



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

**O conforto como indicador de qualidade da assistência de enfermagem
prestada ao cliente da unidade de terapia intensiva pediátrica:
realidade ou utopia**

MARGARIDA DOS SANTOS SALÚ

Rio de Janeiro

2014

MARGARIDA DOS SANTOS SALÚ

Linha de Pesquisa: “Enfermagem: o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar.”

Projeto de Pesquisa: “O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente às tecnologias pesadas em UTI.”

O conforto como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente da unidade de terapia intensiva pediátrica: realidade ou utopia

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca de Avaliação de Qualificação do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem – PPGENF da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Projeto de Pesquisa (orientador): “O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente às tecnologias pesadas em UTI.”

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro

2014

S181 Salú, Margarida dos Santos.
O conforto como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente da unidade de terapia intensiva pediátrica: realidade ou utopia / Margarida dos Santos Salú, 2014.
131 f.; 30 cm

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Conforto humano. 3. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. 4. Pediatria. I. Silva, Carlos Roberto Lyra da.
II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73

MARGARIDA DOS SANTOS SALÚ

**O CONFORTO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PRESTADA AO CLIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA PEDIÁTRICA: REALIDADE OU UTOPIA.**

Dissertação submetida à Banca Examinadora de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem – da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito de qualificação à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr^o Carlos Roberto Lyra da Silva – UNIRIO
Presidente

Prof^a Dr^a Zina Maria Almeida de Azevedo – IFF
1^o Examinador

Prof^o Dr^o Luiz Carlos Santiago – UNIRIO
2^o Examinador

Prof^o Dr^o Roberto Carlos Lyra da Silva – UNIRIO
Suplente

Prof^a Dr^a Karinne Cristinne da Silva Cunha – UNIRIO
Suplente

Rio de Janeiro

2014

MARGARIDA DOS SANTOS SALÚ

**O CONFORTO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PRESTADA AO CLIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA PEDIÁTRICA: REALIDADE OU UTOPIA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora de Qualificação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Mestrado em Enfermagem, na Linha de Pesquisa: “O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar”; na Pesquisa Institucional: “O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente às tecnologias pesadas em UTI”; como requisito de qualificação à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 07 de Março 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profº Drº Carlos Roberto Lyra da Silva – UNIRIO
Presidente

Profª Drª Zina Maria Almeida de Azevedo – IFF
1º Examinador

Profº Drº Luiz Carlos Santiago – UNIRIO
2º Examinador

Profº Drº Roberto Carlos Lyra da Silva – UNIRIO
Suplente

Profª Drª Karinne Cristinne da Silva Cunha – UNIRIO
Suplente

Rio de Janeiro

2014

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

“As palavras de amizade e conforto podem ser curtas e sucintas, mas o seu eco é infundável.”

Madre Tereza de Calcutá

DEDICATÓRIA

“O Senhor é meu pastor e nada me faltará.” Abrigada meu DEUS, por tudo que tens me proporcionado, do nascimento humilde e desestruturado a um caminho árduo provido de vitórias a cada caminhada na certeza de um futuro promissor.

Aos meus amados filhos **Absalon** e **Sthefany**, pela compreensão da minha fragilidade, de uma presença ausente, pela prolongada privação de tempo e dedicação. Um especial agradecimento ao meu filho Absalon pelo apoio, cumplicidade, suporte e ajuda dada na estruturação e organização deste trabalho.

Ao meu companheiro, **Francisco**, pela confiança, pelo incentivo, companheirismo, amor incondicional, cúmplice em todos os momentos, pelo acompanhamento e estímulo ao meu projeto de vida.

A minha amada e querida mãe, **Maria José** (*in memorian*), por me transmitir os verdadeiros valores da vida e contribuir na formação do meu caráter. Assim, cresci fortalecida na esperança, na superação e na certeza de que estudar e trabalhar faz parte do caminho da vitória.

A minha tia/mãe e enfermeira, **Cândida Delgado** (*in memorian*), pelos ensinamentos e por todos os momentos compartilhados juntos... responsável por despertar em mim o amor pelo cuidado de enfermagem e o de “ser” enfermeira.

Aos meus irmãos, **Margarete, José e Venâncio**, pelo apoio e incentivo nos momentos difíceis.

A minha tia e enfermeira, **Fernanda Bastos**, responsável por me transmitir seus ensinamentos e por me ajudar a ver a vida de uma forma mais simplificada, transformando um limão numa limonada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus** pelo seu cuidado, por se revelar em socorro bem presente na hora da angústia (Sl.46:1), por renovar as minhas forças quando a fraqueza queria me tomar (Is. 40:31) e por me fazer acreditar sempre que a vitória chegaria. Obrigado Senhor! Por me resplandecer, guiar e proteger, além de me privilegiar com anjos em forma de pessoas abençoadas e iluminadas que entraram no meu caminho e contribuíram de alguma forma para que eu chegasse nesse momento de realização, em especial:

Ao meu orientador e mentor **Professor Doutor Carlos Roberto Lyra da Silva**, por compartilhar seu nobre e sábio conhecimento, contribuindo com dedicação, incentivo e orientação para o êxito deste trabalho. Me sinto afortunada em ter sido sua orientanda, e desfrutar da convivência com um ser humano excepcional que consegue conciliar sensibilidade, ética e competência em prol da formação do conhecimento científico e da qualificação dos seus discentes.

“O milagre da educação acontece quando vemos um mundo que nunca se havia visto.” (Rubem Alves)

Aos docentes da banca examinadora (Professores Doutores: **Zina Maria Almeida de Azevedo, Luiz Carlos Santiago, Roberto Carlos Lyra da Silva e Karinne Cristinne da Silva Cunha**), pelas relevantes inspirações para valorização da temática e as contribuições fundamentais para o enriquecimento desta pesquisa.

“Há pessoas que transformam o sol numa simples mancha amarela, mas há também aquelas que fazem de uma simples mancha amarela o próprio sol.” (Pablo Picasso)

À amiga **Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira**, por ter acreditado que eu seria capaz, confiado que eu não iria lhe decepcionar e por ter me ajudado na realização de mais uma etapa dos meus sonhos.

“Enquanto houver amigos como você, existirá pessoas de sorte como eu, por ter sua linda amizade que é mais que um privilégio... é um presente de Deus.”

Às amigas **Marcia Paiva, Elena Martinez, Daniele Santos e Rejane Cruz** que sempre tiveram um carinho especial para comigo.

“Amigos são que nem o Sol, não precisam aparecer todos os dias para sabermos que eles existem!”

Ao Programa de Pós-Graduação e a turma de mestrado de 2012, em especial à amiga **Vivian Rezende Marinho**, concorremos a vaga do mestrado de forma amigável e pacífica sem que a concorrência interferisse na amizade, pois acreditávamos que por haver duas vagas poderíamos iniciar a jornada em busca de nossos sonhos juntas. Por motivo alheio a nossa vontade trilhamos caminhos diferentes.

"Lute com DETERMINAÇÃO, abrace a vida com PAIXÃO, perca com classe e VENÇA com OUSADIA, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é MUITO para ser insignificante." (Charles Chaplin)

Aos **Docentes e Funcionários** da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que contribuem direta e indiretamente no nosso processo de formação à mestres.

A **Equipe de Enfermagem** da Unidade de Pacientes Graves e da Unidade Intermediária do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, que confiaram e contribuíram para o desenvolvimento do trabalho.

"O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis". (Fernando Pessoa)

Às **Crianças e Adolescentes** que são o alvo do nosso cuidado e conforto.

"O conforto é algo a que os seres humanos querem aceder desde que nascem. É por isso que uma criança para de chorar quando um joelho ferido é beijado, ou um doente idoso se acalma quando é tocado na mão ou ouve palavras delicadas." Malinowski & Stamler (2002)

RESUMO

SALÚ, Margarida dos Santos. **O conforto como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente da unidade de terapia intensiva pediátrica: realidade ou utopia**, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Esta dissertação foi realizada a partir da motivação em buscar respostas para minhas reflexões/indagações acerca do tema: conforto do cliente como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada na UTIP. Assim, emergiu como objeto de estudo: O conforto na perspectiva da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente em unidade de terapia intensiva pediátrica. Os objetivos traçados foram: 1- Identificar, na fala das enfermeiras e técnicos de enfermagem, se o cuidado confortante é considerado um indicador de que a assistência de enfermagem prestada ao cliente pediátrico na unidade de terapia intensiva é de qualidade; 2- Identificar, na fala das enfermeiras e técnicos de enfermagem, quais são os cuidados de conforto que podem ser prestados ao paciente pediátrico na unidade de terapia intensiva; 3- Propor uma escala de conforto para clientes de unidade intensiva pediátrica a partir dos termos lexicais emergidos da fala dos sujeitos-objeto da pesquisa dentro dos contextos de conforto propostos por Kolcaba (físico, psicoespiritual, ambiental e social), com vistas a torná-lo um possível indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada na UTIP. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou um questionário semi-estruturado como instrumento de produção dos dados. O cenário *locus* da investigação foi a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP de um Hospital Federal localizado no Município do Rio de Janeiro-RJ. O arcabouço teórico encontra sustentação na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin, cujo material foi exaustivamente lido e ordenado em duas categorias: **Categoria I:** O conforto que qualifica a assistência de enfermagem na UTIP pode ser realidade na perspectiva da enfermagem. Nesta categoria emergiu que o conforto pode ser uma realidade na perspectiva de quem cuida, bem como pode ser um indicador de qualidade na assistência de enfermagem na UTIP. **Categoria II:** Conforto como prioridade dos cuidados de enfermagem e a interferência do ambiente. Nesta categoria identificamos que os conceitos de relação enfermeira, doente e ambiente são aplicáveis em todos os quadros de enfermagem atuais e que o ambiente interno e/ou externo interfere nas medidas confortantes de enfermagem na UTIP. Foi realizada uma escala para mensuração do estado de conforto na unidade de terapia intensiva pediátrica pontuada por escores objetivos e subjetivos emanados da pesquisa. Conclui-se que o conforto é um indicador de qualidade capaz de qualificar a assistência de enfermagem prestada na UTIP, para tanto a equipe de enfermagem deve apoderar-se de conhecimentos científicos e desejos de implementar medidas para que o conforto volte a ser o objetivo primeiro dos cuidados e da assistência de enfermagem aos clientes pediátricos.

Palavras-chave: Conforto, Cuidados de enfermagem e Pediatria.

ABSTRACT

Salú, Margarida dos Santos. **The comfort as an indicator of quality of nursing care delivered to clients of the pediatric intensive care unit: reality or utopia**, 2014. Dissertation (Master of Nursing) - Life Sciences Center and Health, Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO.

This paper was made with the motivation to look for answers to my thoughts/questions about the topic: client comfort as a quality indicator of nursing care in the pediatric intensive care unit. Therefore, an object of study emerged: Comfort through the perspective of the quality of the nursing care provided to the client in a pediatric intensive care unit. The objectives were: 1. To identify, in the nurses and nursing technicians' speech, if the comforting care is considered an indicator that the nursing care provided to the client in the pediatric intensive care unit has quality; 2- To identify, in the nurses and nursing technicians speech, what comfort care can be provided to pediatric patients in the intensive care unit; 3- To suggest a comfort scale for pediatric intensive care unit clients from lexical terms emerged from the speech of research subjects-object within the comfort of contexts proposed by Kolcaba (physical, psychological, social and environmental) with the goal of making it a possible indicator of the quality of the nursing care in the pediatric intensive care unit. This is a qualitative study using a semi-structured questionnaire as a data production tool. The scenario investigation was the Pediatric Intensive Care Unit - PICU of a Federal Hospital located in the city of Rio de Janeiro-RJ. Katharine Kolcaba's Comfort Theory supports the theoretical framework. Data was analyzed according to Bardin's Content Analysis, whose material has been thoroughly read and sorted into two categories: **Category I:** The comfort that qualifies the nursing care in the PICU can be a reality in the nursing perspective. In this category the idea emerged, that comfort is a reality from the perspective of those who care, and is an indicator of quality in the nursing care in the PICU. In order to reach the third objective was carried out a proposal for a comfort scale from the lexical terms from this category. **Category II:** Comfort as a priority of nursing care and the environment interference. In this category we identified that the concept of a nurse-patient-environment relationship is applicable to all current nursing staff and the internal and/or external environment interferes in the comforting care of nursing in the PICU. It was done a scale for measuring the state of comfort in a pediatric intensive care unit punctuated by scoring goals and subjective aspects arising from the research. It is concluded that comfort is a quality indicator able to assess the nursing care in the PICU, so the nursing staff should take over scientific knowledge and desires to implement actions to bring back comfort as the primary objective of care and nursing care to pediatric clients.

Keywords: Comfort, Nursing Care and Pediatrics

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro nº1: Período de coleta de dados	39
Pictograma nº1: Ambiente da UTIP/Sujeitos/Tecnologia	48
Quadro nº2: Matriz de Análise construída pelos pesquisadores	49
Gráfico nº1: Categoria profissional dos Sujeitos-Objeto	50
Gráfico nº2: Gênero dos Sujeitos-Objeto	51
Gráfico nº3: Estado Civil dos Sujeitos-Objeto	52
Quadro nº3: Categorias raciais nos Censos Demográficos -Brasil- 1972/2010	52
Gráfico nº4: Etnia da Amostra dos Sujeitos-Objeto	53
Gráfico nº5: Credo Religioso dos Sujeitos-Objeto	54
Pictograma nº2: Espiritualidade na Enfermagem Brasileira: retrospectiva histórica	55
Gráfico nº6: Classificação funcional dos Sujeitos-Objeto	56
Gráfico nº7: Grau de Escolaridade dos Sujeitos-Objeto	60
Gráfico nº8: Formação do Espírito Científico e Pensamento Reflexivo.....	61
Gráfico nº9: Experiência Profissional dos Sujeitos-Objeto.....	62
Gráfico nº10: Faixa Etária dos Sujeitos-Objeto.....	63

✚ cont. LISTA DE ILUSTRAÇÕES ✚

Quadro n°4: Termos lexicais/contexto de conforto físico em Kolcaba	72
Quadro n°5: Termos lexicais/contexto de conforto Psicoespiritual em Kolcaba	77
Quadro n°6: Termos lexicais/contexto de conforto Ambiental em Kolcaba	80
Quadro n°7: Termos lexicais/contexto de conforto Social em Kolcaba	83
Quadro n°8: Dimensões para avaliações da Qualidade da cuidados em Saúde	89
Escala de Conforto: Salú e Silva, 2014.....	91
Quadro n°9: Tesouro do ambiente hospitalar concreto.....	94
Figura n° 2: Relação enfermeira-cliente-cuidado de enfermagem	95

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	16
1.1– Conspectus ¹	16
1.2 - Contextualizando o tema e fazendo emergir o problema.....	18
1.3- Objetivos do estudo.....	21
1.4- Justificativa e relevância do estudo	21
CAPÍTULO II – O REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 - O Ambiente Hospitalar	23
2.2 - A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.....	24
2.3 - A Qualidade na Assistência de Enfermagem	27
2.4 - O Cuidado de Enfermagem e a Teoria do Conforto: de Nightingale à Kolcaba.....	28
2.5 - A Teoria do Conforto em Kolcaba.....	31
CAPÍTULO III – MATERIAL E MÉTODO	35
3.1 - Abordagem Metodológica.....	35
3.2 - Do método em si	36
3.3 - A obtenção dos dados.....	38
3.4 - O tratamento dos dados	40
3.5 - A unidade escolhida como cenário do estudo	42

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DOS DADOS	44
4.1 - Obtenção da coleta de dados Piloto	44
4.2 - Obtenção dos dados.....	46
4.3 - Perfil Sociodemográfico.....	48
4.4 - À guisa do entendimento do Processo de Categorização: Da Teoria Geral à Teoria Especial do Conhecimento – As Categorias.....	63
4.4.1 - A essência das categorias	65
4.4.2 - Categoria I – O conforto que qualifica a assistência de enfermagem na UTIP pode ser realidade na perspectiva da enfermagem.....	65
4.4.3 - Categoria II – Conforto como prioridade dos cuidados de enfermagem e a interferência do ambiente.	93
4.4.4 - Pressupostos do Ambiente segundo as teóricas	93
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS	118
CAPÍTULO VIII – APÊNDICES	126
CAPÍTULO IX – ANEXO	131

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1–Conspectus¹

Graduei-me na Faculdade de Enfermagem São Camilo - Luiza de Marillac - Rio de Janeiro em 2000, iniciando prontamente minhas atividades profissionais na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Posteriormente em 2001 realizei meu ofício em uma Unidade de Terapia Renal, quando optei em cursar a especialização em Métodos Dialíticos na Universidade Federal Fluminense (UFF). Durante algum tempo optei por atividades laborais com clientes portadores de doenças renais e em atividades de *Home Care*, e muito embora minha assistência estivesse sempre voltada ao cliente adulto, mantinha o desejo de realizar minhas atividades na área de pediatria, mas, especificamente, em terapia intensiva pediátrica.

Oportunamente consegui um estágio de capacitação profissional na unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) de um hospital público federal referência na saúde da criança e adolescente. Após um profundo interesse na área pediátrica resolvi me aprofundar no conhecimento a essa clientela e busquei o Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira (IFF) – FIOCRUZ. Atualmente venho desenvolvendo minhas atividades laborais na Emergência do Hospital Infantil Ismélia da Silveira em Duque de Caxias no município do Rio de Janeiro, voluntária na UPG/IFF e bolsista Fiotec em Pesquisa Clínica no Instituto Fernandes Figueira IFF/FIOCRUZ.

