pensa, estabelecendo dimensões estéticas para o conforto ou desconforto decorrente de luminosidade e temperatura inadequadas ou não.

Operar ou se preparar para tal pode desencadear pensamentos que dão identidade a situações, CIRURGIA, e podem envolver o modo de viver emoções, de ter representações e imaginações, nem sempre percebidas de imediato por eles quando solicitamos que pensem sobre o ambiente e suas consequências no corpo em pós-operatório.

Vale destacar que existe uma preocupação com o corpo do cliente em pós-operatório que necessita de bem estar e o conforto, ou mal estar para o desconforto. Nesse sentido, destacamos:

Bem estar como um estado ou situação extrema e íntima, consequência de qualidade de vida na dimensão histórica de pessoas e comunidades, isso significa a inclusão da dimensão física, emotiva, mental, espiritual, social, política, econômica e cultural. (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, pag 427).

Pode ser também, segundo o Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (2009-2011), estado ou qualidade de estar saudável, especialmente quando o estar saudável resulta de esforço intencional, no sentido de conforto ele diz respeito não só aos aspectos físicos do corpo, mas também é encontrado nos sentimentos e emoções os quais são interpretados por BARBIER (1993) como:

A Emoção é uma conduta intermediária de mediação entre pulsão e a significação, entre a marca e o sentido. É diversa dos comportamentos de efetuação ou de satisfação direta; é uma conduta de ação indireta sobre outrem pela comunicação, mas o sinal emotivo não tem aspecto arbitrário, enquanto que o sentimento é uma espécie de compreensão intuitivo-afetiva da complexidade da realidade. (BARBIER, 1993, pag 199)

Essas posições sobre sentimento e emoção dos clientes sobre os efeitos da luminosidade e da temperatura nos dão o quanto é complexo o cuidado que se ampara nestas questões cotidianas de viver e que podem indicar, também, conforto ou desconforto.

Sobre conforto, optamos pelo conceito de Figueiredo onde indica que “as bases necessárias para a Teoria do Cuidado/Conforto encontradas nas posições de enfermeiras, estudantes e teóricas são: a terra, a ecologia do cuidado e da saúde ambiental; o sopro, a vida, o cuidado com a vida; o ar, o vento que ventila e dá vida ao corpo e ao ambiente; e as pistas como semiologia e semiotécnica- a investigação e a produção de conhecimento.” (FIGUEIREDO, 1997, pag 68) A afirmativa sobre erros

bases destaca a indissociabilidade entre teoria e prática que mostra-se quando o cuidado é feito:

Quando cuidamos das pessoas, quando limpamos seus odores e humores para lhes dá conforto físico-mental; quando escolhemos uma agulha certa para a punção de uma veia (nem sempre visível); quando descobrimos modos e maneiras de nos relacionar; quando conversamos, quando ouvimos, quando suportamos os desafios do cotidiano de cuidar, quando não sabemos o que fazer (e nem o que dizer); quando nos emocionamos (diante do nascimento e da morte); quando decidimos; quando criamos estratégias para manter a vida em seu próprio fluxo (ou quando desistimos, mas mantemos o corpo cuidado até entregá-lo a morte) (...) (FIGUEIREDO,1997, pag 168)

Embora o tema conforto seja abordado na literatura de enfermagem como integrante do cuidado físico, Florence Nightingale, apontava que o conforto é um aspecto importante do cuidado e inerente a enfermeira no processo de restauração da saúde, sendo o ambiente um fator determinante neste processo (SILVA, 2008). O conforto envolve e depende das experiências vividas pelo cliente durante o processo de internação hospitalar e que o alcance do mesmo poderá ser produto dessas experiências (orgânicas, históricas e ambientais).

Isso nos faz acreditar, que é no cotidiano do cuidar que a enfermagem precisa se reportar as necessidades humanas básicas de seus clientes, que envolvem o conforto físico-psicoemocional-espiritual-social, mas que equivocadamente nos parece que ainda não têm sido entendidas a partir desses fatores ambientais, tão importantes para o processo de restauração de saúde. Silva (2008), entende que esse saber biológico é importante e necessário, porém não pode ser considerado como fator unitário, deve ser articulado com outras fontes de saber que ressaltam o cuidado e o conforto para promoção e restauração da saúde.

Ao ler Notas sobre Enfermagem de Nightingale (1989) foi fácil identificar a importância que Florence Nightingale atribuiu ao ambiente físico. A preocupação da autora com aspectos ambientais perpassava o ambiente hospitalar, incluía todos aqueles ambientes destinados ao atendimento de pessoas enfermas. Acreditava que o ambiente saudável era necessário ao atendimento de enfermagem e à sua específica condição de adequabilidade.

O conforto térmico era considerado por Florence Nightingale como a mais importante necessidade humana relacionada ao ambiente. A mesma dizia que a pureza do ar é essencial, porém havia a necessidade de manter a temperatura do ambiente adequado tal que não resfriasse o doente. Para a precursora da enfermagem moderna era desejável que:

As janelas do quarto do doente sejam do tipo que ele próprio, na eventualidade de poder caminhar, possa abri-las ou fechá-las com facilidade. De fato, se esse não for o caso, raramente o quarto do enfermo será devidamente arejado. (FLORENCE NIGHTINGALE, 1989, p. 21)

SOBRE AMBIENTE- LUMINOSIDADE E TEMPERATURA

Florence Nightingale em sua obra *Notas sobre Enfermagem* expôs que o pior de todos os métodos de manter o paciente aquecido é depender do calor desprendido por sua respiração e por seu próprio corpo dentro de um quarto fechado, obrigando-o a respirar sempre a mesma atmosfera quente, úmida e pútrida.

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) por meio da Norma Brasileira nº 7256, de 29 de abril de 2005, estabelece o Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) Requisitos para projeto e execução das Instalações. Determina que a temperatura do ambiente de internação geral deve variar entre 21 a 24°C.

O conforto luminoso, segundo Nightingale, é a segunda necessidade humana relacionada ao ambiente. Em *Notas sobre Enfermagem* registrou:

O resultado inquestionável de toda a minha experiência com doentes é que depois da necessidade de ar puro vem a necessidade de iluminação; depois de um quarto fechado, o que mais lhe faz mal é um quarto escuro. E não é apenas a claridade que desejam, mas a luz solar direta. (NIGHTINGALE, 1989, p. 96)

A luz no ambiente tem efeitos reais e tangíveis sobre o corpo humano. No caso específico do ambiente hospitalar, o paciente pode demandar muitas horas ou dias neste local, as condições de iluminação e a percepção do ambiente externo pode trazer conforto.

VERDUSSEN (1978) refere a luminosidade proporcionada pela luz natural, como sendo ideal, mas entende que por razões práticas o seu uso exclusivo torna-se restrito o que acarreta na compensação do déficit gerado pelas luzes artificiais .

A Norma Brasileira (NBR) n° 5413, de abril de 1992 dispõe sobre a iluminância de interiores e estabelece três níveis de iluminação que podem ser adotados para cada local, sendo estas inferior, intermediário e superior. Estabelece que para quartos particulares de pacientes deve ter os seguintes valores médios de iluminação:

Geral 100 – 150 – 200 (lux)

Cama 150 – 150 – 300 (lux)

O cliente em pós-operatório necessita de ser acolhido com ações de enfermagem delicadamente atenciosas que dê o conforto necessário a recuperação. Com certeza, ao retornar da anestesia, o cliente sente dor, sente medo, sente insegurança e a enfermagem é a que está mais próxima dele, tocando para administrar medicamentos, tocando para mudar de posição, tocando para higienizar seu corpo, tocando para aferir sinais vitais e tocando para sentir, e este tocar envolve olhar e escutar. Para isso é importante pensar na enfermagem de Florence Nightingale que instrui colocarmos o cliente nas melhores condições para que a natureza promova sua cura. Esse tocar, que também faz parte de cuidar do cliente em pós-operatório, que pode ser de forma física, para fazer procedimentos, de supervisão-olhos- de escuta e comunicação, o que diz respeito ao corpo todo :

O estímulo de tocar causa reações de ordem física ou mental em todo o corpo e nesse tocar é preciso lembrar que parte da história das pessoas está na pele. Muitas pesquisas afirmam que uma criança quando apanha dos pais, a pele torna-se espaço da dor e de não prazer. Provavelmente, crianças que apanham, que não tem cuidados ternos e delicados podem transformar em seres violentos. Dependendo, de cada um a pessoa pode se distanciar ou se aproximar do toque, pois a pele e o sistema nervoso tem a memória de experiências. (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, pag 269)

Esse toque se dá em um ambiente que nos interessa como espaço de cuidar e para muitos entendido como o território da saúde que pode significar uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte. Por isso é fundamental destacar o que Miranda e cols (2008) nos dizem sobre ambiente, espaço e território que tem sido comum em nossos discursos.

Sobre a noção de ambiente:

Tem sido constantemente associado a de espaço, considerados ambos, em variadas e múltiplas dimensões e apropriados pelo conhecimento e a arte; ambiente corresponde e significa ‘mundo circundante’, ou seja, mundo das coisas próximas e provém do termo latino *ambulare*, que se traduz por mundo por onde andamos, onde todo mundo é visto como contato. (MIRANDA E cols, 2008, pag 9)

A noção de espaço:

O ambiente pode ser compreendido como qualificação do espaço, cuja compreensão exige o comprometimento de complexas e articuladas dimensões de disciplinas científicas e outras formas do saber e criar. (MIRANDA E cols, 2008, pag 9)

Miranda e cols (2008) falam sobre as qualificações do binômio espaço-ambiente em seus diversos conteúdos como: espaço geográfico e saúde; espaço econômico/ecológico e saúde e espaços de complexidade, integração e ação em saúde.

A respeito da noção de território:

Ele não é exclusivo da geografia, tendo sido utilizado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento, como a antropologia, a sociologia, a ciência política e a ecologia, entre outros, por isso vale a pena lembrar a história de sua formulação; e jurídico-política- deriva da geografia política

clássica e estabelece uma ligação vital entre estado e território; que a territorialidade humana é análoga à animal e está na base da constituição de territórios, e uma área delimitada pelas fronteiras nacionais de um estado; também estaria ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar e esta vincula as relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico. (MIRANDA e cols, 2008, pag 9)

A preocupação com o dissenso do espaço e do cuidado de enfermagem é decorrente do que nos orienta Nightingale, ao chamar a atenção para os elementos que estão no ambiente, como ar, água, luz, ruídos, higiene, que podem ser restauradores da doença se adequados. Provavelmente, cometemos a mesma associação com o ambiente hospitalar por ser um espaço no qual não somente os profissionais de saúde, mas também, os clientes, vivem experiências tanto de ordem biológicas como históricas e ambiental poderão trazer implicações para o doente. Não obstante, tais experiências, em particular, as ambientais, estão permeadas e marcadas por inúmeros fatores de risco a recuperação desses clientes quando vivem a experiência de internação hospitalar.

Muito embora Nightingale (1989), já tivesse mencionado a necessidade de atenção com o ambiente como restaurador da saúde, atualmente, essa não tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde. Nightingale, destaca que a enfermagem é capaz de favorecer o processo de promoção de saúde, mediante o uso de fatores ambientais, como o ar puro, a luz e o calor, com o mínimo dispêndio de energias vitais do paciente, mantendo assim este paciente em melhores condições para que a natureza nele pudesse agir restabelecendo assim sua saúde.

Para Florence Nightingale (1989) os sintomas ou sofrimentos são inerentes a diversas doenças e como tal não podem ser evitados, mas muitas vezes não são sintomas

da doença, e sim algo bem diferente como a falta de alguns fatores, tais como: ar puro, claridade e aquecimento. Nightingale supunha que o processo restaurador da saúde é um processo natural do ser humano e pode ser retardado por falta de conhecimento ou atenção a um ou a todos esses fatores.

MURRAY e ZENTNER (1975), assim como Florence Nightingale, deram à devida importância ao ambiente, descrevem que o ambiente é capaz de “impedir, reprimir e contribuir para a doença, acidentes ou morte”.

O desconforto causado pelo ambiente no paciente em processo de internação hospitalar não pode ser mais um fator estressante nos espaços de cuidar que muitas vezes são construídos para situações estressantes de atendimento associadas a clientes com risco de vida ou sofrimento profundo. De acordo com Miquelin (1992) A enfermeira é capaz de manipular este ambiente físico para trazer o conforto ambiental necessário a recuperação de seu cliente. Entende-se que uma pessoa encontra-se confortável em um ambiente quando a mesma sente neutralidade em relação a ele. (CORBELLA, 2003)

No livro *Notas sobre Enfermagem*, Florence Nightingale afirmou que:

Enfermagem deve significar uso apropriado do ar puro, da iluminação, do aquecimento, da limpeza, do silêncio e da seleção adequada da dieta, não só na maneira de prepará-la, como também na forma como ela é servida. (NIGHTINGALE, 1989, p. 14)

O ambiente possui alguns fatores que podem ter influência direta no paciente durante a internação, tais como: temperatura, iluminação, ruído e limpeza. Nesse estudo a temperatura e luminosidade estão no “centro” das discussões.