Hoje, já decorrido sete anos de experiência profissional dentro do contexto dessa clientela pediátrica grave que necessita do aparato tecnológico em favor da vida, reflito acerca do aparato tecnológico complexo tão utilizado na UTIP, pouco entendido e compreendido pelo senso comum e que, por esse motivo, torna-se objeto de medo, angústia e preocupação, entretanto, quando bem indicada e utilizada, pode salvar vidas. Objetivamente Merhy (1997) classifica as tecnologias como **dura**², **leve-dura**³ e **leve**⁴, suas implicações no cotidiano da prática hospitalar e que se refletem na assistência de enfermagem prestada nas unidades altamente tecnificadas, como é o caso da UTIP.

¹ É o momento utilizado pelo autor para “falar não do texto que se propunha a escrever, mas do “pré-texto”, daquele momento em que ocorre o ato de criação da escrita, do momento em que o sujeito se torna autor” Campos (2001, p. 15).

² São as máquinas e instrumentos, compostas por trabalho morto (instrumental) porém precisam de trabalho vivo para operacionalização.

³ Composta pelo conhecimento técnico de tipos de saberes profissionais estruturados, como por exemplo, a epidemiologia e a enfermagem; rotinas, processos, protocolos e métodos de trabalho.

⁴ Caracterizadas pelas relações entre trabalhador e usuário, produzindo sensação de acolhida, vínculo entre os dois sujeitos, responsabilização de ambos pela resolução do problema.

Pensar o cuidado de enfermagem prestado na UTIP não pode se restringir a uma questão tecnológica, mesmo entendendo com base em Merhy que cuidado também pode ser entendido como uma tecnologia, sem questionar aqui sua relevância na manutenção do corpo físico e sua importância do ponto de vista biomédico, mas deve estar atrelado a concepção de que o cuidado ao corpo deve ser o próximo possível de um cuidado entendido e/ou almejado como integral.

No entanto, falar em cuidado integral na perspectiva de um modelo Biomédico que privilegia as especializações, não é uma tarefa fácil. Mais difícil ainda é colocá-lo em prática, haja vista que, devido as próprias características da unidade de terapia intensiva, cuja racionalidade médica é mais destacada, e precisa mesmo ser assim, pois em situações de agravo à saúde em que o sujeito/doente se encontra em situação limite entre a viver e morrer, fica quase que impossível afastar a racionalidade em prol de uma subjetividade que em nada irá atender as necessidades desse momento.

Para melhor ilustrar o que dizer, apresento como exemplo uma criança em franco edema agudo de pulmão e a equipe priorizar as necessidades humanas de auto estima, ou ainda, de gregária. Quando o que se pensa a priori é o pronto restabelecimento da necessidade de oxigenação.

Assim, não se trata de sub julgar o cuidado integral, mas apontar suas limitações ao tentar executá-lo, limitações que são facilmente justificadas pela condição humana, pela sua natureza, sempre muito complexa, pois, implica em considerarmos o corpo composto por questões clínicas e objetivas, bem especificadas, facilmente mensuradas, no entanto, não mais ou menos importante que as questões subjetivas, tais como desejos e anseios, tudo isso imerso em um ambiente frio e gerador de medo, tanto do aparato tecnológico quanto dos profissionais que lá prestam seus cuidados.

Para trazer à tona e fortalecer minhas reflexões acerca do ambiente no qual desenvolvo minhas atividades, relembro as proposições axiomáticas nightingaleanas, dentre as quais, proporcionar e/ou manter um ambiente adequado para que a natureza possa interferir no processo de restabelecimento da saúde. Acrescento neste contexto a fala de Florence Nightingale que em seu livro *Notas sobre Enfermagem* discorre sobre o objetivo precípua da nossa profissão que é a de prestar *conforto* ao paciente. Assim, neste momento início a introdução do tema e do problema desta propositura.

1.2 - Contextualizando o tema e fazendo emergir o problema

O cliente pediátrico, que requer o uso de tecnologia para manutenção da vida, na compensação das funções orgânicas, requer também um “ambiente”, que chamarei aqui de “terapêutico”, capaz de auxiliar no restabelecimento da saúde, e de uma assistência com um olhar voltado para as questões do corpo subjetivo, onde se inclui *o conforto, sentido e manifestado por ele ou não, sem perder de vista que o desconforto é uma condição que antecede o estado de conforto* (SILVA, 2009).

Essa assistência capaz de atender o cliente em sua integralidade deve perpassar por uma reflexão sobre a *qualidade* da assistência de enfermagem prestada.

Em se tratando de estrutura física não se pode deixar de mencionar a qualidade dos cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar referenciados por Nightingale (1989) em seu livro *Notas Sobre Enfermagem* ao descrever que é responsabilidade da enfermagem colocar o paciente em um ambiente em que a natureza possa auxiliá-lo a atingir uma condição ótima de saúde. Figueiredo (2003, p.13), corrobora com este axioma quando refere que o ambiente hospitalar no qual desenvolvemos os cuidados de enfermagem é um “local de hospedar, local da saúde, da prevenção, da discussão, do treinamento, do ensino e do debate sobre tudo o que interessa aos funcionários e aos clientes”.

O termo qualidade é definido pela Norma ISO 8402 (Internacional Organization for Standartization) como: “a totalidade das características de uma entidade que lhe confere a aptidão de satisfazer necessidades explícitas e implícitas dos clientes”. Teixeira (2006) diz que indicadores são instrumentos reguladores da qualidade e assistência, que nesse caso é a enfermagem, que obedece a padrões estabelecidos e periodicamente revistos e que são construídos a partir de componentes da organização como a estrutura, o processo e o resultado. Então ao considerar na definição de qualidade proposta pela ISO 8402, quando fala na satisfação das necessidades explícitas e implícitas aos clientes, incluir o conforto, mais especificamente, na satisfação das necessidades explicitas, não é exigir demais, haja vista que, é a partir da experiência de (des)conforto explicitada pelo cliente que a enfermagem terá elementos palpáveis para pensar e implementar suas ações cuidativas.

É necessário desta forma, que a equipe tenha o mesmo entendimento sobre essas questões que norteiam a prática, como é o caso de oferecer cuidados de enfermagem confortante ou que minimizem o desconforto, além de entender o conforto como um dos

componentes necessários e imprescindíveis à prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade; indo assim, ao encontro da norma anteriormente citada.

Em conversas informais com colegas de profissão pude perceber que a relação *conforto/qualidade* não é percebida/entendida por eles, não há uma padronização dos cuidados prestados com vistas a promover o conforto, não obstante, conforto não é um objetivo primeiro da assistência à essa clientela. Com base nessas conversas me levo às seguintes indagações:

- 1- É possível pensar em conforto em uma unidade altamente tecnificada quando o paciente depende de máquinas para se manter vivo?
- 2- A qualidade da assistência prestada pode ser medida também através do conforto que a enfermagem oferta ao paciente?
- 3- É possível considerar o conforto como um indicador de qualidade na oportunidade da prestação de cuidados de enfermagem?
- 4- *Conforto e qualidade* são termos que se unem ou são termos ambivalentes?

Essas reflexões/indagações têm me estimulado a buscar respostas que certamente me levarão a outras perguntas e outras respostas, entretanto, penso que são necessárias e servem de alavanca para o aprofundamento sobre o tema: o conforto do cliente como um indicador da qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras da unidade de terapia intensiva pediátrica. Tudo isso me despertou o *desejo* de buscar o aprofundamento do tema em nível de pós-graduação – mestrado em enfermagem.

Promover ou mensurar, se é que possível, qualidade de assistência x cuidado de enfermagem a partir do conforto com vistas à qualidade de vida em um ambiente de terapia intensiva torna-se uma questão no mínimo desafiadora para a enfermagem, sobretudo, essa a qual nos referimos, imersa em um ambiente em que a tecnologia é vivenciada/valorizada em primeiro plano, prestadora de um cuidado *específico* em um ambiente entendido pelo senso comum e até mesmo entre os acadêmicos, como (des)humano conforme Silva (2006), mas que permanece fazendo parte de um modelo biomédico e um sistema de enfermagem que ainda é nightingaleano.

O fato de estarmos prestando cuidados de enfermagem para clientes criticamente enfermos e cuja maior preocupação – objetivo primeiro é a cura pela “luta” contra a morte, o que está em jogo é a vida sim, mas a vida no mais amplo sentido do termo, não somente vida por ter as funções vegetativas, aquelas sob responsabilidade da função tronco encefálica

– respirar, manter circulação sanguínea, eliminar resíduos, produto de nosso metabolismo, mas um corpo que sente e se emociona e que reage sempre ou nas mais das vezes, como condição homeostática e preservadora da VIDA quando as condições internas ou externas não são favoráveis, inclusive, aquelas condições que podem levar ao estado de (des)conforto, como por exemplo a temperatura do ambiente, a ventilação, a iluminação, os ruídos característicos do próprio ambiente (Nightingale, 1989) ou simplesmente, a ausência de um ente querido ao seu lado, principalmente e acima de tudo, quando se trata de um corpo que não tem condições de responder *por si*, como é o caso das crianças.

Neste sentido, Silva e Carvalho (2008) contribuem com este contexto ao conceituar o conforto como “um estado de bem-estar percebido pelo cliente que poderá resultar em qualidade de vida”. Quando cito qualidade de vida me lembro também da qualidade da assistência de enfermagem já que um dos seus objetivos, em qualquer nível ou unidade, é, além de retirar o cliente do quadro agudo, dar condições para que ele retorne para o convívio social sem sequelas e volte a experimentar o estado de bem-estar.

O cuidado da criança gravemente enferma é um desafio para os profissionais diretamente relacionados à assistência, em razão de características muito próprias da idade deste paciente que muitas vezes ainda não verbalizam, agravado pelas condições da doença que se impõe no momento da internação em UTI. Apesar disso, o (des)conforto é um fenômeno que observa-se frequentemente, seja evidenciado pela mímica de choro, variação da pressão arterial ou agitação, porém em muitos cenários é minimizado pela equipe. A mudança desta postura na prática clínica cartesiana, torna-se imperativa, valorizando-se o conforto como um indicador de qualidade da assistência de enfermagem.

Assim emerge o objeto desta propositura: **O conforto na perspectiva da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente em unidade de terapia intensiva pediátrica.**

Partindo-se do objeto já delimitado, destacamos as seguintes questões que irão nortear nossa investigação:

1- Na concepção do discurso da equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicos) oferecer e/ou manter o conforto no corpo do cliente pode ser considerado um indicador capaz de qualificar a assistência de enfermagem?

2- Quais são os cuidados que a equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicos) pode oferecer ao cliente pediátrico com objetivo precípua de promover e/ou manter o conforto, a partir de seu discurso?

3- É possível estabelecer uma escala de mensuração/avaliação de conforto para os clientes pediátricos da UTIP para a partir desta tornar o conforto um indicador de qualidade da assistência de enfermagem na UTIP, mediante o discurso dos enfermeiros e técnicos?

1.3- Objetivos do estudo

Pretendemos responder aos questionamentos ora apresentados a partir dos seguintes objetivos:

- 1- Descrever, na fala das enfermeiras e técnicos de enfermagem, se o cuidado confortante é considerado um indicador de que a assistência de enfermagem prestada ao cliente pediátrico na unidade de terapia intensiva é de qualidade;
- 2- Identificar, na fala das enfermeiras e técnicos de enfermagem, quais são os cuidados de conforto que podem ser prestados ao paciente pediátrico na unidade de terapia intensiva;
- 3- Apresentar uma escala de conforto para clientes de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica a partir dos termos lexicais emergidos da fala dos sujeitos-objeto da pesquisa dentro dos contextos de conforto por Kolcaba (físico, psicoespiritual, ambiental e social), com vistas a torná-lo um indicador da qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade de terapia intensiva pediátrica.

1.4- Justificativa e relevância do estudo

Segundo Barbosa (2004), no atendimento na UTI pediátrica e neonatal não basta a obtenção de bons resultados, alcance de qualidade, adequação da demanda de leitos e/ou estruturação adequada de recursos humanos, materiais e financeiros, sendo necessário também o aprimoramento dos processos de assistência que só poderão ser alcançados mediante um investimento sustentado tanto na formação quanto na educação continuada de toda a equipe de saúde, como em linhas de pesquisa específicas para o setor.

Sua razão primeira está na necessidade de ampliar nossos conhecimentos acerca do conforto e do cuidado confortante como meta da qualidade de assistência. Assim, a relevância da proposta desta investigação, principalmente como uma contribuição crítico-

reflexiva sobre a Enfermagem, - processos de ensino, de investigação, de assistir/cuidar – encontra-se na importância de buscar a partir da fala das enfermeiras e técnicos a correlação entre o cuidado confortante e qualidade da assistência prestada e a partir daí gerar um instrumento de padronização que norteie o cuidado prestado tendo o conforto como um de seus objetivos. Silva e Carvalho (2008) em sua tese de doutorado, ao determinar o *estado da arte* acerca do conforto tal como objeto de investigação concluíram que existe ainda em âmbito nacional uma carência de investigações – dissertações e teses que discutam esse binômio. Entretanto, no cenário internacional, autores, investigadores e teóricos já consagrados vêm discutindo o conforto numa perspectiva teórica, como é o caso da Dra. Kolcaba.

Visto uma ocasião oportuna para descrever sobre a referida teórica. Katherine Kolcaba é a enfermeira, nascida nos Estados Unidos, graduada em 1965, pela St. Luke's Hospital School of Nursing, em Cleveland, Ohio. Em 1997, fez Ph.D. em Enfermagem pela Frances Paine Bolton School of Nursing, na Case Western Reserve University. Tornou-se membro do Conselho de Elderlife, uma comunidade e rede de apoio para idosos, do American Nurses Association, Honor Society of Nursing e Sigma Theta Tau (KOLCABA, 2010). Ela vem transmitindo seus conhecimentos sobre o que denomina *Teoria do Conforto* para estudantes de diferentes níveis – graduação e pós-graduação. Contudo, pensamos ser oportuno e relevante apresentar mais uma possibilidade de pensar o cuidado e o conforto nos planos citados.

Em plano de *ação*, de fato, pensamos na possibilidade de buscarmos uma aproximação entre conforto e qualidade, referente à assistência de enfermagem a criança na unidade de terapia intensiva pediátrica. Espera-se que esse estudo possa contribuir para um entendimento, por parte da enfermeira e sua equipe, de que o cliente hospitalizado é um ser excêntrico que requer conforto e cuidados de enfermagem em razão de sua condição clínica e também em função de suas necessidades humanas afetadas. E que esses cuidados devem ser dados com a qualidade que é inerente à ética profissional.

Penso justificar-se ainda por permitir a possibilidade de inserção do tema/problema na Linha de Pesquisa: “O Cotidiano da Prática de Cuidar” do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental – Nupeef do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

CAPÍTULO II - O REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - O Ambiente Hospitalar

Para atingir os objetivos e subsidiar a compreensão do objeto de estudo utilizou-se como bases teóricas os fundamentos teóricos da *qualidade* na assistência em saúde de Racoveanu e Johansen e as concepções da Nightingale e Kolcaba visando o *cuidado, ambiente e conforto*.

Florence Nightingale, já descreveu a necessidade de se manter um ambiente adequado para promover a saúde tornando-se imprescindível desenvolver seus conceitos como base para fundamentar as medidas de cuidado e conforto na assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva pediátrica que ao prestar cuidados em prol da vida causa bastante iatrogênias que podem ser minimizadas ou até mesmo evitadas.

O Ministério da Saúde vem corroborar com os temas já abordados e ratifica que o ambiente hospitalar por estar diretamente relacionado à saúde do cliente requer qualidade e conforto. No ponto de vista da ambiência hospitalar ocorre um refinamento do espaço físico, compreendido como espaço social profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço. A ideia de ambiência segue primordialmente três eixos:

- ✓ O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho.
- ✓ O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social.
- ✓ O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

2.2 - A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Na guerra da Criméia, em 1854, onde Inglaterra, França e Turquia declararam guerra à Rússia. Em condições precárias a mortalidade entre os soldados hospitalizados atinge 40% de óbitos. A jovem enfermeira Florence Nightingale parte com 38 voluntárias para os Campos de Scurati para amenizar e tratar feridos de guerra. Idealizando unidade de monitorização de paciente grave que comportava soldados feridos, em virtude do armamento pesado e moderno para aquela época. Sua técnica de monitorização e separação dos pacientes graves dos não-graves reduziu para 2% o número de óbitos, dando-se início ao conceito de Terapia Intensiva. Florence faleceu em 13 de agosto de 1910, deixando um legado de persistência, capacidade, compaixão e dedicação ao próximo, estabeleceu diretrizes e caminho para enfermagem e Terapia Intensiva Moderna (SOBRATI).

A terapia intensiva pediátrica é uma especialidade médica relativamente jovem, tendo se consolidado há cerca de 50 anos, após a epidemia de poliomielite na Escandinávia. No Brasil, as primeiras unidades de terapia intensiva pediátricas (UTIP) foram inauguradas na década de 70 – Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, 1971, e Universidade de São Paulo, 1974. No Instituto da Criança Professor Pedro de Alcântara” do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), já na década de 60 havia a Sala de Atendimento Pediátrico Intensivo, anexa ao Pronto-Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas, onde as crianças mais graves eram atendidas pelos plantonistas, pediatras de diversas subespecialidades sem formação específica para atendimento intensivo. Em 1974, nascia a UTIP do HCFMUSP, e pediatras com atenção dirigida à assistência intensiva foram integrados à Sala de Atendimento Pediátrico Intensivo.

Hoje as UTIP são reconhecidas e estão bastante difundidas; no entanto, ainda se conhece muito pouco sobre a distribuição dessas unidades, sobre sua estrutura e sobre a forma como se presta assistência intensiva em nosso meio.

Historicamente, as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) vêm da Dinamarca e datam do início dos anos 50. Unidades de terapia respiratória pediátrica seguiram-se no resto da Europa e Estados Unidos. O grande ímpeto de seu desenvolvimento foi a necessidade de tratamento para as situações agudas e crônicas da poliomielite pandêmica (Piva, 1994).

Nos anos iniciais, a atenção foi focada no sentido de promover ventilação mecânica, com o “pulmão de aço”, que foi substituído pela ventilação mecânica com pressão positiva,

até chegar aos modernos ventiladores mecânicos disponíveis nos dias de hoje. Durante as décadas de 60 e 70 ocorreu um grande desenvolvimento do ramo, incluindo a habilidade no suporte de pacientes com falência hemodinâmica e respiratória em ventilação mecânica prolongada.

De acordo com Lino e Silva (2001), as primeiras UTI's criadas no Brasil datam de 1960 e 1961 sendo nos respectivos hospitais Hospital Servidores do Estado do Rio de Janeiro e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, difundindo-se nas demais regiões a partir de 1970.

Na unidade de terapia intensiva a assistência de enfermagem é diferenciada. O nível de complexidade é alto, o que envolve maior demanda de cuidado que implica em algumas dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem no sentido de garantir a qualidade do cuidado/conforto neste ambiente. Entretanto, a formação acadêmica e a prática profissional, além da possibilidade de qualificar a assistência assegurar a eficácia e efetividade do cuidado e conforto ao cliente na unidade de terapia intensiva pediátrica.

A enfermeira sempre esteve presente em todos os aspectos das UTI's desde sua criação através dos conceitos desenvolvidos por Florence Nightingale, onde atualmente é um elemento imprescindível no desafio da assistência à criança gravemente enferma e na estruturação e organização da unidade e da assistência da equipe de enfermagem.

A unidade de terapia intensiva pediátrica é tida como um setor que envolve aspectos chave da assistência multiprofissional, requer atenção especial de toda a equipe e pode ser compreendida “manutenção artificial da oxigenação e/ou ventilação dos pacientes com quadro de insuficiência respiratória de diversas etiologias.” (Silva e Gomes, 2009).

Essa unidade envolve “assistência tecnológica” que demanda procedimentos com objetivos de monitorar, avaliar e auxiliar na manutenção das funções fisiológicas humanas básicas necessárias a vida. Sendo eles: a intubação orotraqueal ou traqueostomia (permite realizar ventilação mecânica com auxílio de respirador), aspiração do tubo endotraqueal ou traqueostomia (remoção de secreções respiratórias permitindo permeabilidade das vias aéreas inferiores, aminas, bloqueadores neuromusculares, realizar monitorização hemodinâmica, exames laboratoriais entre outros sendo estes administrados com uso de bombas infusoras), cardio Q (utilizado para monitorar performance cardíaca otimizando o estado hemodinâmico do cliente), termômetro transesofágico (possibilita verificar a temperatura central sendo mais fidedigna), uso de manta térmica (utilizado nas hipotermias), cateterização enteral e/ou nasogástrico (respectivamente para infusão de dieta e para

esvaziamento gástrico), cateterismo vesical de demora (para controle rigoroso do balanço hídrico e coleta de material para exames), eletroencefalograma (utilizado em crianças com crise convulsiva e estado de mal epiléptico), restrição específica de decúbito no leito (crianças graves com instabilidade clínica severa ou em pós-operatórios de transposição gástrica, cirurgias neurológicas entre outros), além da necessidade de se realizar contenção de membros (para evitar a retirada acidental de “aparatos tecnológicos” pelo cliente prevenindo iatrogênias).

Para tal o enfermeiro se respalda na Resolução COFEN n.º 311/2007, que aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem, em seu artigo 12, Seção I, - “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos, decorrente de imperícia, negligência ou imprudência”. Entretanto para sua funcionalidade busca na equipe multiprofissional qualidades necessárias no desempenho de suas funções entre elas efetividade, eficácia e eficiência.

Os procedimentos demonstram o quanto são imprescindíveis para manutenção da vida, porém, nota-se o quanto são desconfortáveis as medidas que causam dor, incomodo, sofrimento e inviabilizam a satisfação de algumas necessidades humanas básicas como sono e repouso, mecânica corporal, integridade cutânea-mucosa, integridade física, orientação no tempo e no espaço dificultando as medidas de cuidado e conforto a serem prestados pela equipe de enfermagem.

A UTIP não se faz apenas pela sua aparelhagem ou pelo desenvolvimento de técnicas sofisticadas que restabelecem a saúde do corpo físico, cuja prestação de assistência à saúde se valoriza o aparato tecnológico em detrimento do recurso humano, mas também na qualificação profissional capaz de aprimorar ainda mais, junto com essas tecnologias, a assistência prestada com qualidade e conforto.

Considerando esta assistência desafiadora, pois compreender as matizes que permeiam esse cuidado ao mesmo tempo em que salva a vida causa a dor, que “cuida” com modernas tecnologias e ao mesmo tempo causa desconforto para promover conforto, presta *cuidado* a seres humanos no sentido amplo da palavra.

A enfermeira na UTIP depara com situações que requerem competência técnica, integração de informações, construção de processo decisório, estabelecimento de prioridades, agilidade, eficácia e eficiência ao mesmo tempo não pode dissociar sua ação técnica do cuidado humano, no sentido de preocupar-se, responsabilizar-se e envolver-se com o ser cuidado com ética profissional.

2.3 - A Qualidade na Assistência de Enfermagem

Para discorrer sobre qualidade na assistência de enfermagem não posso deixar de mencionar um órgão de natureza privada inicialmente denominado *Comissão de Acreditação de Hospitais*, criada em 1951, com a missão de monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos ao público, por meio da acreditação hospitalar. Em 1987 este objetivo foi ampliado para alcançar diferentes instituições de assistência à saúde, além de dos hospitais, quando passou a se denominar *Comissão Conjunta de Acreditação de Serviços de Saúde*.

No Brasil esta modalidade ainda é incipiente, porém instituições hospitalares privadas e públicas encontram-se em processo de desenvolvimento de estratégias ou Programas de Garantia de Qualidade, fato que se deve ao mundo contemporâneo, onde a qualidade é tida como imprescindível a economia e inerente à ética profissional e social (Racoveanu e Johansen, 1995)

A qualidade em saúde dá-se pela avaliação de alguns conceitos que dão base à fundamentação teórica, a saber:

- ✓ Qualidade da assistência ou serviço que é caracterizada pela competência profissional, eficiência, risco mínimo e efeito favorável (Racoveanu e Johansen, 1995).
- ✓ Qualidade na assistência de enfermagem se dá quando o profissional exerce suas ações com conhecimento, habilidade, humanização e competência (Silva, 1994).
- ✓ Componentes da qualidade: cobertura, acessibilidade, equidade, eficácia, efetividade, eficiência e aceitabilidade (Donabedian; 1993; Vuori, 1991; Silva e Fomigli, 1994).
- ✓ Programa de Garantia de Qualidade conceituado como um conjunto de atividades sistematizadas que objetiva que os recursos e o processo assistencial assegurem uma assistência de qualidade elevada (Racoveanu e Johansen, 1995).
- ✓ Abordagens da avaliação em saúde que abrangem a tríade – Estrutura, Processo e Resultados, fundamentados na Teoria de Sistemas (Donabedian, 1980).

Segundo Donabedian (1993) a melhor estratégia avaliativa da qualidade é a que utiliza indicadores representativos das três abordagens. Existem atividades para assegurar qualidade nos serviços de saúde/enfermagem que são denominadas internas: comissões de auditoria médica e de enfermagem, comissão de prevenção e controle das infecções

hospitalares, comissão de ética em pesquisa, comissão de abastecimento, comissão de educação continuada, administração de risco, avaliação pelos usuários e externas. Estas comissões contam com a representação mínima de enfermeiros, médicos e administradores e são destinadas à promoção e avaliação da qualidade da assistência.

O produto final da qualidade é a satisfação do cliente frente aos serviços que lhe é oferecido, é corroborado pelo conceito mais recente de qualidade da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2007):

“Uma prática das organizações para assegurar que seus procedimentos estejam em conformidade com as exigências dos clientes. Um sistema de gestão de qualidade demonstra a previsibilidade das operações internas e a capacidade de ir ao encontro das demandas do cliente, aumentando seu grau de satisfação.”

Diante disso, Rêgo e Porto (2005, p.434) resumem o termo qualidade com enfoque na área da saúde como hábitos *“[...] voltados para processos de melhorias contínuas das condições objetivas e subjetivas dos serviços, visando o atendimento das necessidades, desejos e expectativas das pessoas”*.

Visando a qualidade da assistência as instituições devem avaliar os serviços prestados ao cliente de forma quantitativamente e qualitativamente. Neste último visa observar a reação do cliente perante aos cuidados de enfermagem que lhe são dispensados, através da expressão facial e corporal, estado de saúde, sentimentos, gestos, sensação de cuidado/conforto expressas de forma verbal e não verbal.

Deste modo, Figueiredo (1997) enfatiza que *“... para cuidar bem é necessário ter conhecimento, ter emoção, ter crença e ser ação.”*

Assim, considerando o que os autores dizem acerca da qualidade, pensamos na possibilidade da satisfação do cliente a partir de cuidados confortantes ou que minimizem o desconforto.

2.4 - O Cuidado de Enfermagem e a Teoria do Conforto: de Nightingale à Kolcaba

Os avanços tecnológicos nos remeteram à ações de enfermagem limitadas em relação ao Ato de cuidar, a maneira de atuar da enfermagem visando o conforto como resultado de

ação primordial dos cuidados de enfermagem são essenciais para atender as expectativas e necessidades do cliente.

Silva e Carvalho (2008) apontam que para entendermos ou até mesmo aceitarmos que, quando estamos cuidando de nossos clientes deixamos muitas vezes de considerá-los em sua totalidade ao direcionar ou priorizar nossa assistência – *Atos e Ações* - apenas na satisfação das necessidades biológicas, ao ponto de, na maioria dos casos, não atentarmos para a satisfação de necessidades mais subjetivas e desejos visando as variadas dimensões a serem também levadas em conta quando propomos implementar cuidados entendidos por nós enfermeiras como de conforto ou confortantes.

A palavra *conforto* designa e relaciona ao cuidado de enfermagem, sentimentos, emoções e tudo aquilo que está adequado e adaptado, na assistência aos clientes, que consola e traz prazer, que é ajustado e apropriado, ou, que é ainda convenientemente oportuno (Schmid, 2005). Assim sendo, só podemos explicar o significado e o sentido de *conforto* articulando essa palavra e o conceito de cuidado de enfermagem a um contexto *cultural* – do cliente, da enfermeira e, é claro, tendo-se alguma experiência do que implica sensações de desconforto.

A simples delimitação dos aspectos físicos e fisiológicos do conforto, portanto, - (sinais observáveis, mensuráveis e tecnicamente manipuláveis) -, já favorece, *por si*, a proposição do cuidado de enfermagem, mesmo que abordado especificamente em ambiente hospitalar, onde se executa o plano assistencial, ou em outras situações externas, onde enfermeiras e clientes/familiares se encontram.

A falta de observância e delimitação do conforto por ambas as partes, enfermeira e clientes poderá resultar em um cuidado “incompleto”, tendo em vista que este estará também sujeito às condições físicas, fisiológicas, psicológicas, espirituais, socioeconômicas etc., permitindo que as ações (des)confortantes provoquem respostas adversas que só o cliente que vive a experiência poderá relatar.

A ideia de “*conforto*” e “*desconforto*” requer, antes de tudo, das enfermeiras, uma exploração sobre os cinco sentidos, no corpo do cliente assistido, tal como ele se encontra no âmbito da experiência, e de forma que o cliente possa expressar suas necessidades em face de suas próprias condições de enfermo, e do modo como ele sente o ambiente e os profissionais que cuidam dele. Convém ressaltar que Schmid (*op.cit.*) em nada tem relação com as ciências da saúde. Esse autor é arquiteto e engenheiro mecânico, e seu comentário

sobre as condições do conforto, *certamente* vale na consideração e avaliação dos elementos sensíveis presentes na condição do cliente.

E, com *certeza*, pode ser muito *reconfortante* – para as enfermeiras - saber que outros profissionais com formação distinta da enfermagem se debruçam sobre tal assunto, buscando apoiar suas ações em fundamentos filosóficos e artísticos, e entendendo o quanto é relevante a percepção do espaço físico, neste caso da unidade de internação hospitalar, o que requer bem mais do que a simples sensibilidade, ou seja, atenção ao clima humano, de quem oferece e de quem recebe o conforto.

Foi a partir de Florence Nightingale (1889), fundadora da enfermagem moderna no final do séc. XIX, que a prática de cuidar das pessoas e famílias, em âmbito de assistência continuada, passou a focalizar o cuidado de enfermagem como objeto de estudo, de trabalho específico e de investigação. A *enfermagem moderna* tornou-se capaz de proporcionar condições adequadas à restauração da saúde e à manutenção da vida. E a partir daí, estabeleceu-se a preocupação com o saber da enfermagem como conhecimento profissional.

Almeida e Rocha (1986) dizem que o processo de evolução do *saber da enfermagem* percorreu etapas diferenciadas, partindo do enfoque técnico para a busca de princípios científicos, da utilização do método científico no planejamento e execução da assistência e da aquisição de novas explicações, de modo a abranger uma concepção teórica adequada ao cuidado de enfermagem e suas repercussões.

Ainda nos primórdios da estruturação do sistema de enfermagem por Florence Nightingale, já se destacava a necessidade de prestar cuidado aos clientes como arte, ciência e ideal conforme enfatiza Lucy Ridgely Seymer (*sd*).

É a partir do cuidado prestado ao cliente que a enfermeira poderá avaliar as condições de desconforto e conforto utilizando a razão com sensibilidade para avaliar, com propriedade, a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos criando condições favoráveis ao conforto - ambiente e relação de ajuda -, ou seja, à interação com o cliente e equipe. Esta lança mão de elementos objetivos e subjetivos da assistência de enfermagem para prestar um cuidado confortante, mesmo sabendo que para se chegar ao conforto o cliente passa pelo estado de (des)conforto fundamental no processo de cuidar.

Barbier (1993), quando fala do *sensível*, diz, que este afirma-se pela *sensação* através dos receptores sensoriais, e que sua manifestação (do sensível), quando ligada à sensação tem um papel definido sobre ela mesma (sensação), mas que, também, é produzido a partir dela. Complementa ainda dizendo que as sensações são resultantes de estímulos internos e

externos, os quais, ao atingirem os receptores sensoriais desencadeiam respostas de choro, dor, prazer, desprazer, dentre outras manifestações da emoção.

As sensações fazem parte da natureza humana. No entanto, se as sensações de natureza humana podem ser detectadas – observadas e descritas - mesmo assim, às vezes, costumam ser ignoradas nas circunstâncias do cuidado aos clientes. Neste particular, pode-se compreender que o cliente pensa e traz, intimamente, um conjunto de afetos com polarização em torno do prazer e do desprazer, mesmo quando não existe abismo de fronteiras entre eles. Tanto o prazer, como o desprazer, são sensações resultantes de estímulos internos e externos, da mesma forma que a sensação de conforto e desconforto.

Durante a execução dos cuidados de enfermagem é que a enfermeira e sua equipe se relacionam com seu cliente, é nesse momento onde se torna possível um contato direto e/ou indireto possibilitando identificar através da comunicação verbal e não verbal, expressões, sensações e manifestações objetivas e subjetivas, como no nosso caso o desconforto, que identificados e posteriormente, deve resultar na implementação de soluções para transformar ou minimizar o estado de desconforto em conforto.

Em uma análise preliminar, ou mais sumária, do conceito de conforto, implícito ou explícito no cuidado de enfermagem, percebe-se que o mesmo não é devidamente contemplado nas teorias de enfermagem, e mesmo nas mais tradicionais, o destaque para o conforto como visado nesta pesquisa não é contemplado. Ou seja, ainda não se conseguiu traduzir, devidamente, para a assistência de enfermagem dos dias de hoje, a importância do conceito de conforto na prestação do cuidado de enfermagem, exceto pela teoria de Katharine Kolcaba, autora que, na atualidade contemporânea, se preocupa com a questão do cuidado de enfermagem na vertente do conforto.

2.5 - A Teoria do Conforto em Kolcaba

Como ponto de partida de seu trabalho teórico, Kolcaba fez um diagrama da sua prática de enfermagem, logo no início da sua tese de doutoramento. Ao apresentar a sua concepção de estrutura para os cuidados de enfermagem ao doente com demência, um membro do público perguntou: “Fez uma análise do conceito de conforto?” Sua resposta foi “Não, mas esse é o meu próximo passo”. O que deu início à sua longa investigação sobre o conceito de conforto.

O primeiro passo à prometida análise do conceito de conforto teve início com uma extensa e trabalhosa revisão crítica da literatura específica sobre conforto nas disciplinas de enfermagem, medicina, psicologia, psiquiatria, ergonomia e literatura inglesa (particularmente a utilização que Shakespeare fez de conforto e o dicionário de Inglês da Oxford que trata da atribuição às origens das palavras). Fez um relato histórico do uso da palavra conforto, na literatura de enfermagem, em diferentes artigos de sua autoria e de outros autores. Por exemplo, em *Notes on Nursing* (1859, p.70), observou que Nightingale exortava: “(...) *Nunca se deve perder de vista para o que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou fatos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar o nível de saúde e o conforto.*”

De 1900 a 1929, o conforto foi objetivo central da enfermagem e da medicina, porque através do conforto, conseguia-se aumentar o grau de recuperação (McIlveen e Morse, 1995). A enfermeira sente-se compelida a prestar atenção aos pormenores que influenciam o conforto do doente. Aikens (1908) declarou que não havia nada relativo ao conforto do doente que fosse suficientemente pequeno para ser ignorado.