CAPÍTULO II- CAMINHO METODOLÓGICO E ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE DADOS:

A opção é pelo método qualitativo com enriquecimento de dados quantitativos, para produção de dados relativos as experiências dos clientes sentidas diante da luminosidade e da temperatura do ambiente em seu pós-operatório. Os dados quantitativos utilizados no estudo foram produzidos por meio de equipamentos especiais como o luxímetro e o termômetro digital.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. (MINAYO, 2010)

Nesse estudo mensurar luminosidade e temperatura do ambiente não nos induz pretender posicionar e/ou buscar causas e efeitos (com controle) no corpo dos clientes, mas por meio da pesquisa qualitativa encontrar sentimentos de conforto e desconforto dos clientes submetidos a luminosidade e a temperatura em situação de pós-operatório

A opção pelo método qualitativo é fundamental por poder fundamentar crenças do que os “seres humanos são um complexo de muitos sistemas corporais e pode ser medido objetivamente, um de cada vez ou combinados”. (LO-BIONDO e HABBER, 2001, pag 123) Nele podemos medir uma ou mais características humanas, isto porque é preciso acreditar que seres humanos únicos atribuem significado as suas experiências- (efeitos de sentir a luminosidade e temperatura do ambiente em um corpo em situação de pós-operatório) e que elas derivam do contexto de vida, entendido como “a matriz de relações ser humano- ambiente que surgem ao longo do cotidiano”. (LO-BIONDO e HABBER, 2001, pag 123)

Uma orientação é fundamental que é seguir a informação do pesquisador como principal instrumento, conduzindo entrevistas, observando e resumindo dados. A

interação é única do pesquisador no cenário dos participantes onde contribui para o sentido não revelado, o pesquisador vai até onde os dados o conduzem.

- Local do estudo:

O local onde a pesquisa foi é uma enfermaria de um Hospital Universitário situado no Rio de Janeiro, onde se encontram os clientes em pós-operatório imediato e em condições cirúrgicas.

A escolha do hospital foi motivada por, além de ser de ensino existe uma preocupação dos pesquisadores da EEAP- UNIRIO em desenvolver estudos para intervenção em problemas identificados na prática e/ou no ensino, os quais podem incluir riscos e seguranças, conforto e desconforto.

O hospital possui várias áreas de atuação que envolvem quatro clínicas médicas, cinco clínicas cirúrgicas, três centros cirúrgicos- geral, obstétrico e ortopédico, centro de tratamento intensivo de adulto e neonatal, ambulatórios e hospital-dia.

- Os sujeitos

O critério de inclusão no estudo diz respeito a clientes em situação de pós-operatório, de ambos os sexos, que estejam em condição de se expressar e sentir sobre luminosidade e temperatura como indutores de conforto e bem-estar, ou de inadequações podendo ter respostas de desconforto e/ou mal estar.

Eles foram informados sobre a pesquisa e desejaram desta assim como assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE conforme orienta a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que revogou a portaria 196/96

- Metodologia: os momentos

Primeiro momento: organização e produção de dados:

- I. Mensuração de dados quantitativos sobre mensuração de iluminação através do aparelho luxímetro e mensuração da temperatura em termômetro digital, no primeiro dia de pós-operatório do cliente sujeito da pesquisa. Estas aferições ocorreram em dias não consecutivos nos períodos da manhã, tarde e noite, nos horários de 7h, 12h e 20h.
- II. Produção de dados sobre SENTIR e DIZER sobre a luminosidade e temperatura no local onde estavam em pós-operatório.

Segundo momento: Foi encaminhado o projeto ao comitê de ética para atender a a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012

Terceiro momento: produção de dados, agendando com os clientes o dia e a hora para preencher o instrumento II e III

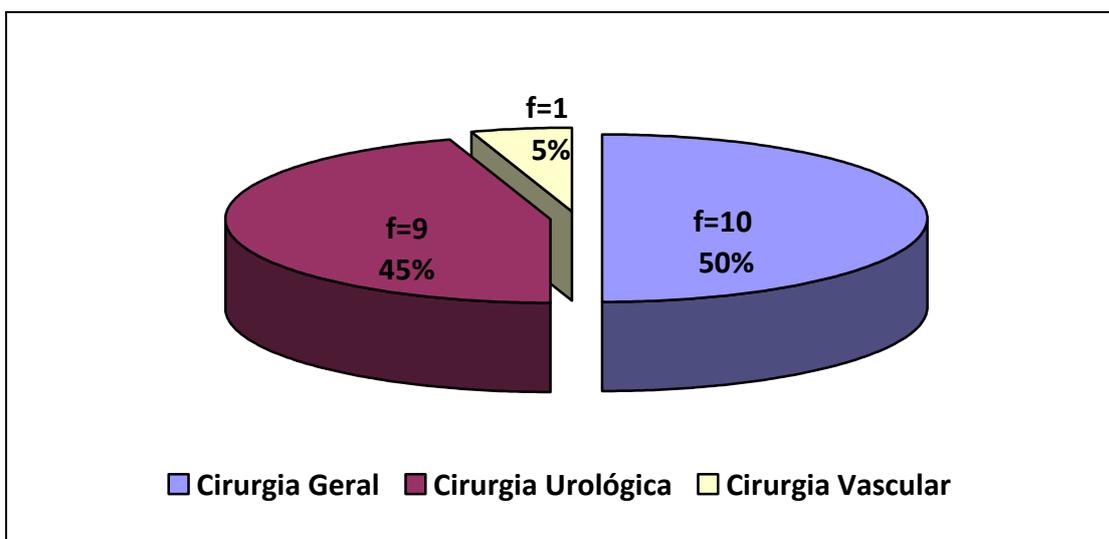
Os dados qualitativos foram correlacionados com os dados quantitativos ancorados na análise de conteúdo de BARDIN (2010) que se ordenam em três pólos cronológicos. A primeira fase é a pré-análise que “é a fase de organização propriamente dita.”(BARDIN, 2010, pag 121) Nesta fase, há a escolha dos documentos que serão analisados assim como a formulação de hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que serão utilizados para fundamentar a interpretação final. A segunda fase é a de exploração do material que consiste em examinar, codificar e analisar os documentos escolhidos. A terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (BARDIN,2010).

CAPÍTULO III: RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Sobre perfil dos entrevistados- Exploração do Material:

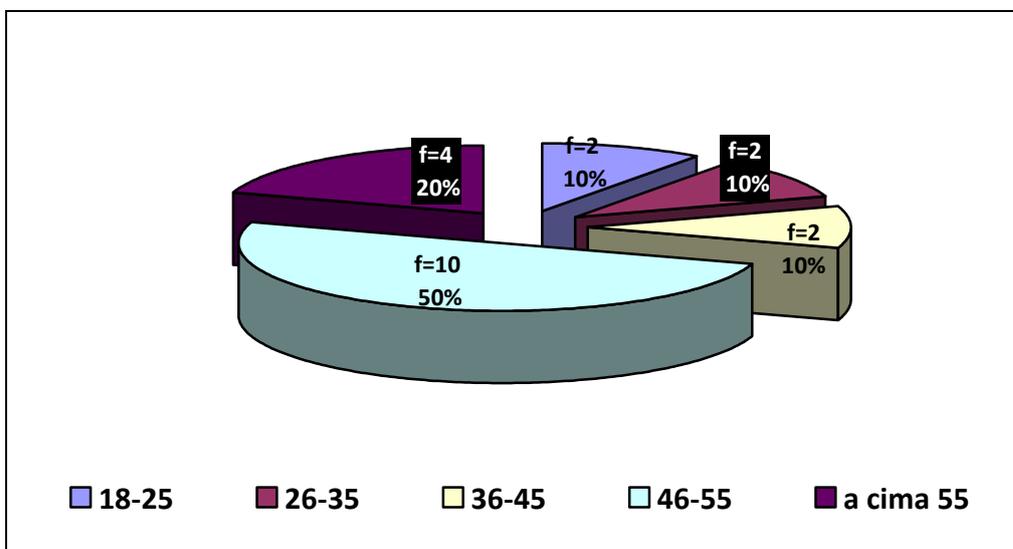
A seguir apresentamos dois gráficos que apresentam um perfil dos entrevistados na totalidade de 20 clientes.

Gráfico 1: **Tipos de intervenções cirúrgicas.**



Fonte: Data base, 2013

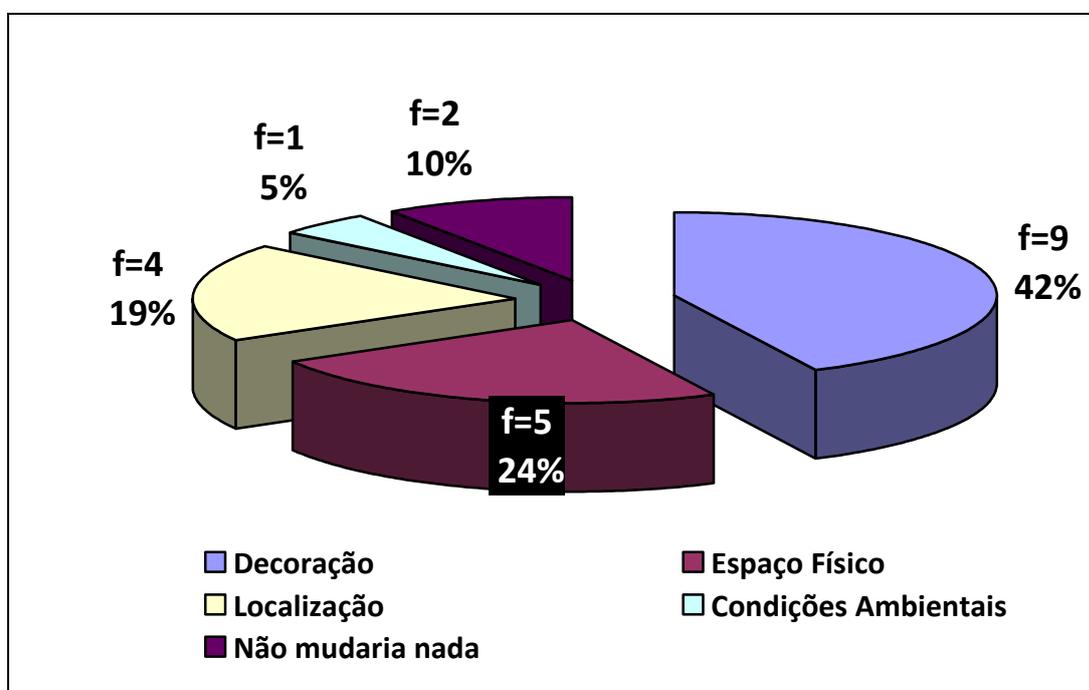
Gráfico 2: **Idade dos participantes do estudo.**



Fonte: Data base, 2013

Foram entrevistados 20 clientes (20-100%) em pós-operatório, sendo destes nas especialidades: cirurgia geral (50%); urologia (45%) e vascular (5%) tem em sua maioria idade de 46 a 55 anos(70%) A seguir solicitamos a eles sobre o que mudariam em sua moradia e teve a intenção de mensurar aspectos do desejo com relação do que manteriam ou não.

Gráfico 3: O que o entrevistado mudaria em sua residência.