Nesse sentido, o conforto do doente era a primeira e a última consideração da enfermeira quando prestava seus cuidados, ainda que de forma indireta. Portanto, é possível afirmar que na concepção da autora, uma boa enfermeira precisava colocar os doentes *confortáveis*, sendo que a provisão de medidas de conforto era um fator primário e determinante da habilidade e proficiência de uma enfermeira para prestar cuidados de enfermagem.

Em 1926, Harmer *apud* Alligood e Tomey (2002, p.482) afirmam que os cuidados de enfermagem estavam diretamente relacionados com a prestação de “*uma atmosfera geral de conforto*”, completando que: “(...) *os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental para além do descanso e do sono, nutrição, limpeza e eliminação*”.

Goodnow (1935) *apud* Alligood e Tomey (2002, p.483), em seu livro “*The Technique of Nursing*”, dedicou um capítulo inteiro ao conforto do doente, afirmando que: “(...) *Uma enfermeira é sempre julgada pela sua capacidade para fazer o doente sentir-se confortável. O conforto é físico e mental e a responsabilidade de uma enfermeira não acaba com o cuidado físico*”.

Podemos facilmente perceber, nesses exemplos, que o conforto é positivo, pode ser alcançado com a ajuda das enfermeiras e, em alguns casos particulares, indica a melhoria de

uma condição ou estado anterior. Para Alligood e Tomey (2002), o conforto está ligado, intuitivamente, à atividade da alimentação. A partir de suas origens, Kolcaba explicou os aspectos do conforto com base na ergonomia e na ligação direta do conforto ao desempenho da função da enfermeira.

No entanto, o seu significado está freqüentemente implícito, escondido no contexto do cuidado de enfermagem e, por isso mesmo, o conceito de conforto se apresenta, de certa forma polissêmico. Podemos perceber que ele varia semanticamente na forma verbal, como adjetivo/atributo, na forma adverbial, e em âmbito de processo e resultado.

Kolcaba utilizou três teorias de enfermagem para apoiar sua concepção no modo de sintetizar ou derivar o que ela chama de tipos de conforto: O **alívio**⁵ foi sintetizado a partir de conceitos de Orlando (1961) que, por sua vez, afirma que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes. A **tranqüilidade**⁶ foi sintetizada a partir dos princípios de Henderson (1966), que descreveu treze (13) funções básicas dos seres humanos necessitando de serem mantidas para a própria manutenção do equilíbrio homeostático. A **transcendência**⁷ foi extraída de proposições de Paterson e Zderad (1975, 1988), que afirmavam acreditar que os doentes podiam superar suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

Watson (1979) *apud* Alligood e Tomey (2002, p.483) teve também grande influência na concepção da teoria do conforto de Kolcaba, pois advogava que o ambiente dos doentes era de extrema importância para o seu bem-estar físico e mental. Para essa autora, “(...) *conseqüentemente, sempre que possível, as enfermeiras proporcionam conforto através de intervenções ambientais.*”

Watson (1973), identificou as medidas de conforto que as enfermeiras usavam nesse sentido das *intervenções ambientais*. Ela usava a expressão “*medidas de conforto como sinônimo de intervenção*”.

⁵ A condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica, Kolcaba (2002)

⁶ É estado de calma ou contentamento, Kolcaba (2002).

⁷ A condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas e sofrimentos, Kolcaba (2002).

Kolcaba consultou literaturas específicas sobre holísmo para classificar os contextos nos quais o conforto pode ser experimentado e os definiu como:

- 1) **Físico:** pertencente às sensações do corpo.
- 2) **Psicoespiritual:** pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado.
- 3) **Ambiental:** pertencente ao meio, às condições e influências externas.
- 4) **Social:** pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

CAPÍTULO III – MATERIAL E MÉTODO

3.1 - Abordagem Metodológica

Os dados obtidos na pesquisa de campo foram analisados de acordo com os pressupostos de Laurence Bardin (1977), professora, assistente de psicologia na Universidade de Paris onde aplicou técnicas do Método de Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e no estudo das comunicações em massa. A análise dos dados coletados pode ser uma análise dos significados (análise temática) ou uma análise dos significantes (análise léxica, análise dos procedimentos). Os passos para a organizar os dados são: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise:

É a fase da organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise (BARDIN, 1977, p.95).

Bardin propõe como segundo passo a exploração do material selecionado que “consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 1977, p.101).

A etapa a seguir é o tratamento e interpretação dos dados obtidos, segundo a autora nessa etapa os resultados brutos devem ser tratados de modo a codificá-lo e organizá-lo dentro de três alternativas compreendidas em: o recorte, a enumeração e a classificação e agregação (escolhas das categorias).

O pesquisador deve verificar quais os elementos do texto devem ser considerados elegendos as unidades de registro (URS). “A unidade de registro. – é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (BARDIN, 1977, p.104). A unidade de registro podem ser: a palavra, o personagem, o tema, o objeto ou referente, o documento, o acontecimento e a unidade de contexto.

O método a seguir é a categorização e a interpretação. Para Bardin (1977), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente, por agrupamento segundo o gênero (analogia), com os

critérios previamente definidas, sendo que as categorias devem reunir um grupo de elementos sob um título genérico. É a passagem dos dados brutos para dados organizados.

Segundo Bardin (1977, p.119) duas maneiras inversas podem ser utilizadas na aplicação da categorização: um fornecido pelo sistema de categorias repartindo de forma factível os elementos encontrados; na outra o sistema de categorias não é previamente fornecido, sendo as categorias adquiridas após a classificação analógica e gradual dos elementos constituídos.

Finalizando pela interpretação dos dados coletados que podem ser analisados de forma quantitativa (frequência de aparição) ou qualitativa (indicadores não frequenciais susceptíveis de permitir inferências), e utilizado para fins teóricos ou pragmáticos.

3.2 - Do método em si

Com o propósito de atingir os objetivos desta pesquisa e pensando em ampliar as possibilidades de investigação acerca do objeto de investigação, *o conforto como indicador de qualidade na assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva pediátrica* optamos por realizar um estudo descritivo com método qualitativo.

Um estudo descritivo "observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir com a precisão possível a ocorrência com que o fenômeno ocorre, sua relação e correlação com outras sua natureza e características", onde acontecimentos podem ser detalhados, como também depoimentos e situações que juntos poderão dar riqueza a análise de informações, segundo Cervo e Bervian (1996, p.49).

Optamos pelo método de pesquisa qualitativa por esta consentir apresentar e compreender as experiências da saúde humana a partir dos conhecimentos da enfermagem e ainda de acordo com Minayo e col. (1992, p.21):

“Se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis”.

Nossa opção pelo método de pesquisa qualitativo vai ao encontro de algumas características *inerentes* ao método *em si* dentre as quais merecem destaque:

- ✓ O método possui ampla abordagem para à saúde e privilegia diferentes formas de investigar as experiências humanas envolvidas no processo saúde-doença;
- ✓ Oferece ao pesquisador da área de saúde possibilidade de captar a maneira pela qual os *sujeitos-objeto* da investigação pensam e reagem frente a situações habitualmente vivenciadas na relação entre sujeitos – em nosso caso: enfermeiras e técnicos de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- ✓ O método determinado pelo *objeto* poderá possibilitar o acesso às pessoas envolvidas nesse contexto, de forma que possam dar a conhecer as próprias ideias, sentimentos, valores, crenças e atitudes. Esse conhecimento permitirá ao pesquisador planejar ações que valorizem o *ser* incluso na pesquisa, pois se consegue, pelos dados coletados, conhecer profundamente a experiência vivida de cada indivíduo, tal como, forma única e singular;
- ✓ As particularidades, limites e possibilidades são considerados na busca de resultados que transcenda à simples compreensão do *fenômeno* “subjetivo”, as quais se baseiam, principalmente, na premissa que somente os conhecimentos sobre os indivíduos, por si, que permitem a descrição da experiência humana, tal como é vivida e definida pelos próprios autores Polit e Hungler (1995).

Mesmo se tratando de uma pesquisa qualitativa, não impede que alguns dados sejam quantificados, assim, a estratégia metodológica de se utilizar a complementaridade entre os dados qualitativos e quantitativos proporciona um maior nível de integração e profundidade na análise, segundo Richardson (1985).

O tratamento das informações foi processado de forma a permitir uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto de estudo mediante à luz da *Análise de Conteúdo* proposta por Bardin (1988).

Richardson (*Op. Cit.*), Polit e Hungler (1995, p.277) salientam que a opção pelo método qualitativo, com complementação de dados quantitativos, “*requer a busca da complementaridade entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana*”. E ressaltam que os pesquisadores, aderentes ao método qualitativo, coletam e analisam materiais pouco estruturados, às vezes narrativos, mas que propiciam campo “*livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos*”.

Sob a forma de esclarecimento detalharemos cada etapa proposta por Bardin (1988), para melhor delimitarmos o território sob investigação e os *sujeitos-objeto* investigados nesta propositura.

A pesquisa foi desenvolvida junto às enfermeiras e técnicos de enfermagem da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico em um hospital da rede pública de saúde, no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Os *sujeitos-objeto*, na investigação, foram selecionados pela técnica de amostragem não-probabilística (amostra por conveniência, com população acessível), de acordo com as considerações de Hulley (2001), onde utilizamos uma amostra mínima de 30 *sujeitos-objeto*, porém, com o objetivo de alcançar todos os componentes da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva pediátrica.

Na pesquisa qualitativa, os *sujeitos-objeto* devem ser caracterizados para que se compreenda o discurso a partir do contexto em que estão inseridos ou experiência de vida. Assim, decidiu-se considerar os dados demográficos relacionados: sexo, idade, estado civil, cor/raça, religião, escolaridade, classificação funcional e tempo de atuação em UTIP, portanto estas variáveis não são dependentes do estudo qualitativo.

3.3 - A obtenção dos dados

A pesquisa seguiu a orientação dos critérios e preceitos éticos com estudos em seres humanos, em conformidade com as exigências da Resolução 196/96 e com o parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP (UNIRIO e FIOCRUZ) protocolo N° 1228/Dpq/2012, além do Termo de Autorização da Diretoria responsável por cada uma das

instituições implicadas, o Projeto de investigação foi apresentado à Direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO, atendendo determinações mencionadas no CEP.

Cabe registrar, ainda, que os *sujeitos-objeto* que concordaram em participar, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com suas devidas assinaturas.

A coleta de dados foi realizada mediante questionário, definido como um impresso contendo um conjunto de perguntas, que o entrevistado optou em respondê-lo na presença ou não do entrevistador. O instrumento em questão, empregado nesta pesquisa, cumpriu os requisitos apontados por Boyd e Wetfall (1964) e designado corretamente como “estruturado não disfarçado”, pelo qual utiliza-se de técnicas projetivas (responder perguntas abertas ou fechadas, completar sentenças etc.) para obter as informações desejadas, sem que o respondente alcance os termos da finalidade e objetivos da pesquisa.

O instrumento piloto mostrou-se como ferramenta eficaz na execução da pesquisa, pois o preenchimento do instrumento tornou-se uma atividade de fácil realização e com definição de uma linguagem comum aos *sujeitos-objeto* - submetidos a testagem prévia, junto às enfermeiras que trabalham na Unidade Intermediária (UI) do mesmo Instituto por ser uma unidade que possui aparato tecnológico e crianças com características similares que por vezes ficam em uso de ventilador mecânico por não haver vaga na UPG.

Após análise, o teste piloto não nos apontou dificuldades no preenchimento e entendimento acerca do instrumento de modo que foi possível aplicá-lo sem intercorrências. O período de coleta de dados foi realizada de acordo com o quadro a seguir:

Quadro nº 01: Mostra o período de coleta dos dados da pesquisa.

Instrumento	Período de Coleta	Quem Coletou	Objetivo da Coleta
Questionário Piloto	07 à 14/11/2012	A pesquisadora	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar lacunas na coleta dos dados. • Realizar análise parcial da amostra. • Adequar às Alterações existentes no questionário pré coleta de dados.
Questionário	03 à 31/01/2013	A pesquisadora	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a coleta dos dados.

Segundo Rúdio (1995) o questionário é considerado o instrumento de pesquisa mais utilizado e caracterizado como um instrumento constituído por uma lista de inquirições que, respondidas ou não, dão ao pesquisador as informações que ele pretende produzir.

Nesta investigação será utilizado o questionário como instrumento de inquirição, por possuir vantagens como abranger um número pré-determinado de pessoas (*sujeitos-objeto*) e outras como as elencadas a seguir:

- ✓ *A aplicação de um inquérito, por questionário, possibilita uma maior sistematização dos resultados fornecidos;*
- ✓ *Permite maior facilidade de análise bem como reduz o tempo que é necessário despendido para recolher e analisar os dados;*
- ✓ *Pode ser aplicado simultaneamente a um grande número de informantes (Lakatos e Marconi, 1996).*

O questionário foi composto por perguntas abertas e fechadas. Algumas feitas no sentido de traçar o perfil dos *sujeitos-objeto*, tal como sexo e idade, o tempo de formação e de experiência profissional. Outras foram formuladas com o objetivo de buscar o entendimento que as enfermeiras possuem sobre o conforto como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente da unidade de terapia intensiva pediátrica.

3.4 - O tratamento dos dados

Os dados foram tratados de acordo com a frequência do aparecimento nas respostas e exibidos na forma de tabelas e gráficos. Utilizamos a análise temática dos discursos, um tipo de Análise de Conteúdo concedido por Bardin (1988), com a consequente construção de ideias nucleares, por meio do método de categorização temática gerando *Tesauros*.

Acerca disso, Bardin (1988, p.31) declara que:

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: o das comunicações.”

Minayo (1992), acrescenta que a Análise do Conteúdo, na modalidade temática, confere com uma unidade de aceção complexa de dimensão variável, e sua validade não é

de ordem linguística, mas primeiramente, de ordem psicológica. Realizar análise temática é descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

A análise de conteúdo temático proposta por Bardin (1988) é amplamente utilizada em pesquisas de enfermagem, pois é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens reunidas segundo a semântica das comunicações. A análise percorre três grandes etapas distintas:

- ✓ Pré-análise, que realiza leitura flutuante do conjunto das comunicações, fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação.
- ✓ Exploração do material, os dados são codificados a partir das unidades de registro, visa impetrar o núcleo de compreensão do texto. De acordo com os objetivos da pesquisa, salientam-se, no texto, trechos significativos, unidades de registro ou significados a serem codificados e posteriormente categorizados.
- ✓ Análise dos resultados e interpretação onde ocorre a classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, reagrupamento posterior, em função de características comuns. Ainda segundo Bardin (1994, p.101), é neste momento que [...] os resultados brutos são analisados de maneira a serem significativos e válidos [...], podendo o pesquisador propor inferências e interpretações relativas aos objetivos do estudo e descobertas advindas dessa análise.

Nesse contexto, Bardin (1988) destaca que o pesquisador deverá decompor em partes exaustivamente sua fonte. Com a liberdade para extrair tudo que lhe convém, desde que tenha ligação com o assunto tratado. Assim, extrairemos informações lexicais e semânticas relevantes, tanto para o objeto quanto para os objetivos e as iremos dispor em *tesauros lexicais*.

Para análise lexical a pesquisadora transcreveu todos os questionários na íntegra para o software Sphinx® Léxica (Sphinx, 2005), sistema que permitiu alguns cruzamentos de dados que possibilitou novas análises e interpretações com relação à pesquisa. Assim, segundo Freitas e Moscarola (2000, p. 157), “o sphinx é um sistema de concepção de pesquisas e de análise estatística de dados quantitativos e qualitativos.” No entanto, a

ferramenta foi utilizada apenas para a seleção dos termos lexicais, ficando por conta da pesquisadora, a análise semântica.

3.5 - A unidade escolhida como cenário do estudo

Elegemos como cenário do estudo em questão uma unidade de terapia intensiva pediátrica que realiza atendimento de lactentes, crianças e adolescentes. Provenientes da demanda do hospital e de outras instituições de saúde, em sua maioria pública, através da central de regulação de vagas e com indicação de internação e assistência de cuidados intensivos ou com ordem judicial. O hospital tem por missão institucional:

"Melhorar a qualidade de vida da mulher, da criança e do adolescente por meio de ações articuladas de pesquisa, ensino, atenção integral à saúde, cooperação técnica nacional e internacional e desenvolvimento e avaliação de tecnologias, como subsídio para formulação de políticas públicas nacionais."

As doenças que acometem essa clientela são diversificadas, sendo imprescindível uma assistência de enfermagem de qualidade e um aparato tecnológico efetivo a fim de prestar o atendimento proposto pela unidade especializada em questão.

A equipe multiprofissional é constituída por médicos (estatutários e residentes), enfermeiros (estatutários, residentes, especializando e do programa de capacitação profissional), técnicos de enfermagem (estatutários, contratados e capacitação técnica), auxiliares de serviços hospitalares, fisioterapeuta, nutricionista e demais especialistas que porventura forem necessários.

A unidade possuía 06 (seis) leitos, sendo 02 (dois) leitos reservados e separados por divisórias considerados "isolamentos", distribuídos em uma planta física que não atendia as recomendações preconizadas por órgãos oficiais como *Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Que "dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde"* e determinam as dimensões e características das unidades de terapia intensiva. Atualmente, a unidade passou por um processo de reforma cujo projeto visou melhorar as condições ambientais e adequar às normas preconizadas pelos órgãos oficiais, já que o ambiente vem interferindo de forma

negativa na qualidade da assistência de enfermagem. Essa sensação de bem estar no ambiente hospitalar deve ser sentido não só pelo cliente, mas por todos que estão envolvidos nessa estrutura tais como: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, acompanhantes, visitantes entre outros. Pelo fato da UTIP contar com uma grande quantidade de equipamentos, em virtude da busca constante de toda a equipe em oferecer uma tecnologia de ponta à clientela pediátrica, existe uma preocupação relacionada com o projeto arquitetônico que envolve, entre outras questões, uma organização espacial adequada para distribuir aparelhos, dar flexibilidade e expansibilidade a unidade, bem como a adequação de um espaço que possibilite as atividades de toda equipe da UTIP de forma eficiente, eficaz e segura. Neste ambiente existe também o cuidado de criar uma unidade confortável e acolhedora que facilite/favoreça a recuperação do cliente.

Ao final das obras, a unidade passou a ter 06(seis) leitos, sendo 05(cinco) de uso comum onde os boxes da área coletiva de tratamento possuem dispositivos “cortinas” que permitem a privacidade dos clientes, quando necessário, por ser uma UTI pediátrica possui poltrona para acompanhante junto a alguns leitos e 01(um) boxe com antecâmara para precauções de doenças infecto contagiosas que atende as normas preconizadas nas resoluções vigentes. A unidade tornou-se um setor que possui janelas de vidro com cortinas embutidas que contribuem muito favorecendo a claridade do ambiente, permite a entrada no sol no setor, as paredes possuem uma cor alegre e com pintura infantil tornando o ambiente mais agradável, o espaço entre os leitos ficou melhor dimensionado, foram instaladas “estativas” que são suportes especiais para bombas infusoras e equipamentos tecnológicos, o posto de enfermagem está disposto de forma centralizada e com mais visibilidade dos leitos, entre outros.

CAPÍTULO IV–RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 - Obtenção da coleta de dados Piloto

Pensando no rigor metodológico e, portanto, na vigilância epistemológica acerca da obtenção e produção dos dados, utilizou-se um instrumento piloto, cujo propósito foi identificar possíveis dificuldades de preenchimento por parte dos respondentes, nesse sentido, o referido piloto ocorreu na Unidade Intermediária da Instituição cenário da pesquisa, por ser uma unidade com perfil de clientela pediátrica similar ao da UTIP permitindo a pilotagem do questionário preservando o máximo de sujeitos-objeto do estudo que compõe a UTIP e a amostra da pesquisa.

Para obtenção da amostra piloto a pesquisadora compareceu ao setor alguns dias aleatórios selecionados por conveniência da pesquisadora ao estar em atividades laborais na mesma Instituição. Cada participante foi devidamente abordado, informado e convidado a constituir o grupo piloto como sujeito-objeto de pesquisa.

Os que aceitaram participar, receberam informações dentro das Boas Práticas Clínicas e assinaram o TCLE. As dúvidas foram imediatamente sanadas, sendo disponibilizado o questionário piloto identificado por um código numeral assegurando o anonimato do respondente. Ficou a critério do participante selecionar o melhor momento para respondê-lo.

Mesmo em se tratando de um ambiente hospitalar de ensino e pesquisa, houve dificuldade na adesão a pesquisa, onde apenas oito voluntários dos que foram abordados aceitaram responder o questionário. Dos profissionais que aceitaram responder o questionário, apenas quatro devolveram o questionário respondido. Vale destacar que esta dificuldade não comprometeu o rigor epistemológico da investigação.

O perfil dos respondentes do questionário piloto confere com todos os respondentes do sexo feminino, duas enfermeiras com pós graduação e duas técnicas de enfermagem, com idades de 24,28,34 e 50 anos sucessivamente, sendo que três são casadas e uma solteira, duas se alto declararam pardas, uma negra e uma branca, quanto a religião, três são católicas e uma evangélica, o tempo de experiência variou de menos de um ano, um ano, dois anos e três anos consecutivamente.

Todas as participantes consideraram ser possível oferecer e/ou manter o conforto no corpo do cliente, um indicador capaz de qualificar a assistência de enfermagem. Assim

houve unanimidade ao considerar a afirmativa que “pensar em conforto como indicador de qualidade na UTIP a partir da assistência de enfermagem” pode ser uma realidade e não uma utopia.

Em se tratando dos fatores ambientais que interferem na qualidade do cuidado/conforto prestado na UTIP os respondentes destacaram que o espaço físico, excesso de ruído (intenso fluxo de pessoas, alarmes de equipamentos e conversas constantes entre a equipe multiprofissional com tom de voz alta no setor), quantidade de equipamentos, “excesso” de fios dos equipamentos, manipulação constante da equipe multiprofissional em momentos diferentes e excesso de luminosidade podem interferir no conforto.

Quando questionados acerca dos cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico realizados com objetivo primeiro de promover e/ou manter o conforto elas responderam:

“Higienização, você avalia melhor a criança e dá o melhor conforto.” (Téc Enf, 04)

“Busco uma maior aproximação através de brincadeiras durante os procedimentos com o objetivo de suprir a distância ao ambiente familiar. Procuro tocar de maneira mais afetuosa no momento dos procedimentos dolorosos. Quando é permitido ofereço colo principalmente no momento da dor e administração da dieta oral.” (Téc Enf, 06)

“Identifico como prioridade do atendimento, retirar todos os elementos que causem desconforto, que de algum modo gere risco de vida ao paciente, como: o desconforto respiratório causado pelo excesso de secreção traqueal ou oro traqueal. Em seguida os cuidados são voltados para o bem-estar físico: como higiene corporal, higiene oral, quando possível; mudança de decúbito; posicionamento no leito com auxílio de coxins; massagem de conforto; eliminação da dor; posicionamento adequado de sondas e dreno. A utilização de medidas que diminuam a dor durante determinado procedimento, como: afago, sucção não-nutritiva e analgésicos.” (Enfª, 05)

“Posicionamento adequado conforme condição respiratória da criança; colocar coxins de apoio; aquecimento adequado conforme temperatura do local; massagem durante a aplicação do hidratante corporal no pós banho; permitir utensílio lúdico predileto da criança, próximo a ela. Permitir música ambiente ou recursos audiovisuais que a criança goste e sempre que possível garantir o acalanto, seja pela genitora, pelo familiar e muitas vezes pelo profissional de enfermagem.” (Enfª, 03)

O teste piloto se revelou de extrema relevância por nos permitir uma coleta de dados livre de intercorrências que pudessem invalidar a coleta realizada com os sujeitos-objeto da pesquisa, além do mais, foram capazes de responder às questões norteadoras da proposta de investigação.

4.2 - Obtenção dos dados

A escolha da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP tem sua justificativa primeira, pelo fato do sujeito *cognoscente* desta proposta, pertencer ao cotidiano da prática de cuidar de clientes pediátricos em condições clínicas agravadas por manifestações e ou distúrbios graves. Portanto, do ponto de vista epistemológico, fica evidente que o objeto de investigação emerge da prática e para a prática, aproximando-se assim de uma dinâmica empírica onde *sujeito* e *objeto* se encontram no mesmo contexto investigatório.

A UTIP faz parte de um dos locais da atividade laboral da enfermeira pesquisadora e por ser esta unidade de referência nacional em cuidados de alta complexidade para clientes pediátricos, cuja principal característica que a diferencia das demais unidades, é a disponibilidade de equipamentos altamente tecnificados e de suma importância para a manutenção e suporte de vida, conferindo-se assim como coadjuvantes da assistência de enfermagem.

Para que fosse possível obter o quantitativo de representações acerca da imagem objetiva, a abordagem - aproximação aos respondentes, a pesquisadora compareceu todos os dias a UTI-P no período da manhã e no final da tarde entre os momentos de troca de plantão para junto a cada equipe, realizar o convite que ora materializado dentro das Boas Práticas Clínicas. Cada membro da equipe foi devidamente informado sobre os objetivos da pesquisa e assim, convidado individualmente a participar como sujeito-objeto de pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi apresentado a cada um deles, garantindo assim, maior confiabilidade, anonimato e tendo o mesmo, plena liberdade de decidir pela participação ou não no referido estudo, ao mesmo tempo em que, caso durante a realização do estudo o sujeito-objeto sentisse a necessidade de retirar seu consentimento, isso não lhe traria nenhum prejuízo.

Aqueles que admitiram participar, assinaram o TCLE logo após a sua leitura. Poucas foram as dúvidas, entretanto, quando ocorreram, foram imediatamente dirimidas pela pesquisadora. Os membros da equipe de enfermagem que se encontravam de férias foram

contactados via telefônica e ao concordarem em participar, agendou-se um momento para leitura e assinatura do TCLE.

Todos os que aceitaram participar receberam um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, e foram identificados por um código numeral seguido por um pseudônimo de flores escolhido por cada um deles, garantindo assim o anonimato de cada respondente. Para diminuir a possibilidade de não retorno dos questionários, foi solicitado que o questionário fosse respondido no momento da escolha em participar do estudo.

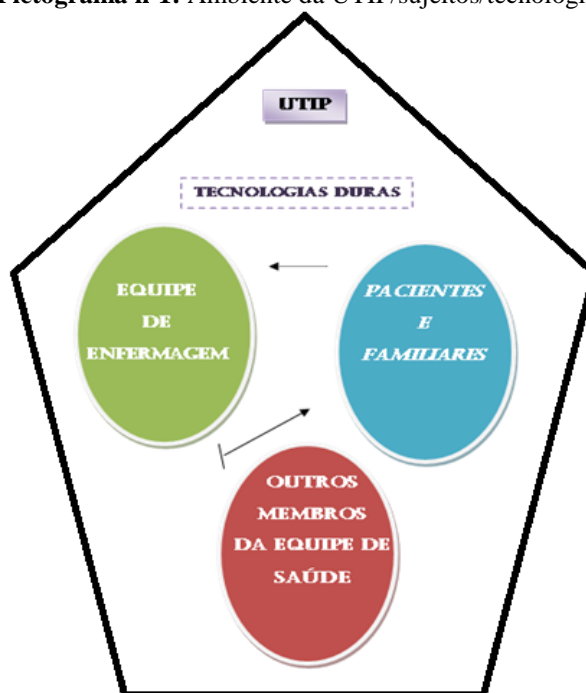
Talvez por se tratar de um ambiente hospitalar de ensino e pesquisa, não houve dificuldade na adesão a pesquisa e a satisfação dos técnicos de enfermagem por fazerem parte da amostra e, portanto, se fazerem ouvir. A maior dificuldade foi a devolução do questionário por alguns sujeitos-objeto que só se lembravam de devolver quando me viam, ainda em que pese o fato de ter solicitado que o preenchimento ocorresse no momento seguinte ao da assinatura do TCLE, o que nem sempre era possível, em decorrência da dinâmica de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Ainda em que pese o fato da não generalização dos dados aqui produzidos, mesmo porque, seria um obstáculo epistemológico sua pretensão pelo desenho do estudo, contudo, o rigor do método qualitativo foi devidamente obedecido, inclusive, ordenados cronologicamente os momentos decisivos da investigação, mais especificamente, o início da coleta de dados, desde a entrada no cenário da pesquisa até as considerações últimas, tudo isso em consonância com o que determina Bachelard, (2005): “tornar geométrica a representação, isto é, delinear os fenômenos e ordenar em série os acontecimentos decisivos de uma experiência, eis a tarefa primordial em que se firma o espírito científico”.

Após exaustiva leitura dos questionários obtidos a partir das respostas de trinta e nove (39) profissionais de enfermagem de um Hospital de Referência em Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP, o que representa, aproximadamente, 95% do universo de 41 possíveis sujeitos-objeto, todos eles atuando direta ou indiretamente na Assistência, Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico com missão de melhorar a qualidade de vida e promover a saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Este cenário está localizado na Cidade do Rio de Janeiro, utilizado neste estudo como o lócus da investigação. A figura 1 é a representação pictográfica do cenário de investigação e sua co(relação) entre os sujeitos, ambiente e as tecnologias encontradas neste lócus, que diferentemente do plano da investigação, o sujeito, em sua grande maioria, determina o objeto, o que não é comum no plano da investigação.

Pictograma nº1: Ambiente da UTIP/sujeitos/tecnologias.



Pictograma produzido pelos autores da pesquisa (2013).

4.3 - Perfil Sociodemográfico

A distribuição desses profissionais confere com as informações abaixo descritas e que chamamos de perfil sociodemográfico dos sujeitos-objeto na perspectiva de Hessen (2003), pois, entendemos, que mesmo na situação de sujeito humano por pertencerem a espécie humana, nesse estudo, todos eles fizeram parte da esfera objetiva e que, portanto, foram os responsáveis por emitirem suas representações, ainda que na condição de objeto acerca de um fenômeno que emerge da prática cotidiana de assistir e cuidar de crianças em situação de agravo necessitadas de cuidados intensivos em UTIP.

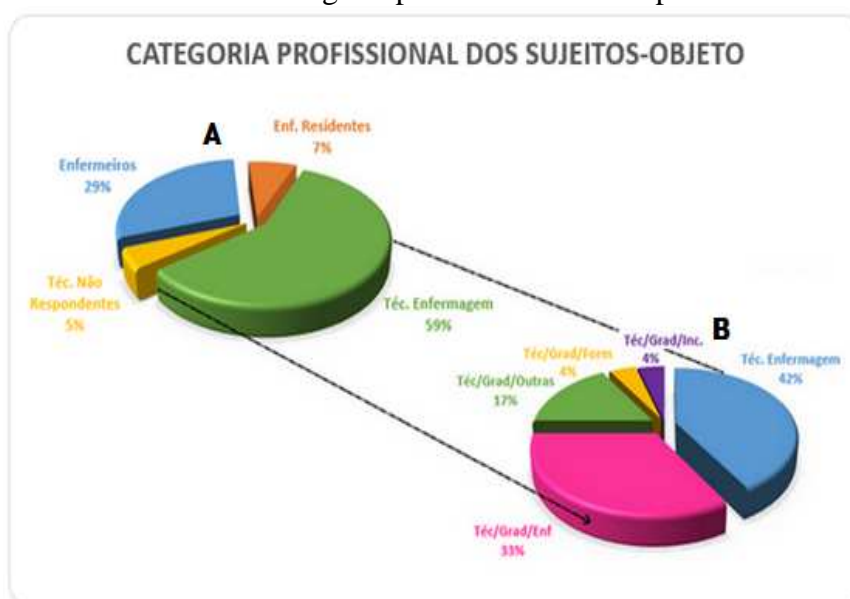
Quadro nº 2: Matriz de Análise construída pelos pesquisadores.

Nº	Pseudônimo	Sexo	Idade	Estado Civil	Cor/Raça	Religião	Escolaridade	Classif Funcional	Atuação UTIP
1	Iris	Fem.	47 anos	Solteira	Parda	Umbanda	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	22 anos
2	Cacto	Masc.	50 anos	Solteira	Branca	Católica	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	24 anos
3	Lírio	Fem.	48 anos	União Estável	Negro	Kardecista	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	08 anos
4	Orquídea	Fem.	30 anos	Separada	Parda	Kardecista	Pós-Graduação	Téc. Enfermagem	11 anos
5	Jasmim	Fem.	34 anos	Separada	Branca	Kardecista	Pós-Graduação	Enfermeiro	11 anos
6	Dália	Fem.	42 anos	Solteira	Negro	Católica	Graduação/Letras	Téc. Enfermagem	10 anos
7	Zínia	Fem.	27 anos	Solteira	Parda	Evangélica	Graduação em curso	Téc. Enfermagem	04 anos
8	Gérbera	Fem.	36 anos	Casada	Branca	Católica	Pós-Grad. Mestrado	Enfermeiro	15 anos
9	Hortênsia	Fem.	27 anos	Solteira	Branca	Católica	Pós-Grad em curso R ¹	Enfermeiro	Menos de 1 ano
10	Alecrim	Masc.	29 anos	Solteira	Parda	Evangélico	Graduação/Enf ^o	Enfermeiro	Menos de 1 ano
11	Flor	Fem.	33 anos	Casada	Parda	Evangélica	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	09 anos
12	Rosa	Fem.	26 anos	Solteira	Branca	Católica	Graduação/Enf ^o	Téc. Enfermagem	01 ano
13	Ciclame	Fem.	29 anos	Solteira	Negro	Evangélica	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	08 anos
14	Lavanda	Fem.	47 anos	Casada	Branca	Católica	Pós-Grad. Doutoranda	Enfermeiro	23 anos
15	Sempre-Viva	Fem.	36 anos	Casada	Branca	Evangélica	Pós-Graduação	Téc. Enfermagem	06 anos
16	Azaleia	Fem.	44 anos	Casada	Negra	Evangélica	Graduação/Teologia	Téc. Enfermagem	20 anos
17	Brinco ^{as} -Princesa	Fem.	30 anos	Casada	Negra	Perfeita Liberdade	Pós-Grad Mestrado	Enfermeiro	06 anos
18	Cravo	Masc.	32 anos	Casado	Pardo	Católica	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	05 anos
19	Anis	Fem.	36 anos	União Estável	Branca	Kardecista	Pós-Graduação	Enfermeiro	11 anos
20	Tulipa	Fem.	48 anos	Viúva	Negro	Católica	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	19 anos
21	Narciso	Masc.	25 anos	Casado	Pardo	Crê em Deus	Graduação	Téc. Enfermagem	06 anos
22	Lótus	Fem.	33 anos	Solteira	Branca	Evangélica	Pós-Graduação	Enfermeiro	10 anos
23	Copo-de-Leite	Fem.	32 anos	Casada	Parda	Evangélica	Pós-Grad em curso R ²	Enfermeiro	01 ano
24	Violeta	Fem.	37 anos	Divorciada	Parda	Messianica	Pós-Grad Mestrado	Enfermeiro	13 anos
25	Lilás	Fem.	26 anos	Solteira	Branca	Evangélica	Pós-Grad em curso R ¹	Enfermeiro	01 ano
26	Girassol	Fem.	30 anos	Solteira	Branca	Crê em Deus	Pós-Graduação	Téc. Enfermagem	06 anos
27	Saudade	Masc.	30 anos	Casado	Branco	Evangélico	Graduação/Enf ^o	Téc. Enfermagem	06 anos
28	Begônia	Fem.	32 anos	Casada	Parda	Evangélica	Graduação incomp	Téc. Enfermagem	09 anos
29	Menta	Fem.	56 anos	Solteira	Negro	Evangélica	Graduação/Enf ^o	Téc. Enfermagem	23 anos
30	Amor Perfeito	Masc.	49 anos	Casado	Negro	Católica	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	30 anos
31	Gardênia	Fem.	39 anos	Separada	Parda	Espírita	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	30 anos
32	Acácia	Masc.	30 anos	Casado	Pardo	Evangélica	Ensino Médio	Téc. Enfermagem	07 anos
33	Alfazema	Fem.	31 anos	Solteira	Branca	Espírita	Pós-Grad. Mestrado	Enfermeiro	08 anos
34	Magnólia	Fem.	36 anos	Casada	Branca	Católica	Pós-Grad. Doutoranda	Enfermeiro	11 anos
35	Verônica	Fem.	33 anos	União Estável	Parda	Crê em Deus	Graduação/Enf.	Téc. Enfermagem	01 ano
36	Beladona	Fem.	49 anos	Solteira	Negra	Kardecista	Grad. Jornalismo	Téc. Enfermagem	02 anos
37	Cardo	Masc.	30 anos	Solteiro	Branco	Evangélico	Graduação/Enf.	Téc. Enfermagem	06 anos
38	Camélia	Fem.	26 anos	Separada	Parda	Católica	Graduação/Enf.	Téc. Enfermagem	01 ano
39	Dormideira	Fem.	28 anos	Solteira	Branca	Crê em Deus	Pós-Graduação	Enfermeiro	05 anos

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

O gráfico nº1- Revela que a equipe de enfermagem desta unidade de terapia intensiva pediátrica é bastante heterogênea, com predomínio de técnicos de enfermagem que corresponde à 59%, seguidos pelos enfermeiros com 29% que representa o total de doze enfermeiros; os enfermeiros cuja condição é de treinamento em forma de residência conferem com três respondentes, sendo 7% da amostra. Por último, dois técnicos de enfermagem que se recusaram a responder o instrumento, representando, apenas, 5% da amostra, o que não compromete a qualidade do material produzido.