Fonte: Data base, 2013

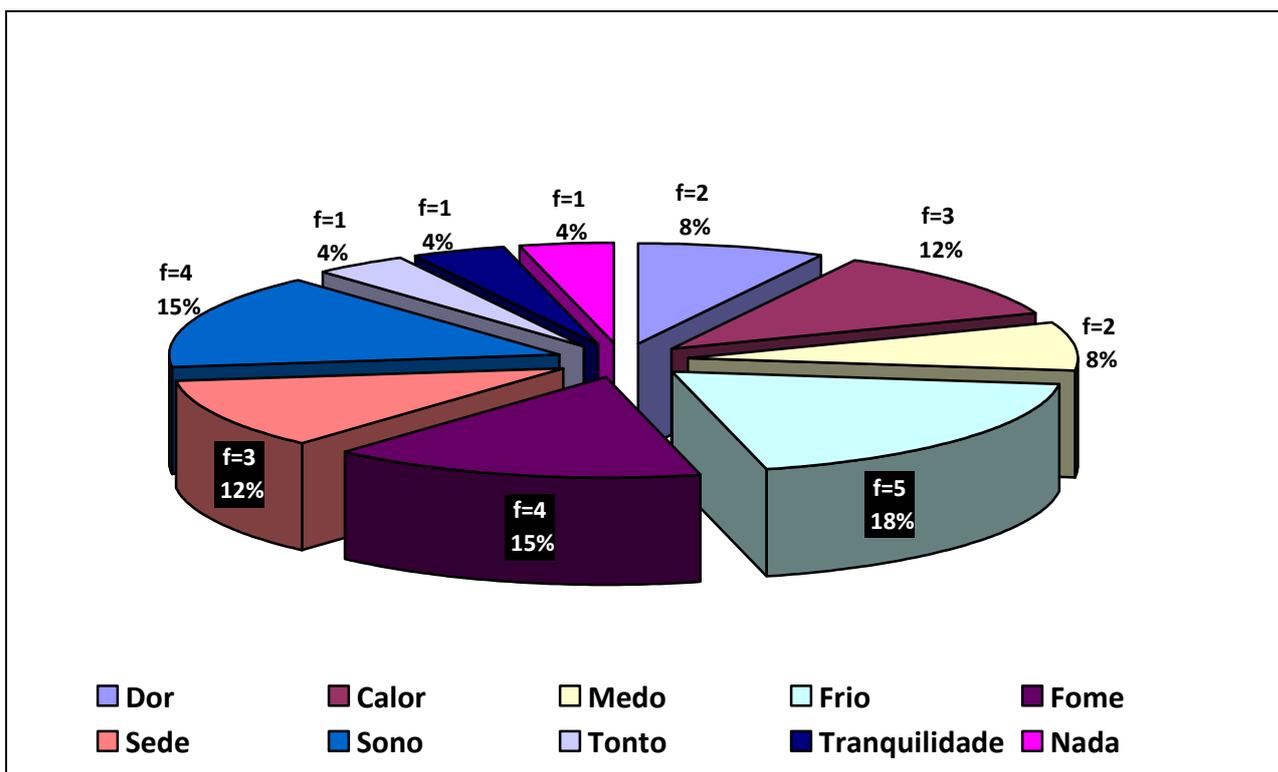
Suas respostas indicam que 42 % não gostam da decoração do seu espaço de viver e por isso mudariam, 24 % deles não gostam do espaço físico e 15 % da localização onde moram.

Dados qualitativos- Exploração do material:

A seguir apresentamos gráficos que tratam do pós-operatório e os sentidos de sentir a luminosidade.

▲ O sentir após a cirurgia:

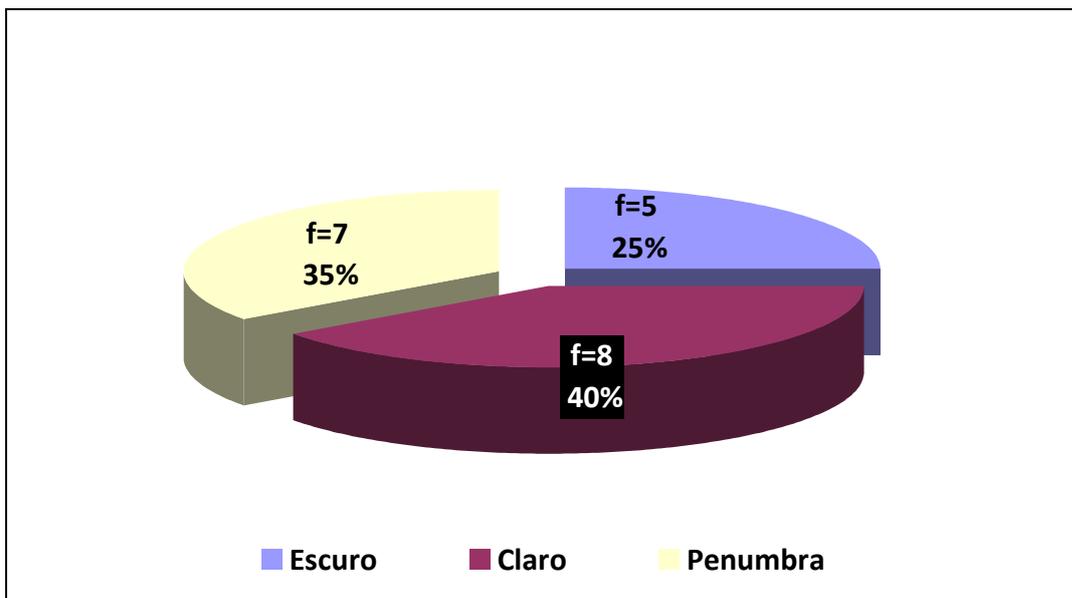
Gráfico 04: Sentimento do cliente quando voltou da cirurgia. Sobre (des)conforto.



Fonte: Data base, 2013

*Neste quesito os clientes responderam mais de um item

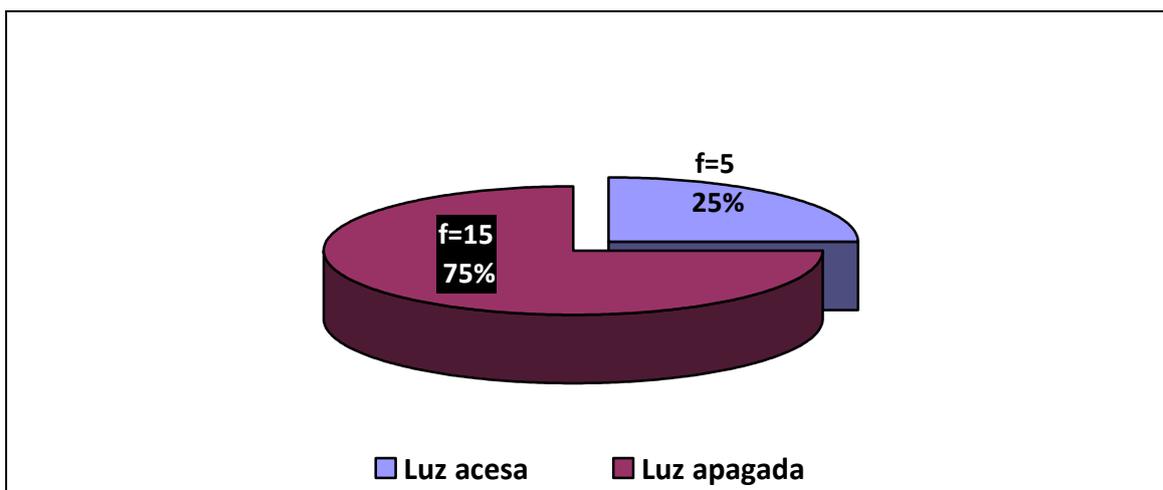
Gráfico 05: Como o cliente gostaria de dormir no pós-operatório quanto a luminosidade.



Fonte: Data base, 2013.

Ao retornar do centro cirúrgico os resultados confirmam esse sentir anterior e indicam necessidades de cuidados com a luminosidade quando afirma (gráfico 04) que ao retornar da cirurgia sentiu: dor, sede, calor, medo, frio, fome, sono e tonteira; continuam afirmando (gráfico 05) que ao retornar do centro cirúrgico suas necessidades são de ordem biológica relativa ao sono quando a preferência foi: dormir no escuro (05), dormir no claro (08) e dormir na penumbra (07).

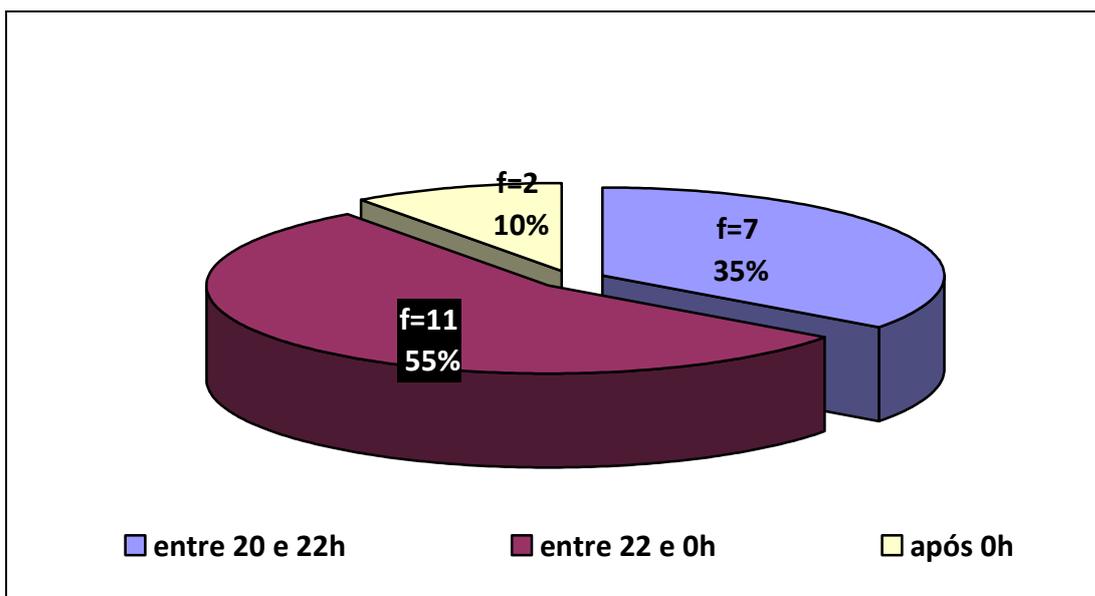
Gráfico 06: **Condição de luminosidade na hora de dormir na casa dos clientes.**



Fonte: Data base, 2013

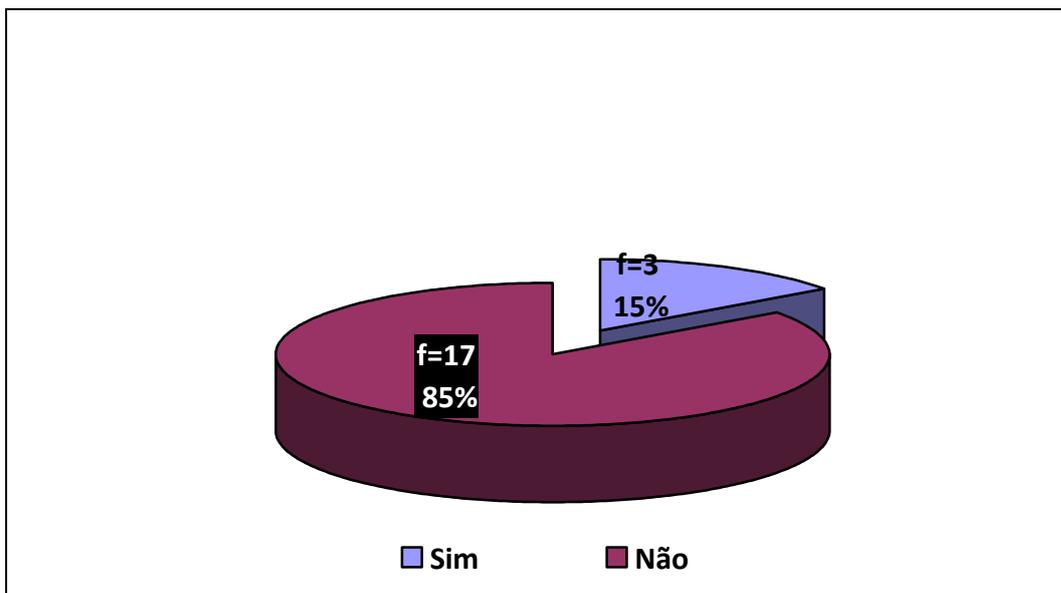
Em relação ao que fariam com relação a luminosidade eles informaram o fechar da cortina; deixar ficar normal; melhorar o incomodo da luz; gostaria de mudar mas não está só na enfermaria; medo do escuro; procura deixar o ambiente escuro; enquanto isso os que gostam do claro estão indiferentes, ficam bem

Gráfico 07: **Horário que o cliente dorme em casa.**



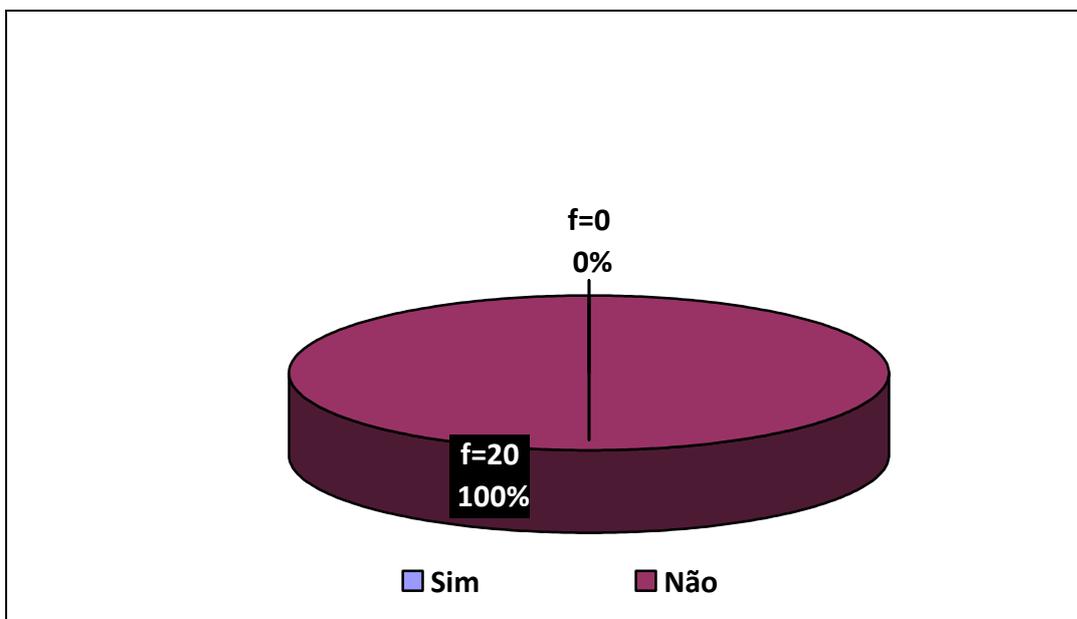
Fonte: Data base, 2013

Gráfico 08: Resposta dos clientes sobre conseguir no hospital manter o horário que dorme em casa.