Gráfico nº1: Categoria profissional dos Respondentes

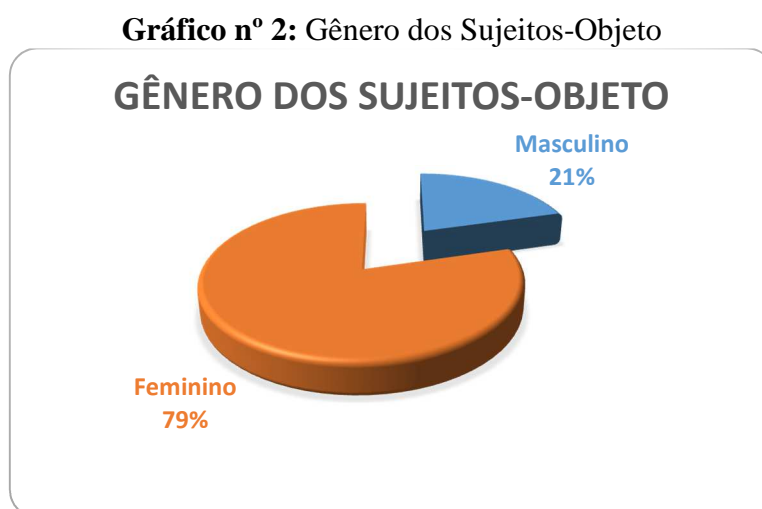


Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

O gráfico Nº1B- Evidencia que houve predomínio dos técnicos de enfermagem perfazendo ao total de 24 técnicos de enfermagem que corresponde 59% da amostra. Assim oito são técnicos de enfermagem que possuem graduação em enfermagem, mas, que, no entanto, são concursados para a função de técnico de enfermagem representando 33% dos respondentes; dez são técnicos de enfermagem sem qualquer graduação, o que representa 42%;quatro técnicos de enfermagem que possuem graduação em outras áreas de conhecimento, totalizando 17%; seguidos de 7% que corresponde respectivamente à um técnico de enfermagem que está cursando a graduação em Enfermagem e um que iniciou a graduação em Enfermagem mas não concluiu.

Cabe ressaltar que mesmo sendo uma unidade de terapia intensiva de uma Instituição Pública de Referência, a presença dos técnicos de enfermagem à beira do leito, prestando cuidados de enfermagem, é bastante relevante pela quantidade diferenciada, talvez, desproporcional entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Não é objetivo desta investigação, confrontar, para estabelecer ou não correlações possíveis entre as distintas respostas, se qualificadas ou não de acordo com o grau de instrução.

Portanto, como não utilizamos critérios de exclusão para selecionarmos os respondentes, o que estabelecemos foi que os respondentes seriam os profissionais de enfermagem que aceitassem colaborar com a pesquisa com suas respostas, o perfil apresentado neste gráfico possui pouca representatividade na qualidade dos dados, serve, apenas e tão somente para situarmos a nossa esfera objetiva subjetivada. Na pior das hipóteses, quantificar a representação, ou se possível, qualificá-la.



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

No que diz respeito à distribuição da amostra deste estudo segundo o gênero dos sujeitos, 79% dos respondentes são do sexo feminino e 21% são do sexo masculino, logo observamos uma predominância do sexo feminino, perfil esperado, visto que a enfermagem tal como categoria profissional é composta em sua grande maioria pelo gênero feminino, conferindo, portanto, com histórico desta profissão, no qual os cuidados aos enfermos mostravam-se socialmente e culturalmente conveniente ao um serviço feminino remetendo a figura da mãe e da mulher como cuidadoras, porém temos observado atualmente um

aumento do sexo masculino que ocorre de forma estável e gradual na profissão de enfermagem.

Gráfico nº3: Estado Civil dos Sujeitos-objeto.



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

Quanto ao estado civil 41% dos sujeitos são solteiros, 36% são casados e ainda conciliam as atividades relacionadas ao “trabalho, casa e filhos”, 13% é separado ou divorciado, 8% possuem união estável e 2% é viúvo.

Cor e Raça:

Na sequência, quadro que resume a evolução das categorias étnico-raciais consideradas nos Censos Demográficos realizados no País.

Quadro nº 3: Categorias Raciais nos Censos Demográficos (Brasil 1972/2010).

	1872	1890	1940	1950	1960	1980	1991	2000	2010
População livre (defina sua cor)									
Branca		Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca
Preta		Preta	Preta	Preta	Preta	Preta	Preta	Preta	Preta
Parda		Mestiça		Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda
Cabloca		Cabloca							
			Amarela	Amarela	Amarela	Amarela	Amarela	Amarela	Amarela
			{outras respostas foram codificadas como de cor parda}				Índigena	Índigena	Índigena (se indígena: Etnia e língua falada)
População escrava									
Preta									
Parda									

Fonte: Recenseamento do Brasil 1872-1920. RJ: Diretoria Geral de Estatística 1872-1930 e IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Segundo (CAMARGO, 2010, p. 254), “O que se valoriza não são mais os tipos raciais originários, mas a ‘cor’, isto é, as tonalidades de pele, sem a antiga referência à continuidade sanguínea”.

Portanto podemos descrever que quanto cor/raça o predomínio foi de 41% dos respondentes que se declararam branco, com 36% pardo e 23% negro/afrodescendentes. Não houve auto classificação como amarelo ou indígena. Cabe ressaltar que não é propósito desta investigação fazer qualquer tipo de relação entre as respostas obtidas com a condição racial, étnica ou ainda, a cor da pele.

Gráfico N° 4: Etnia da Amostra dos Sujeitos-objeto



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

Religião

Dalai Lama nos convida para uma reflexão acerca da nossa espiritualidade, sobretudo, por vivermos em uma nação – País laico e democrático, acima de tudo, uma nação que respeita as diferenças e o sincretismo religioso bastante heterogêneo, onde as pessoas convivem em harmonia.

“Há tanta gente que não tem religião mas tem compaixão, afetividade, consciência dos direitos dos outros. Por isso defendo uma terceira via de espiritualidade, através da educação; não pela meditação, nem pela oração, mas através da consciência”.

Gráfico Nº 5: Credo Religioso dos Sujeitos-objeto.



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

O quesito religiosidade e espiritualidade concomitante a visão holística para o cuidado e assistência de enfermagem integral atua como de extrema relevância pois a enfermagem atua diretamente com o cliente que necessita de se apegar a questões religiosas e espirituais para melhor enfrentamento do processo de adoecer e morrer, bem como atua no processo de saúde e cura.

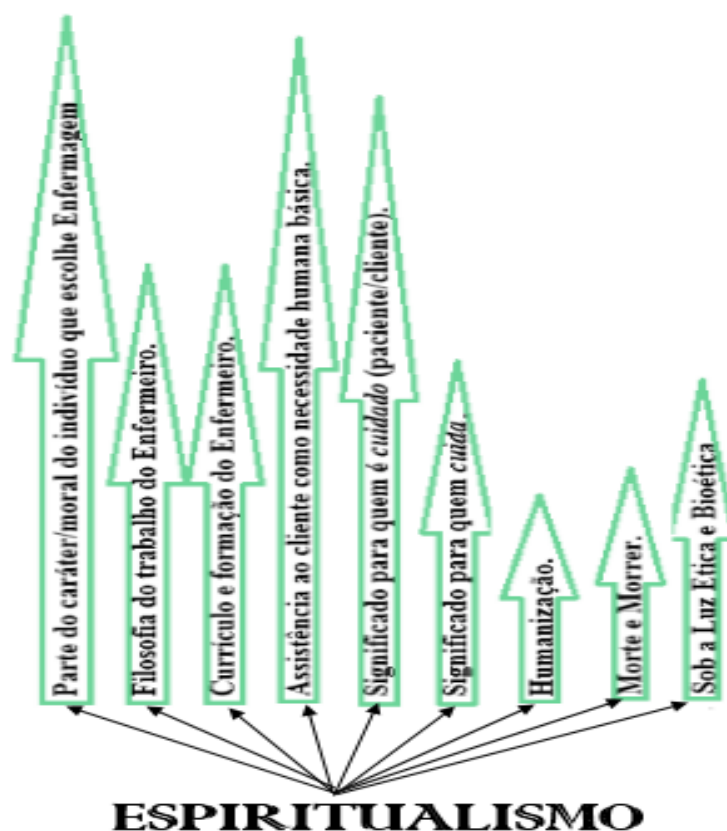
Para, Lago (1991, p.5):

“A história religiosa descreve que a maioria dos homens, desde a criação do mundo, demonstrava a sua religiosidade utilizando vários tipos de manifestações, com a finalidade de cultuar Deus ou outro objeto considerado como entidade Divina, na expectativa de encontrar paz, bem como a cura para os seus males”.

Destarte, quanto a religião obtivemos uma amostra heterogenia onde predominou denominação Evangélica com 34% dos respondentes da pesquisa seguido pelo Catolicismo com 29%, já o Espiritismo, religião extremamente difundida no Brasil em especial com o Kardecismo temos 18% , surgiu também representantes das religiões afro-descendentes Candomblé e Umbanda que compõe 3% da amostra, 10% dos profissionais informam que crê em Deus mas não tem religião, foi apontado também seguimentos religiosos designados como Perfeita Liberdade e Messiânica que perfizeram 3% respectivamente.

Desde os primórdios com Florence Nightingale que a questão da espiritualidade é abordada na enfermagem e considerada de extrema relevância. Florence fazia questão de oferecer aos doentes em fase terminal ou mais gravemente feridos, lendo-lhes trechos da bíblia ou trazendo-lhes conforto em suas palavras e visitas à noite. Outra questão importante é o conforto que esta causava aos doentes enfermos quando lhes abordava questões espirituais. O pictograma (nº2) pode nos ajudar a compreender um pouco mais a influência da espiritualidade na pragmática assistencial da enfermagem.

Pictograma nº2: Espiritualidade na Enfermagem Brasileira: retrospectiva histórica.



Fonte: Pictograma realizado pelos autores embasado no artigo Espiritualidade na Enfermagem Brasileira: retrospectiva histórica.

Wanda de Aguiar Horta, em sua teoria das Necessidades Humanas Básicas estabelece a Espiritualidade como uma necessidade básica do ser humano a ser observada e cuidada pelo enfermeiro em seu planejamento da assistência (Horta, 1970).

O artigo fonte do resumo que deu origem ao organograma realizado pelos pesquisadores retrata uma revisão histórica do pensamento da enfermagem brasileira referente a espiritualidade que no decorrer de décadas tomando forma e proporções diferenciadas na enfermagem.

Gráfico nº 6: Classificação Funcional dos Sujeitos-objeto.



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, *dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências, onde em seu artigo 11, dispõe que o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:*

I - privativamente: direção do órgão de saúde, pública e privada, chefia de serviço e de unidade, bem como organização de atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução, consultoria, auditoria e emissão de parecer e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; realizar consulta e prescrição da assistência de enfermagem e cuidados diretos a pacientes graves com risco de morte executando cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde: participação no planejamento, elaboração, execução e avaliação da programação de saúde e dos planos assistenciais de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distócia; educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas

e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: a) participar da programação da assistência de enfermagem; b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei; c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; d) participar da equipe de saúde.

Art. 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; b) executar ações de tratamento simples; c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; d) participar da equipe de saúde.

Os técnicos de enfermagem que possuem graduação ou pós-graduação em enfermagem exercem atividades de nível de complexidade fundamental o que representa 61% dos sujeitos, pois na função de cargo público não se permite desvio de função o qual se dará apenas por meio de novo concurso para aquela determinada categoria. Os enfermeiros contribuem em 31% da amostra e os residentes 8%, mas vale lembrar que estes não compõem o quadro de funcionários efetivos do setor e participam na unidade apenas por determinado período durante a sua especialização, havendo rotatividade de residentes que tem suas atividades acompanhadas e supervisionadas pelo enfermeiro assistencial ou rotina do setor.

Grau de escolaridade e formação do espírito científico

As ações de enfermagem são descritas e correlacionadas como sendo de responsabilidade de um único elemento ou categoria, o enfermeiro. Porém, esta profissão possui uma hierarquização determinada em legislação específica, Lei nº. 7.498 de 86 que trata do Exercício Profissional dos Profissionais de Enfermagem, determinando os níveis de formação e suas respectivas categorias profissionais que executam o cuidado. O auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro fazem parte das categorias da

enfermagem que surgem de acordo com níveis de escolaridade e formação para a prática, sendo o enfermeiro considerado líder da equipe por ter formação superior e capacitação para realizar desde os cuidados elementares aos mais complexos que variam do âmbito assistencial às funções gerenciais e administrativas. Para realizar esse cuidado a equipe de enfermagem se pauta na boa execução das técnicas baseadas na utilização de princípios científicos conforme legislação supracitada.

Na perspectiva pedagógica e da formação educacional no Brasil, prevalece a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB Nacional, que define “escolaridade” em seu Título 5, Capítulo I no Artigo 21, como “Composição dos Níveis Escolares” sendo:

- I- Educação básica, fragmentada em educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, cujo, artigo 22 afirma que:

"A educação básica tem por finalidades desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores".

- I- Educação superior, não é fragmentada, obtém-se os graus de licenciado, bacharelado ou tecnólogo são especificações dentro do ensino superior e em seu Artigo 43 diz que o mesmo tem por objetivos:

"I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;

II - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;

III - incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;

IV - promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;

V - suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

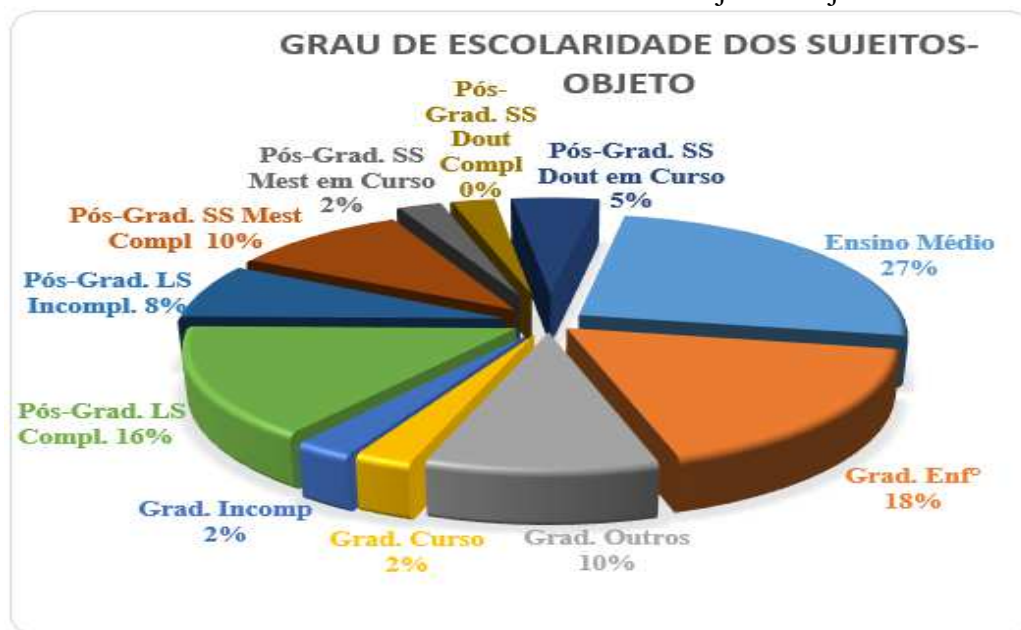
VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;

VII - promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição."