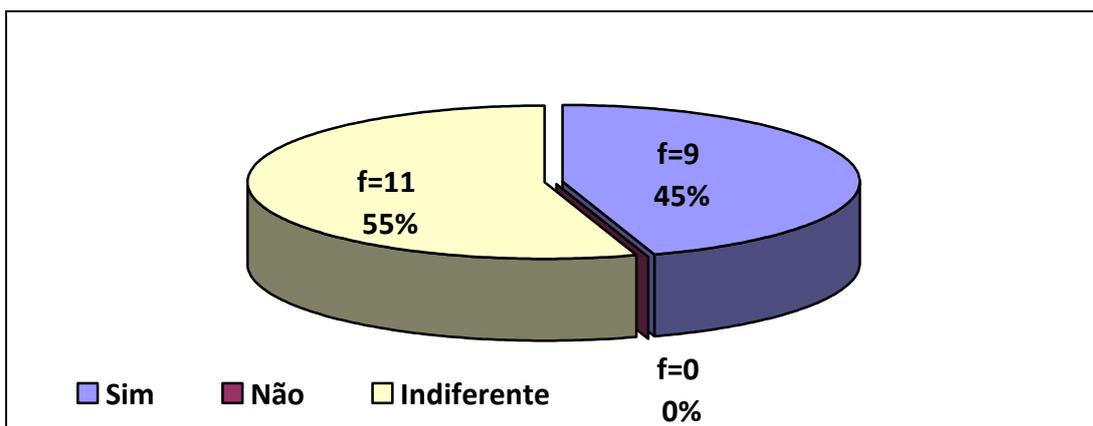
Fonte: Data base, 2013

Gráfico 09: Informação sobre se algum profissional perguntou como gosta de dormir.



Fonte: Data base, 2013

Gráfico 10: O cliente gostaria que o profissional perguntasse?

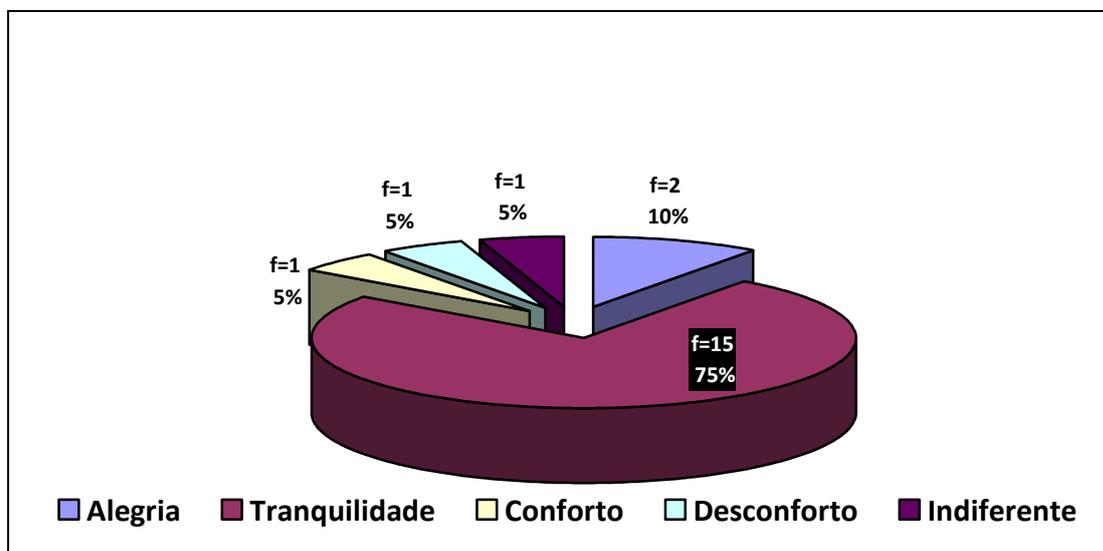


Fonte: Data base, 2013

Ao responder como dormiram no hospital, se conseguem dormir com luz acesa em casa, 15 dizem não conseguir dormir e justificam porque: fica muito claro; a luz do corredor incomoda; a luz incomoda; a TV fica ligada; alguém sempre acende a luz; e os que não se incomodam com a luz acesa justificam ficar claro porque os enfermeiros precisam olhar para eles e o claro não incomoda. Quando lhes foi perguntado se algum profissional lhes perguntou de como gostariam de dormir em relação a luz (gráfico 09) nenhum foi abordado sobre o assunto, e quando lhe perguntamos se eles gostariam que lhes perguntasse (gráfico 10), 9 deles disseram que sim e 11 são indiferentes. São dados que nos assustam e a enfermagem precisa pensar sobre eles, pois é possível perceber por meio desses dados que a enfermagem está sendo indiferente ao cliente o que fere os princípios da profissão que tem como principal objetivo o cuidado.

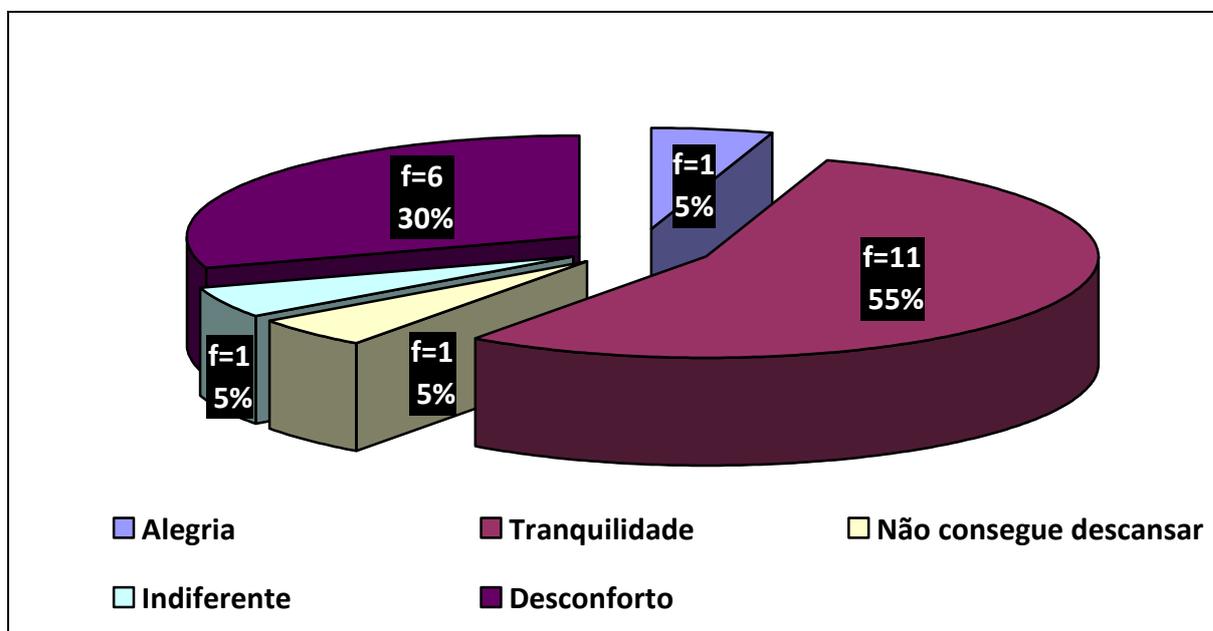
Respostas sobre as consequências da luminosidade:

Gráfico 11: **Percepção da penumbra na perspectiva do cliente em pós-operatório.**



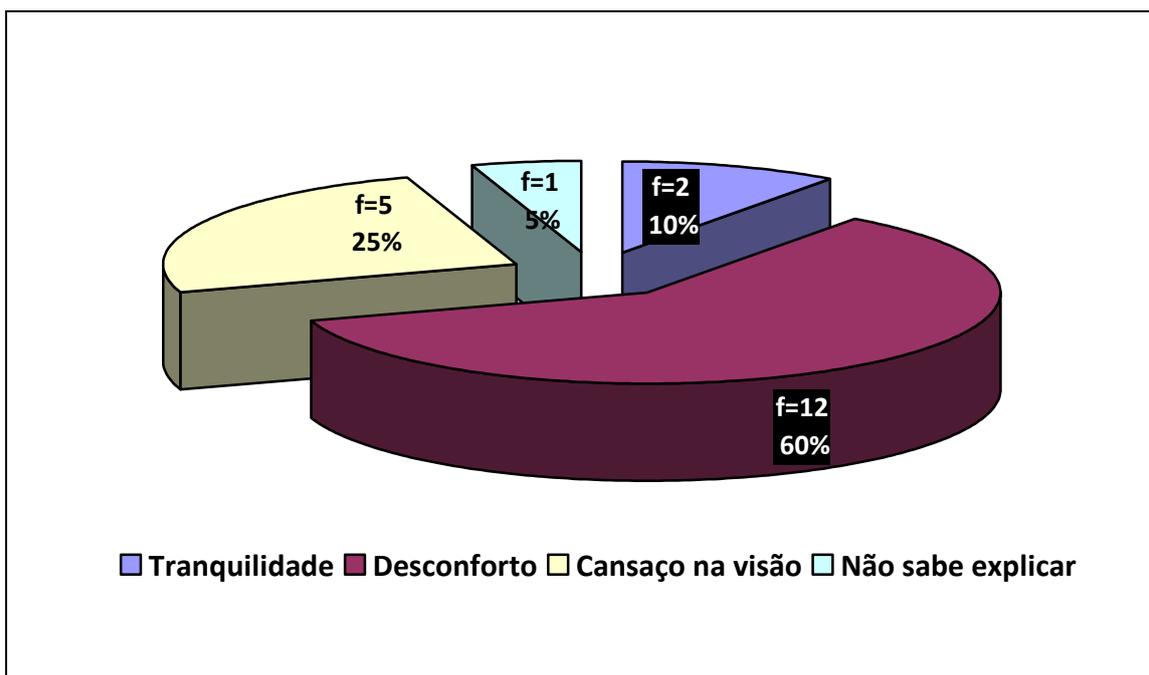
Fonte: Data base, 2013

Gráfico 12: **O que o escuro causa no cliente em pós-operatório**



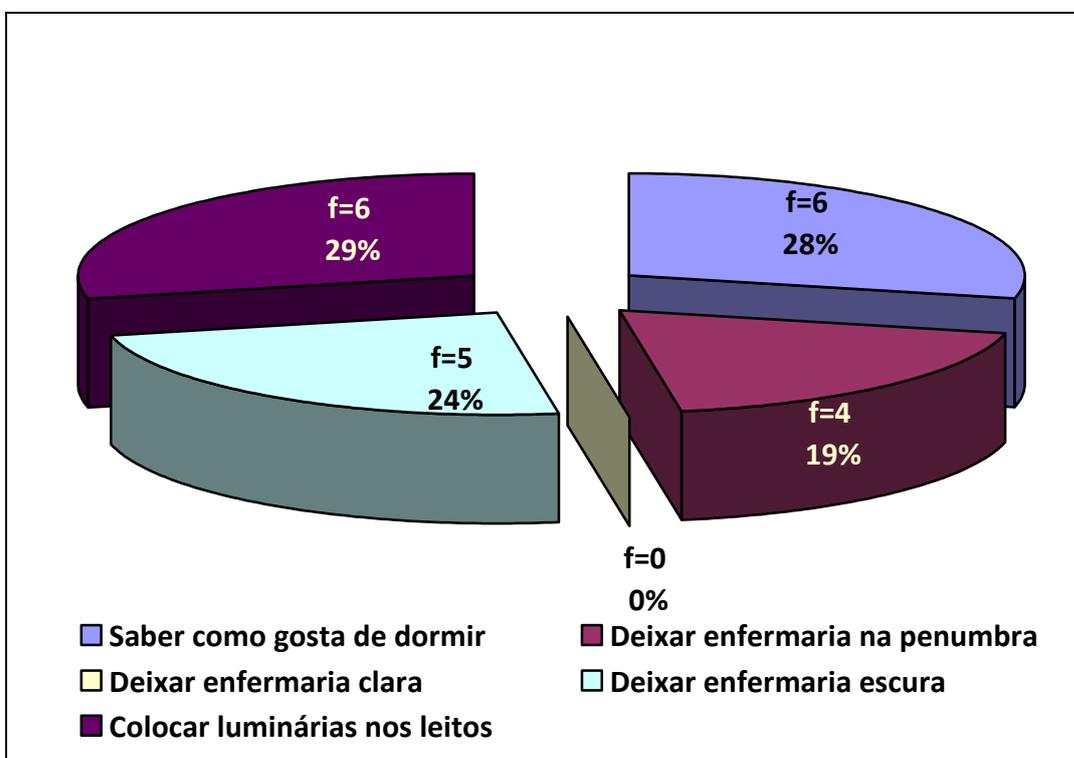
Fonte: Data base, 2013

Gráfico 13: O que a luz intensa causa no cliente em pós-operatório.



Fonte: Data base, 2013

Gráfico 14: Sugestões dos clientes em pós-operatório para tornar o ambiente adequado a luminosidade.



Fonte: Data base, 2013

Quando lhes perguntamos (gráfico 11) o que causa neles a penumbra 15 afirmaram tranquilidade; quanto ao escuro (gráfico 12) 11 deles disseram sentir tranquilidade e 06 desconfortado (medo); sobre a luz intensa (gráfico 13) 12 disseram se sentir desconfortado e 05 tem problema na visão. Finalmente, ao solicitarmos sugestões (gráfico 14) eles indicam que é preciso saber como eles gostam de dormir e deixar a enfermaria na penumbra e colocar luminárias no chão e nos leitos.

Apoiando os dados qualitativos encontrados na fala dos clientes, foram mensurados no primeiro dia de pós-operatório dos clientes em questão os níveis de luminosidade da enfermaria. Os níveis médios encontrados foram: pela manhã 131,3 lux; pela tarde 177,6 lux e pela noite 119,23 lux. O que foi encontrado corrobora com as falas dos clientes que dizem que a noite a luminosidade incomoda o padrão de sono, quando a luz fica acesa da enfermaria, a luz fica acesa no corredor, a tv fica ligada.

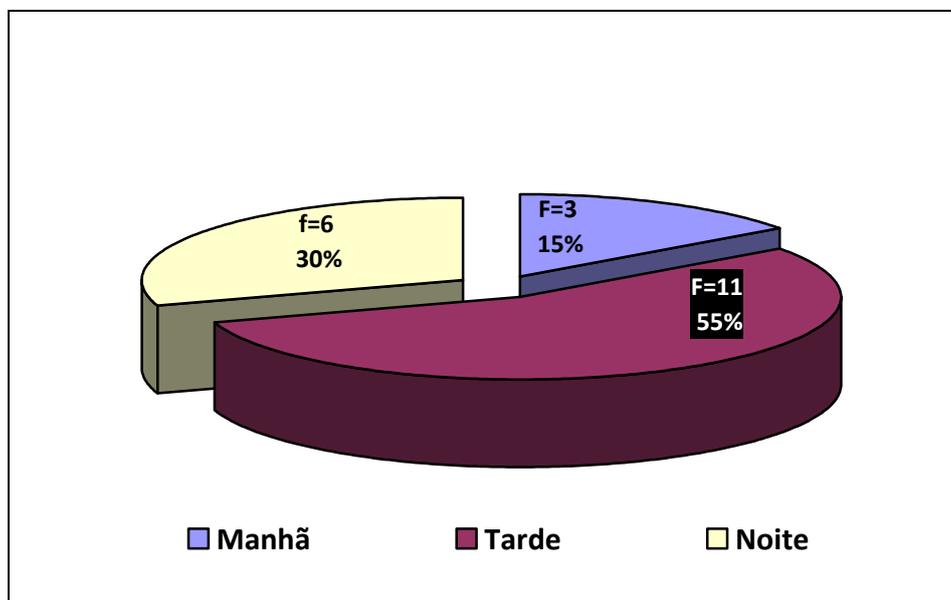
Tabela I: Valores de lux encontrados na enfermaria em relação a NBR n°5413

	Lux médio	NBR n° 5413
Manhã	131,3 lux	100-200 lux
Tarde	177,6 lux	100-200 lux
Noite	119,23 lux	100-200 lux

Fonte: Data base, 2013

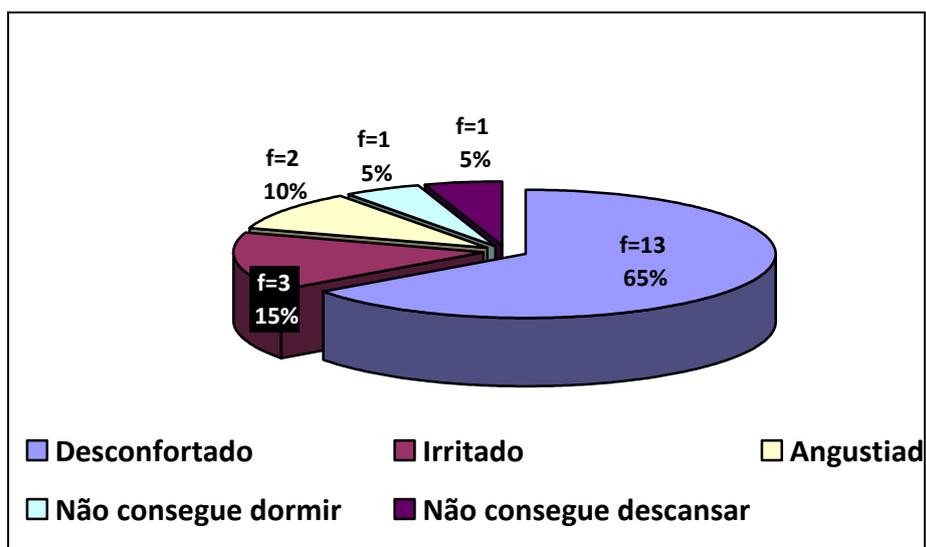
Temperatura no pós-operatório- exploração do material

Gráfico 15: Qual horário no seu primeiro dia de pós-operatório sentiu os efeitos da temperatura no corpo.



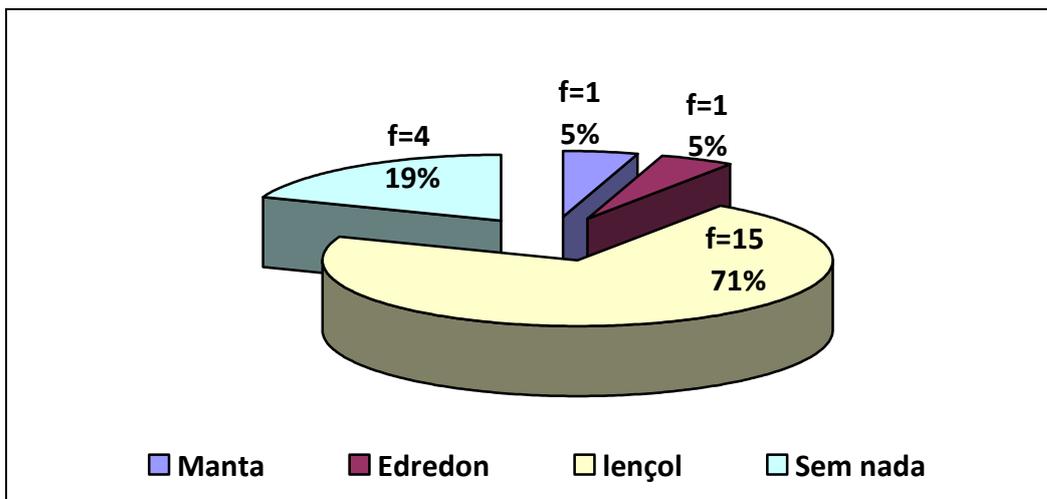
Fonte: Data base, 2013

Gráfico 16: Como seu corpo responde a uma temperatura inadequada.



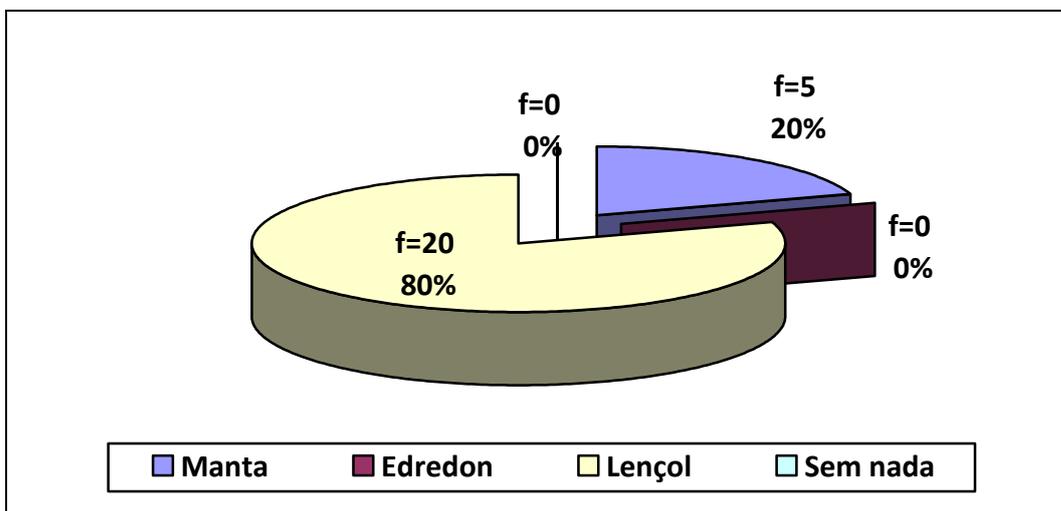
Fonte: Data base, 2013

Gráfico 17: Como dorme em casa.



Fonte: Data base, 2013

Gráfico 18: Como dorme no hospital

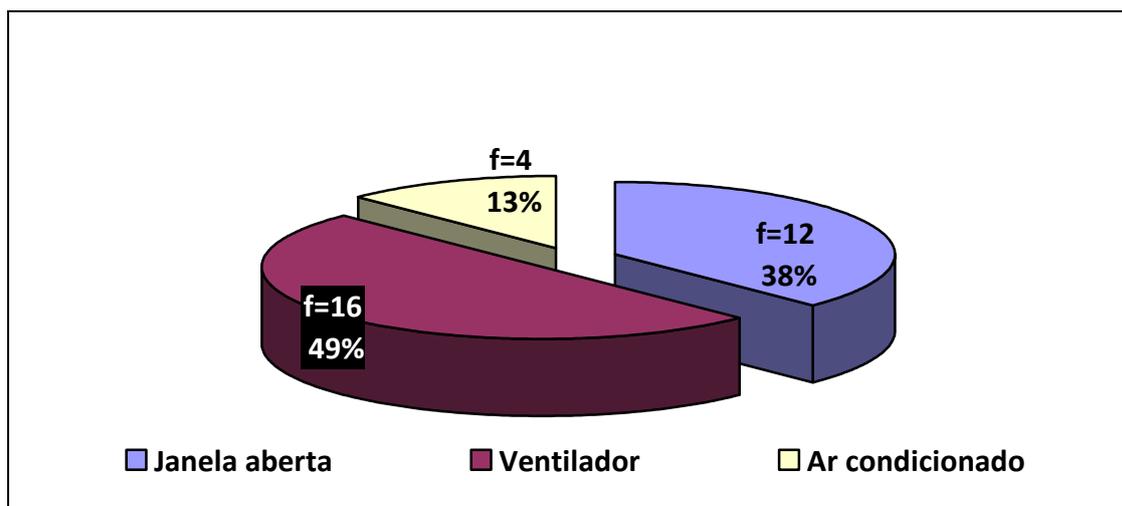


Fonte: Data base, 2013

*Nestes quesitos os clientes responderam mais de um item.