A Pós Graduação no Brasil pode ser *lato sensu* ou *stricto sensu* segundo art. 44, III, Lei nº 9.394/1996. A pós-graduação *lato sensu* abrange programas de especialização, residência, aperfeiçoamento, extensão e cursos designados como MBA-Master Business, com duração mínima de 360 horas, destinado a candidato diplomado em curso superior que cumpra às exigências da instituição de ensino e por fim a obtenção de certificado ao término do curso. Já a pós-graduação *stricto sensu* abrange programas de mestrado, doutorado ou pós-doutorado destinado a candidato diplomado em curso superior e que cumpra às exigências da instituição de ensino e do edital de seleção. Ao término do curso o aluno obterá diploma e não certificado.

Destarte, os auxiliares de enfermagem e os técnicos de enfermagem que correspondem a formação de nível básico ou fundamental e ensino médio respectivamente, representa 27% dos respondentes, enfermeiros que possuem somente a formação superior correspondente a graduação são 18%, já os enfermeiros que possuem pós graduação *lato sensu* completo representa 16% da amostra, graduados em outras áreas correspondem a 10%, enfermeiros com pós graduação *latu sensu* incompleto são 8%, pós graduação *stricto sensu* mestrado completo 10% e em curso 2%, na pós graduação *stricto sensu* doutorado temos 5% dos respondentes no processo de formação e não temos sujeitos de pesquisa formado em pós graduação *stricto sensu* à nível de doutorado. Esta distribuição revela a tendência a especialização profissional presente na unidade cenário do estudo, visto ser uma instituição voltada para assistência, pesquisa e ensino com planos de cargos e salários.

Gráfico nº 7: Grau de Escolaridade dos Sujeitos-objeto.



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

Segundo Bachelard (1996, p. 11), a formação do espírito científico percorre três estados: estado concreto, o espírito apropria-se das primeiras imagens e gera suas concepções iniciais; estado concreto-abstrato o espírito, mesmo apegado a suas experiências, inicia um processo de generalização ao acrescentar esquemas científicos; e o estado abstrato, onde o espírito já consegue problematizar suas experiências e gerar conhecimentos a partir de seus questionamentos. Bachelard (1996, p. 21), acredita que o espírito científico é movido pela problematização, pelo questionamento.

Trata-se de um espírito inquieto, desconfiado que busque nos questionamentos, encontrar novos dados, mais precisos. Para ele,

“em todas as ciências rigorosas, um pensamento inquieto desconfia das identidades mais ou menos aparentes e exige sem cessar mais precisão e, por conseguinte, mais ocasiões de distinguir. Precisar, retificar, diversificar são tipos de pensamento dinâmico que fogem da certeza, que encontram nos sistemas homogêneos mais obstáculos do que estímulo. Em resumo, o homem movido pelo espírito científico deseja saber, mas para, imediatamente, melhor questionar.”

Ainda segundo Bachelard, o espírito científico, se constitui enquanto questiona os erros, supera os obstáculos e se especializa cada vez mais. É necessário uma ruptura entre o conhecimento não científico, não questionado em favor de conhecimento problematizado e, portanto científico. Assim, a inquietude é uma característica do novo espírito científico. É preciso estar em constante reforma do conhecimento adquirido, pois este não é eterno.

A evolução da ciência, portanto, ocorre através de rupturas entre um conhecimento já estabelecido e um novo conhecimento que surge para retificar erros, simplificar teorias ou até mesmo substituí-las. Compreendido isso, é possível entender como opera a ciência e como evolui.

Gráfico N° 8: Formação do Espírito Científico e Pensamento Reflexivo.



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

Dos 39 (100%) respondentes, 38% possuem uma formação elementar para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, 3% estão no processo de formação do espírito científico e 59% possuem capacitação para estimular o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo. Tornando um fato relevante para estes profissionais pois cada vez mais se qualificam para prestar assistência de qualidade à criança internada na unidade de terapia intensiva pediátrica.

Experiência profissional, tempo de atuação em UTIP:

Com a intenção de conhecer a experiência profissional dos sujeitos da pesquisa solicitamos que descrevessem o tempo de atuação em UTIP, considerando que a formação profissional é um processo contínuo, construído também por intermédio de experiências concretas oriundas da prática e do conhecimento técnico científico procedente das reflexões. Obtendo-se as informações a seguir: houve grande demanda de profissionais cerca de 36% com experiência de 6 à 10 anos, seguido de 28% que pertence a faixa de 0 à 5 anos, 16% corresponde a 11à 15 anos, 10% de 21 à 25 anos, e 5% de 16 à 20 e de 26 à 30 anos de experiência profissional. Estes dados nos revelam que a assistência de enfermagem e as medidas de conforto realizados na unidade de terapia intensiva pediátrica está sendo realizada por uma equipe relativamente jovem e em processo de formação do espírito científico e pensamento reflexivo.

Gráfico Nº 9: Experiência Profissional dos Sujeitos-objeto.

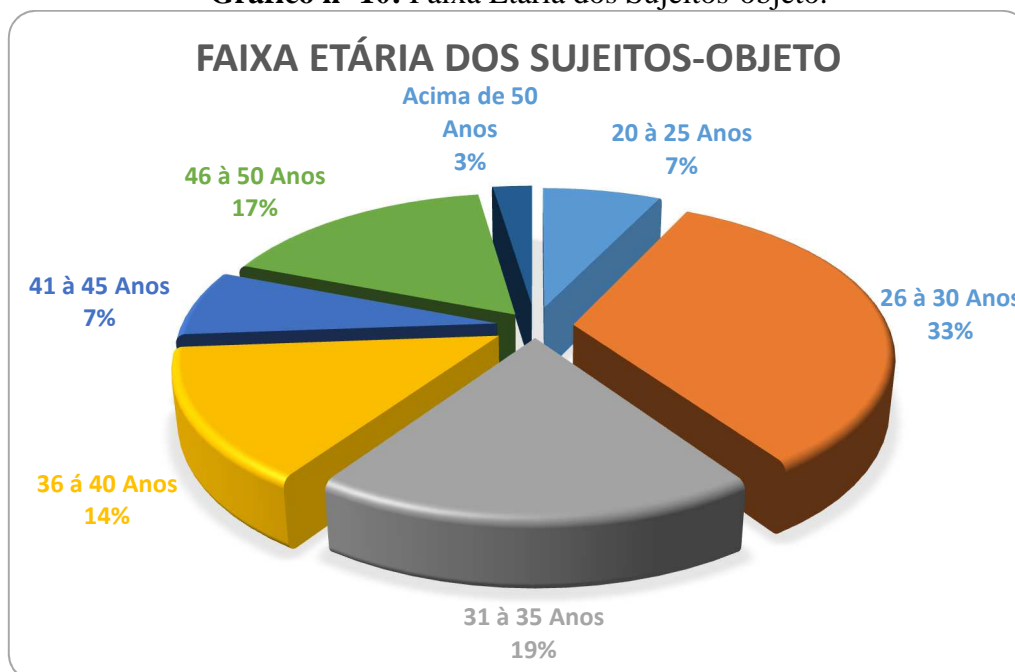


Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ, 2013. (Apêndice B)

Faixa etária:

Em relação a faixa etária dividimos as idades em 7 grupos, onde a amostra nos revelou que dos respondentes houve um predomínio na faixa de 26 à 30 anos com 33% do percentual, assim, podemos observar um grupo jovem que presta assistência e cuidados de enfermagem a clientela pediátrica desta unidade de terapia intensiva, 19% está dentro da faixa de 31 à 35 anos, assim como a idade mínima foi de 25 anos e a máxima de 56 anos.

Gráfico nº 10: Faixa Etária dos Sujeitos-objeto.



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, SALÚ,2013. (Apêndice B)

Aqui finalizamos o perfil dos participantes da pesquisa, porém vale lembrar que o intuito foi de conhecer o profissional que realiza o cuidado nesta unidade de pesquisa. A seguir abordaremos o processo de categorização.

4.4 - À guisa do entendimento do Processo de Categorização: Da Teoria Geral à Teoria Especial do Conhecimento – As Categorias

A teoria do conhecimento faz parte de uma disciplina filosófica que tem como propósito pesquisar quais são os problemas semelhantes, com vínculo e conexão dentro das circunstâncias que relacionam dois ou mais objetos coerentes, como igualdade, diferença e equivalência que acontecem entre *sujeito* e *objeto* do conhecimento, bem como as condições do conhecimento verdadeiro.

Ainda de acordo com Hessen (2000, p. 14; 133), a Teoria do Conhecimento é uma disciplina filosófica que:

“Busca compreender o pensamento humano em sua referência objetiva, em seu relacionamento com os objetos. A relação de todo pensamento com os objetos é o objeto formal da teoria do conhecimento. Por isso a descrevemos também como teoria do pensamento verdadeiro [...] Costuma-se dividir a teoria do conhecimento em geral e especial. A primeira investiga a relação do pensamento com o objeto em geral. A segunda toma como objeto de uma investigação crítica os axiomas e conceitos fundamentais em que se exprime a referência de nosso pensamento aos objetos. Em outras palavras, ela investiga os conceitos primitivos mais gerais com que tentamos definir os objetos”.

A teoria especial do conhecimento é, essencialmente, uma teoria das categorias. Portanto, possui estreita relação com a metafísica como podemos verificar em Volkelt *apud* Hessen, 1987:

“A teoria das categorias está em relação estreita com a metafísica; uma e outra investigam os mesmos conceitos, mas a maneira de pôr o problema é essencialmente diferente em ambas às ciências. A teoria das categorias fixa a sua atenção na origem lógica destas formas do pensamento; investiga como brotam estes conceitos das leis essenciais do pensamento em concorrência com o caráter do que é dado empiricamente. Deste modo fica assente que a teoria das categorias realiza esta investigação exclusivamente do ponto de vista da validade. A discussão da origem lógica das categorias é por sua vez uma explicação do caráter da sua validade. (HESSEN, 1987, p. 162)”.

É na perspectiva da Teoria Especial do Conhecimento e na concepção de Hessen (1987) que o Processo de Análise dos dados toma sua *forma* de maneira que seja possível agrupar as falas dos respondentes da pesquisa com o propósito de convergi-las para um caminho possível a fim de dar sentido às *unidades lexicais* encontradas e inseridas em contexto “controlado” que pertence, não exclusivamente, ao vocabulário comum praticado em âmbito de terapia intensiva.

Foi a partir dos *acidentes* que buscamos o sentido da classificação *ontológica* do referente conforto tal como possível de ser aceito como qualificador de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O esmero em não perder de vista a *essência* objetiva, emergiram duas categorias as quais passam a ser discutidas, obedecendo,

apriori, “apenas” dois momentos: a *demonstração* e a *descrição* do fenômeno objeto desta propositura.

4.4.1 - A essência das categorias

Segundo Hessen (2003), o conhecimento humano, para Aristóteles, é uma reprodução dos objetos; determinados e dotados de forma, cujo conceito fundamental do conhecimento, as categorias, expõe noções gerais dos objetos, as estruturas objetivas do *ser*. Já para Kant, o pensamento produz o objeto, as categorias aparecem tal como um raciocínio imaculado como configuração e utilidade do conhecimento. A ação pelo qual essas duas foram concebidas demonstra ênfase na impugnação. Uma determina que as categorias são formas do ser, determinações dos objetos de concepção objetivista e realista; e outra apriorística e idealista, com formas do pensamento e determinações do pensamento.

Considerando ambas as possibilidades e o entendimento de que a determinação categorial é a descoberta das características e relações gerais presentes nos objetos, passa-se então a apresentação e discussão das categorias que emergiram a partir das respostas da equipe de enfermagem envolvida nesta proposta.

4.4.2 - Categoria I – O conforto que qualifica a assistência de enfermagem na UTIP pode ser realidade na perspectiva da enfermagem

A equipe de enfermagem, aqui pertencente à *esfera objetiva* aponta o conforto como qualificador da assistência de enfermagem, visto que, oferecer e manter conforto para a criança em UTIP proporciona uma recuperação mais breve, mesmo entendendo a necessidade e a importância das tecnologias duras e o arsenal farmacológico disponível, visto que, são tecnologias cuja participação é “meramente” coadjuvante quando comparada aos cuidados de enfermagem, sendo este, o mais importante. Não que a tecnologia dura deixe de ser importante, ela é muito importante nesse contexto ao ponto de ser considerada uma extensão do paciente, a exemplo do ventilador artificial e por este motivo, precisa de cuidados também. O que nos preocupa é dar, tão somente, importância e atenção a elas em

detrimento de um cuidado de enfermagem mais confortante, mesmo para pacientes dependentes de máquinas para se manterem vivos.

Na verdade, o que pensamos é que o cuidado humano vai além daqueles permitidos ou não pelo uso das tecnologias duras, ou ainda, de cuidados altamente tecnificados ainda em que pese o fato da interdependência do homem à máquina para se manter vivo, como é o caso da criança necessitada de um ventilador mecânico para suprir suas necessidades de oxigenação e, dessa forma, manter viva alguns bilhões de células em seu pequeno corpo, unidade indivisível quando pensamos em conforto.

Entendendo ser o conforto um qualificador da assistência de enfermagem para esta clientela, foi possível identificar a partir das respostas dos *sujeitos-objeto* que pensar em conforto como indicador de qualidade na UTIP é uma realidade possível, pois 94.87% dos respondentes pensam desta forma, contra uma pequena representação de 5.13% que discordam desta assertiva e não considera o conforto um indicador de qualidade.

Para melhor compreender o fenômeno conforto e assim, permitir que a categoria seja teoricamente assentada, faz-se necessária uma aproximação das falas dos respondentes com a Teoria do Conforto de Kolcaba, seus conceitos, tipologia e contextos de conforto.

Para propor a Teoria do Conforto Kolcaba (2001) consultou literaturas específicas sobre holismo para classificar os contextos nos quais o conforto pode ser experimentado e os definiu como: 1) **Físico**: pertencente às sensações do corpo. 2) **Psicoespiritual**: pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado. 3) **Ambiental**: pertencente ao meio, às condições e influências externas. 4) **Social**: pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

Assim, para a teórica, o conforto é possível ser oferecido e, portanto, experimentado pelo cliente em quatro (4) contextos diferentes, mas, que a nosso ver, podem ser correlacionados, não obstante, quase que intangível em sua plenitude, haja vista que o ambiente da terapia intensiva como contexto físico, não se constitui por si só, ele não é soberano e capaz de sozinho, oferecer e manter o conforto tão almejado pelo cliente que recebe cuidados neste ambiente. Isto porque, as sensações que emanam do corpo serão influenciadas pelo ambiente e vão influenciar outros corpos, tanto de quem cuidado quanto de quem é cuidado.

É este mesmo ambiente que vai “determinar”, quando não, influenciar na maioria das vezes a consciência do sujeito internado, inclusive, sua autoestima, pois, este ambiente, aqui,

na perspectiva de Kolcaba, entendido como o meio externo é que vai intermediar e até mesmo determinar as relações interpessoais de pacientes, seus responsáveis e a equipe de saúde.

Contudo, indubitavelmente, pensar e aceitar que o conforto possa ser considerado um qualificador da assistência de enfermagem não é um contrassenso, na terapia intensiva tão somente por ser um ambiente altamente *tecnificado*, com baixa temperatura e com excesso de ruídos advindos das falas dos profissionais e das tecnologias duras em grande quantidade, mas sim, muito mais pelas características inerentes a cada profissional que oferece esse cuidado.

A quantidade de termos lexicais produzidos a partir das respostas da equipe de enfermagem envolvida na pesquisa permitiu a elaboração dos quadros: 4,5,6 e 7 que tem por objetivo o dimensionamento categorial do termo lexical com o contexto de conforto proposto por Kolcaba.

Não obstante, a velocidade da evolução tecnológica no desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação, proporciona ao pesquisador um volume aumentado de informações. Além de ser cada vez mais rápido, torna mais difícil a tomada de decisão quanto às informações que se quer ter acesso quando se pensa em um determinado escritor específico para um tema de interesse.

Nota-se, que na atualidade, o volume de informação e terminologias que se produz, além da velocidade de produção, tomou grandes proporções, sobretudo, na área da saúde, como é o caso do DECs – Descritores em Saúde, por exemplo, onde se torna cada vez mais imprescindível a utilização de ferramentas que facilitem a busca e o acesso àquilo que é importante, principalmente às pesquisas, e de forma mais rápida.

Dessa forma, pensando numa possível contribuição para o controle da terminologia em enfermagem, apresentamos alguns quadros na perspectiva de construção, ainda pouco elaborada de Tesouros lexicais a partir de terminologias obtidas das falas dos respondentes dessa pesquisa e que podem se aproximar com o *referente* conforto e suas dimensões e tipologias em Kolcaba.

Tesouro pode ser entendido como um conjunto de termos lexicais e de semântica, genericamente relacionados, cobrindo uma área específica do conhecimento, neste caso, enfermagem. É um instrumento amplamente utilizado para indexação/recuperação de informação” (GOMES, 2000). Na perspectiva de Holzem, 1999, *apud* Menezes, Cunha e Heeman, 2004, o Tesouro é definido, do ponto de vista de sua função, como instrumento de

controle da terminologia, quando devidamente utilizado com a finalidade de traduzir a linguagem natural a uma linguagem mais controlada.