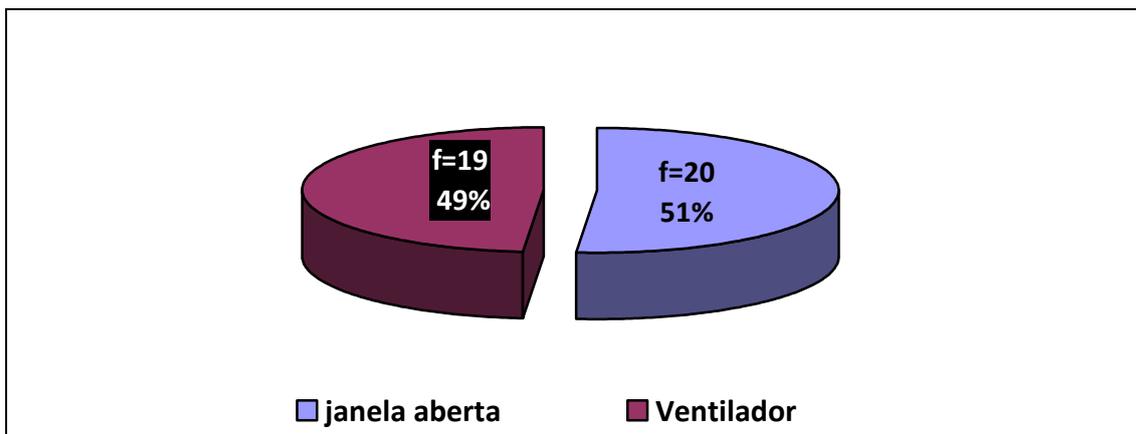
Ao perguntar aos clientes sobre o efeito da temperatura e o horário que mais sente calor ou outro efeito dele, (gráfico 15) o horário de maior temperatura é pela tarde (11), a noite (06) e manhã (03); como perguntado sobre a resposta do calor em seu corpo (gráfico 16) eles responderam: desconfortado(03); irritado (03); angustiado (2); não consegue descansar (01); não consegue dormir (1); quando solicitado sobre o que usa para dormir em casa 20 disseram com lençol; sem nada (03); manta (01) e com edredon (01) como dorme no hospital (gráfico 18) 20 usam lençol e destes 05 com manta.

Gráfico 19: Como dorme em casa.



Fonte: Data base, 2013

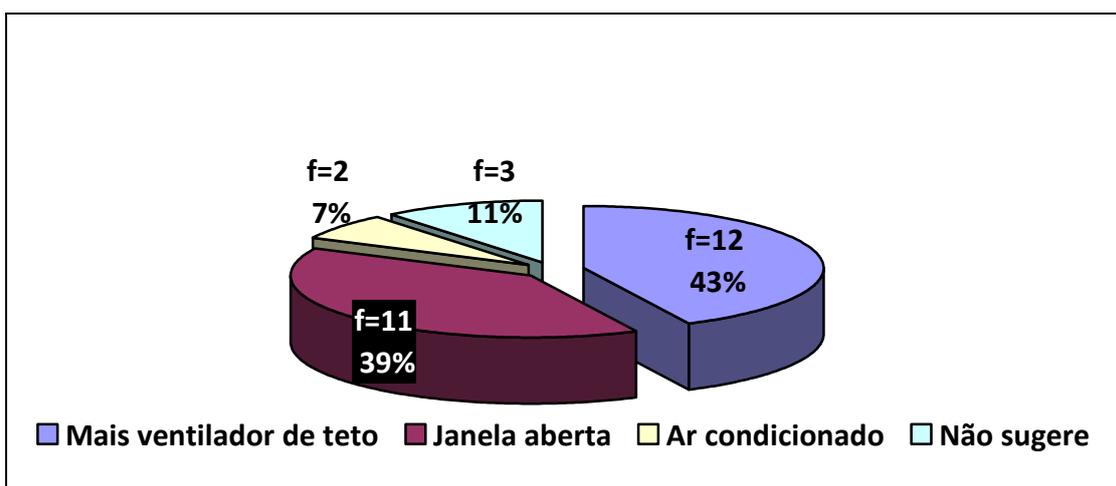
Gráfico 20: Como dorme no hospital.



Fonte: Data base, 2013

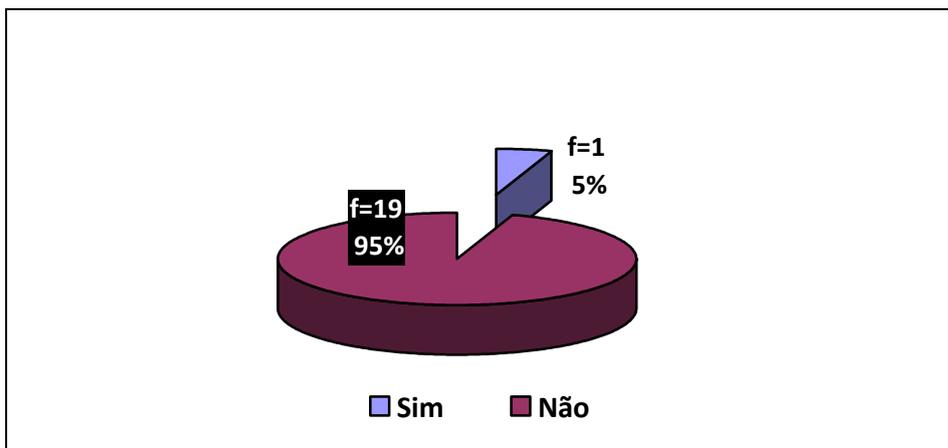
*Nestes quesitos os clientes responderam mais de um item.

Gráfico 21: O que sugere para deixar o ambiente adequado em relação a temperatura.



Fonte: Data base, 2013

*Neste quesito os clientes responderam mais de um item.

Gráfico 22: Levou coberta de casa.

Com relação ao espaço físico (gráfico 19 e 20) os clientes falam de temperatura em casa e no hospital, o que nos mostra como é sentir calor antes e depois da cirurgia, quando dizem: em casa durmo de janela aberta e ventilador ligado (28); no hospital (20) dormem de janela aberta e 19 de ventiladores ligados . As respostas (gráfico 21) quando foram solicitados sugerir mudanças: mais janelas abertas e ventiladores individuais; e para resolver os problemas com a temperatura (gráfico 22) eles informaram que providencias tomaram: manter as janelas abertas (18).

Corroborando com os dados qualitativos encontrados nas falas dos clientes temos dados quantitativos que foram encontrados após medição da temperatura no primeiro dia de pós-operatório dos clientes em questão. As temperaturas médias encontradas foram: pela manhã 26,6°C, pela tarde 31,9°C e pela noite 27,6°C.

Tabela II: Temperaturas médias encontradas relacionados a NBR n°7256

	Temperatura média	NBR n°7256
Manhã	26,6°C	21-24°C
Tarde	31,9°C	21-24°C
Noite	27,6°C	21-24°C

Fonte: Dos autores do estudo, 2013

As aferições aconteceram entre os meses de julho e agosto, meses estes que o Rio de Janeiro encontra-se em temperaturas mais amenas.

Estes dados quantitativos vão de acordo com a fala dos clientes que informam que o período da tarde é o momento que sentem a temperatura fazer efeito sob seus corpos.

DISCUSSÃO:

Tratamento dos resultados e a indicação de categoria de análise identificada como:

LUMINOSIDADE E TEMPERATURA no PÓS-OPERATÓRIO: indicadores de (des)cuidados e de ações de cuidar

Para dar conta da análise e discussão desta categoria mantivemos os mesmos temas como fundamentos teóricos ancorados em Nightingale, Henderson, Figueiredo e Silva. Ao analisar e organizar os dados contidos nas três sínteses identificamos que as consequências do ambiente da enfermaria tem desafios relacionados aos cuidados fundamentais propostos antes e depois da cirurgia; cuidados com o ambiente em relação a luminosidade e temperatura.

Quanto aos cuidados fundamentais os clientes indicam que o encontro com os/as enfermeiros não existem, porque sequer falam sobre eles, e, quando falam é de uma forma que não deveria ocorrer, principalmente em um Hospital Universitário, quando identificamos que: suas necessidades básicas não foram atendidas como dor, frio, medo, fome, sono, tonteira, sede e calor. Nightingale fala o que pensa sobre isso quando se dirige a enfermeiros, quando afirma o que era ser uma boa enfermeira:

As enfermeiras embora dedicadas e obedientes, tratam seus pacientes com eficiência igual a que cuidam da mobília, da porcelana ou até de um animal, posto que esses termos podem qualificar um porteiro ou mesmo um cavalo, mas já não servem a um policial e jamais seriam suficientes para uma boa enfermeira. Para se chegar a tanto, haveria de ser capaz de antecipar-se as necessidades do paciente, o que exige profunda compreensão do ser humano doente. (NIGHTINGALE, 1989, pag 5 e 6)

Provavelmente, se as enfermeiras fizessem admissões de seus clientes e fizessem o diagnóstico de suas necessidades e desejos, poderiam desenvolver uma assistência segura. Caso se isso fosse uma prática talvez o cliente lembrasse de uma estadia confortante e poderiam responsabilizar as enfermeiras e enfermeiros por isso. O/a enfermeiro/a poderia executar sua ação de cuidar conforme o que tem sido orientadas de não apenas fazer a rotina fria e indiferente de cuidar do outro. Mas que a estadia poderia ser confortante para ambas- enfermeiras/os e clientes. Descuidar é qualquer forma de olhar o outro que não considera afeto, considerações ou solidariedade pelo outro.

Para não fazer isso, descuidar, e retirar de nós aquilo que juramos fazer que é confortar e propor segurança, assumir responsabilidade pela/na saúde ou desvio dela, de alguém, e, para isso precisamos ter conhecimentos sobre a enfermagem, nesse sentido, Nightingale (1989) nos apresenta algumas sugestões para cuidar no processo que envolve restauração:

- a) da doença, como um estágio de seu desenvolvimento que não deve ser acompanhada pelo sofrimento- que constitui um esforço da natureza para corrigir um processo de envenenamento ou desgaste que teve início despercebidamente.
- b) que a doença nem sempre é a causadora dos sofrimentos que a acompanham e o que mais chama a atenção do observador é que os próprios da enfermidade são muitas vezes, não sintomas da doença, mas logo bem diferente, isto é, a falta de um de todos os seguintes fatores: ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, ou de pontualidade e assistência na ministrações da dieta
- c) sobre o fazer da enfermagem que deveria significar o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanta da dieta, quanto da maneira de servi-la, tudo com o mínimo de dispendio da capacidade vital do doente. (NIGHTINGALE, 1989, pag 13)

Quanto a necessidade não atendidas no pós-operatório, que poderiam ser pensadas no plano de cuidados e de um modo geral, sete são básicas e uma de ordem psico-emocional, que deveriam ser a base de cuidados fundamentais da pessoa humana.

Quanto a isso Henderson (1981) diz que:

A pessoa atendida esteja sadia ou doente, a enfermeira deve ter em mente a necessidade imprescindível- que tem o indivíduo – de alimento, de abrigo e vestuário ; de carinho e tolerância; do sentimento de ser útil e interdependente , no tocante as relações sociais. Quanto as necessidades básicas a enfermeira procura atendê-las e existem seja qual for o diagnóstico embora estes a modifique. A enfermagem básica é afetada de maneira ainda mais ampla, em virtude de certos sintomas ou síndromes apresentados pelos pacientes- coma, delírio, depressão mental, desidratação, choque, hemorragia, disfunção motora, distúrbios hidroeletrólíticos e necessidades agudas de oxigênio. A qualidade dos cuidados é drasticamente afetado pelo preparo e pela habilidade inata do pessoal de enfermagem, por isso os padrões de enfermagem básica devem tentar incluir pelo menos instruções que orientem sobre as situações que demandam maior ou menor atenção das enfermeiras altamente qualificadas.

(HENDERSON, 1981 , pag 13-15)

Os cuidados no pós-operatório se enquadram no que sugere Nightingale e Henderson sobre o que é básico e fundamental para o que chamamos de cuidados, tanto como pensamento/conhecimento como ação.

Quando falamos de cuidados fundamentais, estamos pensando o corpo em pós-operatório, que também é o corpo que traz nele emoção, história, posição política, subjetividade, espiritualidade que não foram objeto de estudo, mas que, como enfermeiros entendemos que ele carrega estas marcas e depende de nós considerá-las.

Como enfermagem fundamental, nos apoiaremos em Carvalho e Castro (1985) quando dizem:

Enfermagem Fundamental é a ordem ou conjunto de posições e de ideias mais gerais e/ou mais simples, de onde se deriva a totalidade dos conhecimentos de Enfermagem, representa as bases as quais se assenta toda a prática de Enfermagem, e inclui aparato ético-filosófico e a dimensões histórica da profissão. (CARVALHO E CASTRO, 1985, pag 76)

Ao pensar sobre cuidados fundamentais não é possível desconsiderar que o corpo em pós-operatório, doente e sob intervenção de procedimentos terapêuticos invasivos (cirurgiados) por médicos e enfermeiras/os, ainda está sob o discurso de uma enfermagem biomédica ou completamente ausente de um conhecimento próprio da Enfermagem. Neste estudo, ela não aparece nem de um modo ou de outro, até porque ela não é o objeto de investigação, mas poderia aparecer, se assim fosse, se assim cuidasse, nos registros dos clientes, principalmente quando lhes perguntamos se o/a enfermeiro/aperguntou como eles se sentiam em relação ao sono e 20 clientes (100%) é de que elas não lhes perguntaram e que também não interessava que elas perguntasse, Assim, percebemos o quanto a enfermagem se distancia de seus clientes, quando não conversam com ele, quando não identificam suas necessidades, não intervém com ações cuidadosas. As implicações destes resultados são muitas e dizem respeito a uma conduta clínica de enfermagem que é definida por Figueiredo e Santos:

Enfermagem clínica é a enfermagem realizada para qualquer tipo de clientela porque traz em si os fundamentos e ações para atender alguém que está doente, ou ainda em fase diagnóstica (para manter a saúde, acrescentam) sua intenção é de manter as condições de vida instaladas; evitar complicações, detectar sinais e sintomas (signos) novos e agir para restaurar o bem estar, o bem viver do ser humano, geralmente reconhecido como saúde. É uma

enfermagem centrada no cliente e não mais exclusivamente na patologia/doença que lhe causa mal-estar. A preocupação é com o corpo total onde a doença é um evento na vida de todos. É uma clínica que busca uma semiologia própria para a enfermagem em prática entendida como uma ciência do sentir e dos sentidos, das emoções e intuições, além da intelectualidade. (FIGUEIREDO E SANTOS, 2004, pag 7)

Desse modo, ampliar a discussão e análise desta categoria, implica pensar e compreender sobre os efeitos da luz e da temperatura nos clientes em pós-operatório, quando dizem não dormir com luz acesa, que a noite a luz e a TV ficam ligadas, que o horário de dormir em sua residência não é considerado, além de muitos ruídos; que a penumbra lhe dá tranquilidade do mesmo modo que o escuro e a luz intensa incomoda muito.

Quanto a isso Nightingale (1989) nos orienta sobre iluminação como essencial a saúde e recuperação do doente e diz que sua posição sobre ela é decorrente de ter identificado sua importância é devido a sua experiência com doentes que, depois do ar puro vem a necessidade de iluminação. Existe uma relação muito íntima entre os dois pois o ar só se faz saudável em um quarto claro, ou de janelas abertas e faz as seguintes considerações:

Desnecessário acrescentar que há casos agudos (doenças do olho) para os quais a penumbra é necessária. Um quarto escuro, porém, é inadmissível mesmo nesses casos. É sempre possível moderar a claridade com o auxílio de venezianas e cortinas. Onde não há luz solar, há degeneração e enfraquecimento da raça humana- degeneração do corpo e da mente. Coloque a pálida planta e o ser humano ao sol e cada um deles se já não estiverem quase mortos, recobrarão a saúde e a vivacidade. (NIGHTINGALE, 1989, pag 98)

É importante, e, não sabemos que os clientes preferem a penumbra e falam de suas consequências quando sentem tranquilidade no pós-operatório e mesmo gostando de janelas abertas na hora de dormir e descansar preferem um lugar escuro que provoca neles conforto. O que falta na atenção a essa necessidade do escuro ou penumbra é nossa habilidade e disponibilidade para atender o outro, ouvir e escutar uma escuta clínica e sensível, pois é o que parece faltar. Isso é justificado por Figueiredo e Machado:

Linguagem e Hospital: dois domínios que parecem, em primeira instância, distintos. A Linguagem se interessa pelas palavras, pela fala, pela comunicação: o Hospital concentra-se, sobremaneira, sobre o cuidar e o aprender sobre os doentes. Já, aqui, o problema se coloca: o Hospital não poderia, face às evidências, interrogar-se sobre as relações entre linguagem, as palavras, a fala e a comunicação? De fato, ao investigar sobre o hospital moderno, que se edificou no moderno da Revolução Francesa, Michel Foucault bem percebeu a importância da linguagem da clínica- caracterizada sob o título olhar clínico- na fundação do hospital moderno. Entretanto, uma leitura mais ética do hospital moderno reivindica um outro tipo de linguagem. Para tal, apoiamo-nos em filósofos como Emmanuel Lévinas ou Marc-Alain Quaknin, para construir esta nova linguagem, que denominamos de carinho ético. (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, pag 235)

Essa enfermagem clínica, também acontece na clínica cirúrgica e não pode ser desconsiderada, porque a pessoa está apenas em uma condição cirúrgica. Seu corpo por inteiro tem outros desejos e necessidades e o que ele quer é apenas se sentir confortado. Ele traz para dentro do hospital o que é em termos físicos e emocionais.

Se soubermos “olhar e ver” podemos identificar expressões indicadoras de cuidados, neles. A enfermagem não está processando os resultados de sua presença

junto aos clientes e de clientes que são diferentes uns dos outros em todas as dimensões-concretas e subjetivas.

Esse doente em pós-operatório que não consegue dormir, descansar porque é muito claro ou muito escuro, porque tem barulho merece ser revisto, repensado pela enfermagem que está enrijecida, sem flexibilidade e nem disponibilidade de saber/compreender que este doente foi agredido por práticas invasivas, que precisa descansar para restabelecer-se, restaurar-se e isso impõe saber e organização para atender suas necessidades. Segundo Henderson:

O perigo de transferir o cuidado físico do paciente para enfermeiras pouco competentes torna-se duplicado. Elas podem falhar na avaliação das necessidades do enfermo, e mais grave ainda, a enfermeira qualificada ficando privada da oportunidade de atender a essas necessidades, enquanto presta esses cuidados físicos, talvez não entre outra oportunidade para identificá-las. (HENDERSON, 1981, pag 15)

O cliente em pós-operatório tem necessidades a serem identificadas e para isso é preciso saber, querer e fazer o que é legal, seguro e ético. Estar atenta as necessidades básicas do cliente, segundo Henderson:

Tem de ser planejado de alguma forma, um plano escrito, forçar aquelas que o preparam a dar alguma atenção as necessidades individuais de pacientes (nós falamos clientes) a não ser que meramente enquadrem o tratamento do individuo as rotinas da instituição e o plano de cuidados deve estar sempre harmonizado com o plano terapêutico do médico. Um plano deve considerar cuidado de enfermagem e sugestões aqueles que estejam prestando cuidados ao cliente. (HENDERSON, 1981, pag 17)

Estas orientações para o planos continuam valendo. Elas podem estar renominadas, mas as metas, as intenções são sempre as mesmas. O ideal é que deveríamos fazer uma sistematização para cuidar, não importa que teorias sigamos.

Esses clientes, durante nossa observação, não tem planos de cuidados e os registros pouco indicam sobre atendimento de suas necessidades.

Sobre a temperatura, os clientes afirmam que ele é um indicador de desconforto e que ele piora a tarde e a noite, as consequências dele lhe provocam desconforto, irritação, angústia e alegam não conseguir dormir.

Em um país como o nosso, na cidade do Rio de Janeiro, é impossível desconsiderar os dias de calor que desconforta a todos, imagine em clientes internados, sobre camas forradas com lençóis curtos e plastificados, mesmo que a enfermaria tenha bastante janelas. Nightingale nos diz:

Nunca tenha medo de janelas abertas. Não se apanha resfriado na cama. Isto é como crença ilusória. Com roupa apropriada e bolsas de água quente, se necessário, pode-se manter o paciente sempre aquecido no leito e o ambiente bem arejado, ao mesmo tempo. (NIGHTINGALE, 1989,PAG 21)

Parece que essa é a ideia central de uma enfermagem cuidadosa para pensar o cuidado cuidadosamente que Figueiredo et all diz que

Por distração ou por inspiração, difere-se do que é cuidado, simplesmente, pois traz para o entendimento do cuidado, um delicado movimento que é cuidar com cuidado. Indica leveza e uma estética que considera a expressão de querer fazer o “cuidado cuidadoso”. Que analogicamente pode ser entendido quando “Deus criou o Homem”- quando começou a modelar e dar a forma humana ao pedaço de barro ou ao pouco de argila que tomou a suas mãos e deu-lhe o sopro da vida. (FIGUEIREDO ET ALL, 2009, PAG 413)

O cliente em pós-operatório está desconfortado pelo calor e precisa se restaurar: como faz isso sozinho? Parece-nos uma questão importante, por tudo que já descrevemos anteriormente. O cliente para restaurar-se necessita de ambiente e cuidados restauradores. Se isso não acontece, como ajudar quando ele precisa repousar e dormir, que para Henderson deve ser considerado:

Que o repouso e o sono dependem em parte do relaxamento muscular, a enfermeira que conhece a mecânica da boa forma, como anteriormente mencionado, já possui, de início, meios de ajudar o paciente a repousar e dormir. (HENDERSON,1981, PAG 28)

Além dessas necessidades de repousar e dormir, é imprescindível considerar suas necessidades básicas de respirar, de se alimentar, e hidratar, de eliminar (intestino, respiração, pele e rins), de manter-se com postura ao caminhar, deitar, vestir-se e a manter a temperatura do corpo, dentro do limite normal. Segundo Henderson

Esse cuidado básico, inclui, quando possível a manutenção da temperatura do paciente dentro do limite normal, medida pelo termômetro e sempre inclui a tentativa de manter as condições ambientais confortáveis e mais fácil de atender, quando o paciente comunica suas necessidades e quando as condições ambientais são controláveis. (HENDERSON, 1981,PAG 30)

A ação cuidadosa que a enfermeira de uma enfermaria cirúrgica além de atentar para o que é básico deve ampliar para necessidades espirituais, de seus desejos de ter a família por perto. Isto significa dizer que ela deve considera-lo como ser humano em constante processo de mudança, que ao mesmo tempo em que se reorganiza, se desorganiza em meio a movimentos internos e externos a ele. As evidências de que o ambiente é causador de desconforto estão nos dados (que merecem replicação e

aprofundamento), como também são atravessados por evidências de descuidados, e isso é definido por Figueiredo e Machado (2009) como:

Não cuidado é a rede de discursos, ações, processos, conhecimentos e saberes criadores e mantenedores de condições e situações ecossanitárias de ambientes, espaços e contextos inadequados, insatisfatórios, danosos ao conforto, ao bem-estar, à segurança, ao desenvolvimento de pessoas, comunidades, povos e sociedades. (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, pag 428)

Quanto ao resultado final de que a luminosidade e temperatura como indicadores de desconforto em clientes em pós-operatório. Está desconfortado no momento em que as condições de descanso e repouso deveriam estar ideais, podendo então estar contribuindo com a piora e não com a restauração do cliente.

O conforto deve ser uma meta de todos que é de sentir bem-estar e estar confortado, segundo Figueiredo et all

Bem-estar é um estado ou situação íntima e externa, consequência de qualidade de vida na dimensão histórica de pessoas e comunidades. Isto significa incluir a dimensão física, emotiva, mental, espiritual, social, político, econômica e cultural. (FIGUEIREDO, 2009, PAG 427)

Sobre o conforto nos diz:

O conforto é dirigido a pessoas hospitalizadas e as demais pessoas ligadas a enfermagem que tem meta de promover e manter conforto, bem-estar, segurança, no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais, entendido, também, para além do cuidado, porque é ofertado para o bem-estar das pessoas como condição de conforto físico-espiritual que se inicia no cuidado com o ambiente, com os pertences, com a família, com o corpo que recebe cuidados e que se expressa nos sinais e sintomas físico-biológicos. (FIGUEIREDO ETA ALL, 2009, PAG 427)

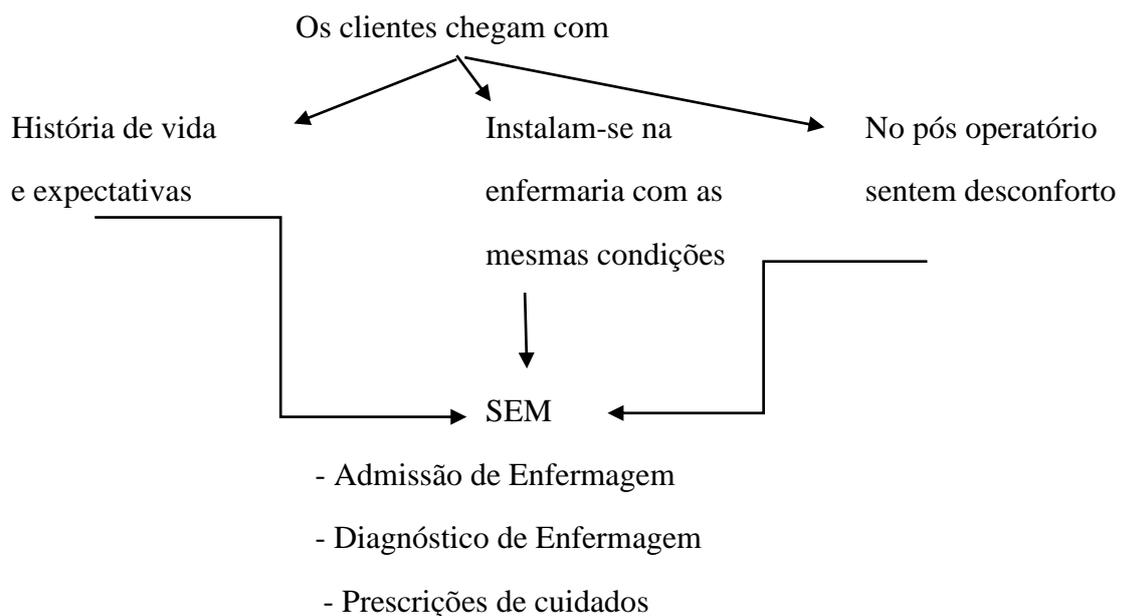
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver este estudo foi de modo particular, um desafio. Dar conta do objeto foi a tensão principal, isto porque investigar luminosidade e temperatura não é comum ao pensar no cuidado ao cliente no pós-operatório.

Centrar nossa atenção nos princípios de Nightingale sobre o ambiente do cuidado pareceu em alguns momentos difícil de compreensão e absorção.

Identificar que o ambiente provoca desconforto quando é iluminado inadequadamente ou quando a temperatura não é aquela desejada pelos clientes foi o que mais nos chamou a atenção, pois tanto um como outro se tornam difíceis de serem resolvidos na perspectiva do sentir e do desejo de cada cliente.

Todos no pós-operatório em um mesmo espaço sentem os efeitos da luminosidade e da temperatura de formas diferentes e tanto um como o outro provoca desconforto. Criamos uma imagem síntese sobre o que resultou do estudo sobre luminosidade e temperatura.



Em uma enfermaria cirúrgica torna-se muito difícil atender a todos os desejos e expectativas dos clientes uma vez que todos dividem um mesmo ambiente e os seus sentimentos e desejos são distintos uns dos outros.

Há um entendimento que os profissionais de saúde atuantes em hospital necessitam modificar sua atuação perante os clientes e procurar manter a individualidade, mesmo que seja difícil, de cada ser humano que se encontra em situação cirúrgica já que os mesmos estão fora do seu ambiente comum, ou seja o ambiente que traz conforto.

REFERÊNCIAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 5413*. Iluminância de Interiores. Rio de Janeiro: ABNT, 1992

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 7256*. Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS)- Requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro: ABNT, 2005

BARBIER, R. *A escuta sensível na educação*. Cadernos, ANPED nº5, 1993; p187 a 216.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70,LDA,2010.

BROWN,P. *Personagens que mudaram o mundo:Os Grandes humanistas- Florence Nightingale*. Globo, 1993.

CARVALHO,V; CASTRO,L.B- *Marco Conceitual para o ensino e a pesquisa de Enfermagem Fundamental: um posto de vista*.Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 38(1). Pag 76-86. Jan/Mar, 1985.

CORBELLA,O. *Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos – conforto ambiental*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA; definições e classificação 2009-2011/NANDA International; tradução Regina Machado Garcez- Porto Alegre: Artmed, 2010

FIGUEIREDO,NMA. *A mais bela das artes... o pensar e o fazer da enfermagem: base teóricas e práticas para uma teoria do cuidado/conforto*. RJ: Tese de Professor Titular; UNIRIO/EEAP, 1997

FIGUEIREDO, N.M.A de; MACHADO, W.C.A. *Corpo e Saúde –Conduitas clínicas de cuidar*. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009

FIGUEIREDO, N.M.A; SANTOS, I. *Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar*.

Rio de Janeiro. Atheneu, 2004 p 3-20

GUATARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. 34ªed. Tradução Ana Lucia

Oliveira, RJ: 34ªed, 1992.

HENDERSON, V. *Princípios Básicos sobre cuidados de enfermagem*. Connecticut-

USA, tradução Anyta Alvarenga. ABEN-RJ-1981.

HESSEN, J. *Teoria do Conhecimento*. 2ª ed. Tradução João Vergílio Gallerani Cuter.

São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LOBIONDO-WOOD,G.; HABER,J. *Pesquisa em Enfermagem*. 4ªed. Rio de

Janeiro:Guanabara Koogan,2001.

MEDEIROS,M.; TIPPLE, A.C.V.; MUNARI, D.B. - A expansão das escolas de

enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999.

MINAYO,M.C.S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29ed. Petrópolis,

RJ:Vozes, 2010.

MIRANDA, AC de; BARCELOS, C; MOREIRA, JC, MONKEN, M (org). *Território,*

Ambiente e Saúde- RJ: Editora Fiocruz, 2008.

MIQUELIN, L.C. *Anatomia dos edifícios hospitalares*. São paulo: CEDAS, 1992.

MURRAY, R.; ZENTNER, J. *Nursing concepts in health promotion*. Englewood Cliffs,

NJ: Prentice Hall, 1975.

NIGHTINGALE, F. *Notas sobre Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

RIZZOTTO, M.L.F. A origem da enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. In: SAVIANI,D ;LOMBORDI,J.C; NASCIMENTO,M.I.M

(org). **Navegando na história da educação brasileira- HISTEDBR.**
Campinas:Graffe: Histedbr, 2006.v1, p. 1-19.

SILVA, Carlos Roberto Lyra; *O Conceito de Conforto na Perspectiva de Doentes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar* Tese de Doutorado(enfermagem) –UFRJ. EEAN. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

VERDUSSEN,R. *Ergonomia: a racionalização humanizada do trabalho.* Rio de Janeiro: Ed. Livros Técnicos e Científicos, 1978.

APÊNDICE A:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Caro(a) Senhor(a)**

Vimos por meio desta consultá-lo (a) a respeito da sua participação na pesquisa que se pretende desenvolver neste Hospital e que tem por título “**Luminosidade e Temperatura no ambiente do cliente em situação de pós-operatório: um estudo de Enfermagem sobre conforto no ambiente.**” e com objetivo de identificar na fala dos clientes o que é conforto quando submetidos a luminosidade e temperatura do ambiente em que estão no momento de pós-operatório imediato.

A pesquisa está vinculada ao Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental, do Departamento de Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e será realizada através de entrevistas, por meio de instrumento de coleta de dados contidos de perguntas semi-estruturadas, que não acarretará qualquer risco a sua integridade física, emocional ou moral, pois desta forma estaremos atendendo os preceitos estabelecidos na Resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde. Solicitamos sua autorização para posterior publicação e apresentação em eventos. As mesmas serão lidas e analisadas à luz dos princípios científicos que norteiam o assunto em questão. Do mesmo modo também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo ou ônus.

Informamos que o anonimato e os fatos que porventura venham a identificá-lo serão preservados, assim como os dados confidenciais que possam trazer constrangimentos. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Desta forma, solicitamos a sua autorização para a utilização das informações concedidas.

_____ **Data** ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

_____ **Data** ____/____/____

Assinatura do Entrevistado

Pesquisadora Responsável: Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Tel:2295-5737, e-mail:nebia@unirio.br

Av:Nossa srª de Copacabana,198 apt 701- cep:22020-000

Telefone CEP: 22645177

APÊNDICE B:**INSTRUMENTO I:**

Iluminação (individual para cada unidade):

	MANHÃ	TARDE	NOITE	OBSERVAÇÃO
Local				
Data				

Temperatura (individual para cada unidade):

	MANHÃ	TARDE	NOITE	OBSERVAÇÃO
Local				
Data				

Comentários do pesquisador sobre outras informações captadas no local:

INSTRUMENTO IIProdução de dados demográficos:

-Nome:

-Idade:

-Sexo: F () M ()

-Estado Civil: Solteiro () Viúvo () Casado () Desquitado ()

-Filhos: Quantos:

-Nacionalidade:

-Naturalidade:

-Escolaridade:

-Profissão:

-Ocupação:

- Ainda trabalha: () sim () não

- Quanto ganha: 1 salário mínimo ()

Sustentado pela família ()

Mais de 3 ()

Sustentado pelo parceiro ()

Mais de 5 ()

Mais de 10 ()

- Cirurgia:

- Data cirurgia:

• *Quanto o domicílio:*

-Com quem mora:

- Tipo: () alvenaria () palafita () outros _____

-Situação da moradia: () apartamento () casa

() própria () alugada () outros _____

-Número de cômodos:

-Número janelas:

-Número de ventiladores:

-Possui ar condicionado: () sim () não Quantos: _____

INSTRUMENTO III

a) O que você gosta em sua casa ou outra moradia:

Aparência ()

Condições ambientais e higiene ()

- Ventilada ()

- Clara ()

- Quente

- Escura ()

b) O que mais lhe chamou a atenção na sua enfermaria:

-Higiene ()

-Iluminação ()

-Roupa de cama ()

-Ruídos ()

-Temperatura ()

-Alimentação ()

-Por que?: _____

- Algo mais chamou atenção? _____

c) Quando chegou no hospital sentiu algo no ambiente que lhe incomodou?

Sim ()

Não ()

Explique:

d) Quando voltou da cirurgia sentiu algum desconforto, qual:

Dor ()

Calor ()

Medo ()

Frio ()

Insegurança ()

Específico para LUMINOSIDADE:

1. Quanto a luminosidade gostaria de saber como gosta: () gosta do escuro; () gosta da penumbra; () gosta do ambiente claro. Dependendo de como goste, como o senhor reage quando a luminosidade não é aquela que deseja?

2. Em casa dorme com alguma luz acesa? () sim () não

Exemplifique caso sim: _____

E aqui no hospital como fica a noite? Agrada ao senhor (a)?

3. A que horas dorme em casa normalmente?

Aqui no hospital consegue seguir esta rotina? () sim () não

4. Alguma vez algum profissional perguntou a hora que o(a) senhor (a) se prefere dormir no escuro ou no claro? () sim () não

Gostaria que perguntasse? () sim () não () indiferente

5. Levanta a noite para ir ao banheiro? () sim () não

Tem alguma dificuldade para se locomover a noite na enfermaria?

() sim () não

6. O que você segure para tornar o ambiente adequado a iluminação:

-Saber como gosta de dormir () -Deixar a enfermaria escura ()

-Deixar a enfermaria na penumbra () -Colocar lâmpadas no chão ()

-Deixar a enfermaria clara () - Colocar luminária nos leitos ()

7. O que a luz intensa causa em você:

-Alegria () -Desconforto () -Cansaço na visão ()

-Tranquilidade -Não consegue descansar ()

8. O que a penumbra causa em você:

-Alegria () -Desconforto () -Cansaço na visão ()

-Tranquilidade -Não consegue descansar ()

9. O que o escuro causa em você:

-Alegria () -Desconforto () -Cansaço na visão ()

-Tranquilidade -Não consegue descansar ()

Específico para TEMPERATURA:

1- Em qual horário de seu primeiro dia de pós-operatório sentiu os efeitos da temperatura em seu corpo: () manhã () tarde () noite

2- Como seu corpo responde a uma temperatura que considera inadequada ou desconfortável: () fico desconfortado () fico irritado () fico angustiado () não consigo dormir () não consigo descansar () não consigo me alimentar

3- Como o senhor dorme em casa: () manta () edredon () lençol () sem nada para cobrir

E aqui no hospital: () manta () edredon () lençol () sem nada para cobrir

4- Como o senhor dorme em casa:

Janela aberta : () sim () não Ventilador ligado: () sim () não

Ar condicionado ligado: () sim () não

E aqui no hospital:

Janela aberta : () sim () não Ventilador ligado: () sim () não

5-O que você sugere para tornar o ambiente adequado a temperatura:

-Colocar mais ventiladores de teto () -Manter as janelas abertas ()

-Colocar ventiladores individuais () -Colocar ar condicionado ()

-Não sugere nada, pode manter como está ()

6- Observações do pesquisador:

Paciente levou ventilador de casa () sim () não

Levou coberta de casa () sim () não

Janela está aberta () sim () não