O termo “Tesouro” tem origens no grego e no latim, e significa “tesouro”. A primeira obra a referir este termo foi o *Thesaurus linguae romanae et britannica*, publicada em 1565 e de autoria de Cooper” (CAVALCANTI, 1978, p. 27). Entretanto, o termo tornou-se mais conhecido quando Peter Mark Roget, em Londres, 1852, publicou seu dicionário intitulado “*Thesaurus of English words and phrases*”.

Por também significar vocabulário, dicionário ou léxico, Roget intitulou seu dicionário de palavras “*thesaurus*”. Seu propósito foi construir um vocabulário que se organizava conforme o significado dos termos e não segundo a ordem alfabética, o que diferenciava-o dos demais. Ainda em que pese o fato de estabelecer a denominação para vocabulários que relacionam seus termos por meio de algum tipo de relação de significado, ainda assim, o Tesouro de Roget e alguns Tesouros atuais possuem pouca semelhança entre si (MOREIRA, 2003).

Em meio a tantas definições possíveis para Tesouro, Uma parece contribuir bastante para essa investigação. Curras (1995), apud Moreira, 2003, define Tesouro tal como “uma linguagem especializada, normalizada, pós-coordenada, usada com fins documentários, onde os elementos linguísticos que a compõem – termos, simples ou compostos – encontram-se relacionados entre si sintática e semanticamente”.

Para este autor, linguagem especializada é aquela que atua em um domínio restrito; por normalizada, compreende-se uma linguagem controlada; as unidades linguísticas são termos e, finalmente, por pós-coordenada deseja-se indicar que os termos são combinados no momento de seu uso, em oposição às linguagens pré-coordenadas cujos termos que designam assuntos complexos se coordenam previamente à sua utilização, como no caso da lista de cabeçalhos de assunto.

A National Information Standards Organization (ANSI/NISO), também define Tesouro, neste caso, como sendo um “vocabulário controlado organizado em uma ordem conhecida na qual as relações de equivalência, hierárquicas e associativas entre os termos são claramente exibidas e identificadas por meio de indicadores de relação padrão” (ANSI/NISO Z39-19-1993, apud MOREIRA, 2003).

Como ferramenta, Tesouro permite a uniformidade dos termos de indexação e recuperação da informação em um Sistema de Recuperação de Informação – SRI, considerando o princípio da contextualização, no caso dessa dissertação, o conforto na

perspectiva da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (garantia literária e garantia de uso). Utiliza-se também na indexação das informações, ou entrada de dados em uma base, e na recuperação da informação, ou saída de dados de uma base. A entrada é realizada pelo profissional da informação/indexador e a saída se refere à utilização da base pelo usuário, quando da realização de buscas.

Um Tesauro é composto a partir de termos descritores, cujas entradas devem ser individuais e ordenadas em conformidade com as relações recíprocas aos mesmos e de notas explicativas.

Gomes, 2000 define termo como “uma palavra ou um grupo de palavras que designa um conceito, guardando com ele uma relação unívoca. [...] Seu objeto não é a língua, mas o conceito. [...] O termo designa uma unidade conceitual, não importa de quantas palavras seja constituído”.

Os termos devem ser padronizados quanto a sua forma e significado, constituindo-se de palavras ou grupos de palavras. Aos termos de grafia igual, que possuem diferentes significados, são sempre acrescidos de um qualificador, delimitando seu escopo semântico, representado entre parênteses.

A partir da ordenação dos termos lexicais, verificar que os profissionais estão ainda muito preocupados com os aspectos físicos que envolvem o ambiente quando pensam em conforto em unidades hospitalares. Silva (2008) em sua tese de doutoramento também apresentou termos lexicais emitidos por enfermeiras(os) e clientes internados nas mais diversas unidades de internação e, em sua grande maioria, os termos mais frequentes foram aqueles relacionados com o contexto físico, mas, que estão presentes também no tipo de conforto alívio e tranquilidade propostos por Kolcaba (1991), uma vez que, ao se preocuparem com o posicionamento da criança no leito, sua (in)capacidade de mobilização – acomodação, cuidados de higiene, curativo, integridade da pele, aspiração, analgesia, iluminação, regulação térmica, etc., a possibilidade de oferecer e manter conforto é muito grande.

Para melhor ilustrar esses termos, listamos algumas respostas obtidas a partir da pergunta: “Quando você oferece cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico, qual(is) você oferece com objetivo primeiro de promover e/ou manter o conforto?”

“Posicionamento na cama com rolinhos macios, travesseiro na altura adequada, troca de sensores e manguito, iluminação, troca de decúbito a cada três horas.” (Orquídea; Enf^a)

“Asseio, trocar curativo, aspirações, mudança de decúbito, se a criança está entubada avaliar necessidade de aspiração ou analgesia, se o CTI está frio aquece-la porque às vezes a criança está desconfortável chorando e por causa do frio. Temos que diante da criança avaliar os motivos do choro para intervir nessas alterações.” (Lírio; Téc. Enf.)

“Minha principal ação é acomodar adequadamente o cliente no leito, assim como verificar a temperatura corporal para a oferta de regulação térmica.” (Jasmim; Enf^a)

“Posição no leito (nos casos em que não há restrição); aquecimento com lençóis e/ou cobertores; escurecimento ou clareamento do ambiente; uso de meias e/ou gorros; reduzir o ruído próximo ao paciente; esticar bem o lençol para evitar dobras; conversar e/ou acalantar; cantar; ninar; massagear com algum emoliente.” (Gérbera; Enf^a)

“Os cuidados que eu ofereço com o objetivo de promover e/ou manter o conforto do paciente pediátrico è: dar-lhe banho; mantê-lo em posição que não lhe cause incômodo colocando objetos que lhe deem conforto como travesseiros; aspirar quando a secreção estiver lhe incomodando; falar baixo; apagar as luzes; administrar medicação para aliviar a dor quando estiver sentindo.” (Hortênsia; Enf^a)

“Primeiramente observo o comportamento da criança. A partir do seu comportamento podemos identificar vários fatores que indicam a necessidade de conforto. Por exemplo: expressão de dor, agitação, taquicardia, pele moteada⁸, dentre outros. Os principais cuidados que ofereço para manter o conforto da criança na UTIP são: mudança de decúbito, hidratação e manutenção da integridade da pele, proteção de dispositivos rígidos que podem ferir a pele da criança, aquecimento da criança, o frio por vezes provoca agitação, observo sinais de dor, tanto pelo estado clínico, como pela presença de objetos que podem causar dor, diminuo a incidência de luz e barulho, manipulo a criança o mínimo possível e respeito o período de sono.” (Magnólia; Enf^a)

Muito embora toda e qualquer situação de desconforto, independente do contexto em que ela se apresenta, as intervenções de enfermagem devem sempre ser direcionadas ao paciente que experimenta esta sensação, por menor que ela seja. Nesse sentido, Florence Nightingale em 1859 em sua obra *Notes on Nursing* (p. 70) nos chama atenção para a importância do conforto quando se referia ao fundamento da capacidade de observação, atualmente utilizada em todo o processo de inspeção, antes, durante e após um cuidado de enfermagem.

⁸ Moteada é um neologismo que significa mosqueada.

Na oportunidade disse: *“nunca se deve perder de vista para que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou fatos curiosos, mas, para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto.*

Não obstante, a enfermagem tem a responsabilidade de em sua prática de cuidar e assistir, atentar para os eventos e ou fatores ambientais e respostas corporais do doente, por mais subjetivos que possam parecer e por isso, menos perceptíveis aos olhos de uma enfermeira pouco experiente, mas que são capazes de causar enorme desconforto ao paciente.

Aikens (1908) corrobora com essa assertiva ao dizer que: *“o conforto do doente era a primeira e a última consideração da enfermeira. Uma boa enfermeira punha os doentes confortáveis e a provisão do conforto era um fator primário determinante da habilidade e personalidade de uma enfermeira”*. Fica evidente que a capacidade em prover e manter conforto para o doente era considerada uma habilidade que qualificava uma enfermeira e seus cuidados prestados.

Por sua vez, Harmer (1926) destaca que:

“Os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de uma atmosfera geral de conforto e que os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental para além do descanso e do sono, nutrição, limpeza e eliminação” (p. 25).

Mesmo apontando uma preocupação maior com os fatores e condições objetivos potencialmente causadores de desconforto, esses profissionais mostram o quanto é importante realizar cuidados de enfermagem com o propósito de oferecer e ou manter o conforto para as crianças sob seus cuidados, eles conseguem avançar no discurso da técnica pela técnica, uma prática vazia e desprovida de propósitos capazes de satisfazerem necessidades outras que não sejam meramente biológica/física, pois, apontam sua intenção primeira em promover/manter o conforto a partir desses procedimentos – banhar o corpo, mudar o decúbito, adequar a iluminação e a temperatura do ambiente quando possível entre outros.

Isso pode ser considerado um avanço ou uma releitura de uma prática de cuidar em enfermagem que com o passar dos tempos foi ficando para trás, não sabemos o motivo, ou a quem interessa, mas, temos a convicção que ela nunca deixou de ser importante e que ainda faz parte de nosso “DNA” profissional.

Quadro Nº 4: Termos lexicais/contexto de conforto Físico em Kolcaba.

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
F Í S I C O	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento 2;4;5;8;9;13;18;19;17;20;23;25;26;28;31;32;33;34;36;37;38 • Acomodações 4;9;20;26;28;31;32;36;37;38 • Asseio 3;14;28;32 • Cuidados de higiene 9;10;12;14;18;20;23;24;26;31;33;36;38 • Integridade da pele 34 • Curativo 3;13 • Aspirações 3;9;15;17;20;38; • Mudança de decúbito 3;4;18 • Analgesia 3;9;10;12;22;34;38;39 • Mudança da Monitorização 4;26 • Iluminação 4;9;28;34 • Regulação Térmica 5;8;10;19;20;22;26;27;34;35 • Massagear 8 • Conversar, acalantar, cantar e ninar 8;17;30 • Promover conforto 11;13 • Técnicas eficazes 13;26;28 • Sintomatologia 14 • Prioridade 14 • Odores desagradáveis 14 • Corpo suado 14 • Lençóis amarrados 14 • Conciliar os cuidados 15;28 • Segurança 15 • Bem-estar 16 • Conforto 16;17;23;24;27;35;38 • Recuperação 16 • Saciidade das NHB 19 • Visão holística 20 • SAE 16 • Comunicação não-verbal 17;26 • Comunicação 35 • Relacionamento interpessoal 19 • Entretenimento 19 • Sucção não-nutritiva 23 • Toque 23 • Vestimenta 32 • Observação/Sintomatologia 34;38;39 • Necessidades expressas/desconforto 34 • Manipulação restrita/sono 34 • Adaptação Tecnológica 38 • Privacidade 39 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento 2;4;5;8;9;13;18;19;17;20;25;26;28;31;32;33;34;36;37;38 • Acomodações 4;9;20;26;28;31;32;36;37;38 • Asseio 3;14;32 • Cuidados de higiene 9;10;12;14;18;20;23;24;26;31;33;36; 38 • Integridade da pele 34 • Curativo 3;13 • Aspirações 3;9;15;17;20;38 • Mudança de decúbito 3;4;18 • Analgesia 3;9;10;12;22;34;38;39 • Mudança da Monitorização 4;26 • Iluminação 4;9;28;34 • Regulação Térmica 5;8;10;19;20;22;26;27;34;35 • Conversar, acalantar, cantar e ninar 8;17;30 • Promover conforto 11 • Técnica eficaz 13;26;28 • Sintomatologia 14 • Prioridade 14 • Odores desagradáveis 14 • Corpo suado 14 • Lençóis amarrados 14 • Conciliar os cuidados 15;28 • Segurança 15 • Bem-estar 16 • Conforto 16;17;23;24;27;35;38 • Recuperação 16 • Saciidade das NHB 19 • Visão holística 20 • SAE 16 • Comunicação não-verbal 17;26 • Comunicação 35 • Relacionamento interpessoal 19 • Entretenimento 19 • Sucção não-nutritiva 23 • Toque 23 • Vestimenta 32 • Observação/Sintomatologia 34;38;39 • Necessidades expressas/desconforto 34 • Manipulação restrita/sono 34 • Adaptação Tecnológica 38 • Privacidade 39 	<ul style="list-style-type: none"> • Peripicar 3 • Conversar, acalantar, cantar, brincar e ninar 8;17;30 • Sintomatologia 14 • Prioridade 14 • Conforto 16;38 • Recuperação 16 • Saciidade das NHB 19 • Visão holística 20 • SAE 16 • Privacidade 39

Fonte: Termos lexicais/contexto de conforto em Kolcaba e seus respectivos respondentes. Adaptado de Taxonomic structure for the concept comfort (1991).

Para melhor representar os termos lexicais e com isso, ajudar na compreensão da natureza objetiva da categoria, destacamos alguns trechos importantes das falas da equipe. A formação foi descrita de acordo com o nível de graduação e não conforme classificação funcional do respondente.

Contexto Físico (Kolcaba, 1991):

“Asseio, trocar curativo, aspirações, mudança de decúbito, se a criança está entubada avaliar necessidade de aspiração ou analgesia, se o CTI está fria aquecê-la porque às vezes a criança está desconfortável chorando e por causa do frio. Temos que diante da criança avaliar os motivos do choro para intervir nessas alterações.”(Lírio,03; Téc. Enf.)

“Posicionamento na cama com rolinhos macios, travesseiro na altura adequada, troca de sensores e manguito, iluminação, troca de decúbito a cada três horas.” (Orquídea,04; Enf^{ra})

“Minha principal ação é acomodar adequadamente o cliente no leito, assim como verificar a temperatura corporal para a oferta de regulação térmica.”(Jasmim,05; Enf^{ra})

“Eu ofereço cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico como o objetivo de promover o conforto, trabalhando a favor da melhora do cliente.”(Dália,06; Téc. Enf.)

“Posição no leito (nos casos em que não há restrição); Aquecimento com lençóis e/ou cobertores; Escurecimento ou clareamento do ambiente; Uso de meias e/ou gorros; Reduzir o ruído próximo ao paciente; Esticar bem o lençol para evitar dobras; Conversar e/ou acalantar; Cantar; Ninar; Massagear com algum emoliente.” (Gérbera,08; Enf^{ra})

“Os cuidados que eu ofereço com o objetivo de promover e/ou manter o conforto do paciente pediátrico è: Dar-lhe banho; Mantê-lo em posição que não lhe cause incômodo colocando objetos que lhe deem conforto como travesseiros; Aspirar quando a secreção estiver lhe incomodando; Falar baixo; Apagar as luzes; Administrar medicação para aliviar a dor quando estiver sentindo.” (Hortênsia,09; Enf^{ra})

“Eliminar ou diminuir a dor, aquecimento e troca de fralda.” (Alecrim,10; Enf^o)

“Promover o conforto, por que muitas vezes outros mexem e deixam a criança completamente desconfortável.” (Flor,11; Téc. Enf.)

“Promover o conforto, por que muitas vezes outros mexem e deixam a criança completamente desconfortável.” (Rosa,12; Enf^o)

“Manter a criança em posição adequada e confortável, limpeza e organização no leito, higienização do paciente, se a criança estiver pouco sedada tentar acolher esta criança da melhor maneira possível, pois se não há presença dos pais, também podemos oferecer carinho a esta criança, acho importante também fixação correta e adequada para sondas, TOT, TQT para que não venha incomodar ainda mais essa criança, manter curativo sempre limpo.”(Ciclame,13; Téc. Enf.)

“Vai depender de cada paciente e da necessidade que emergir primeiro, mas no geral, a higiene, seria o cuidado em que egeria como prioritário, se não houvesse uma necessidade que surgisse como de maior prioridade. Um corpo “suado”, lençóis amarrotados, odores desagradáveis são condições que dificultam que o ser humano se sinta confortável; portanto eu priorizaria a higiene do corpo.” (Lavanda,14; Enf^ª)

“Manter vias aéreas pérvias; Agrupar os cuidados de enfermagem; Manter grades do leito elevadas; Manter as roupas de cama limpas e esticadas; Fazer o mínimo de ruído possível.”(Sempre-Viva,15; Enf^ª)

“Promover bem estar, manter sempre conforto, como posição, estabelecer rotina de trabalho entre equipe para melhoria do paciente.”(Azaléia,16; Téc. Enf.)

“Por exemplo: Intervir na manutenção da permeabilidade de vias aéreas? Sim. Me senti muito incomodada, quando uma criança em prótese ventilatória porem lúcida me sinalizava por meio de gestuais faciais que estava com falta de ar e desejava ser aspirada. Acarinhar e brincar com a criança para que ela se sinta mais à vontade? Sim. Verificar se existe algo machucando uma criança sem condições de se comunicar ou que existe uma posição que vá deixa-la, mais confortante? Sempre. Acho que o mínimo pra mim pode ser providencial pra criança.” (Brinco de Princesa,17; Enf^ª)

“Higiene corporal e íntima, mudança de decúbito, favorecer uma melhor postura e realizar higiene oral.” (Cravo,18; Téc. Enf.)

“Posicionamento no leito, temperatura adequada, interação cliente /profissional, a oportunidade de acompanhante presente, se possível, saciedade de fome e sede, distração (brinquedos, música, tv...).”(Anís,19; Enf^ª)

“Avaliar se está com secreção, febre, se esta deitado sobre objetos, se esta evacuado, aquecer e fazer uma avaliação da criança como um todo. Às vezes até os pais causam agitação na criança.” (Tulipa,20; Téc. Enf.)

“Depende da situação. Mas, na maioria das vezes o acompanhamento dos pais com a criança.”(Narciso,21; Téc. Enf.)

“Aliviar a dor, o frio e aconchegar principalmente os bebês e se for possível promover o contato com a mãe para estabilizar a parte emocional da criança.” (Lótus,22; Enf^ª)

“Sucção não nutritiva; banho, higiene íntima, corporal e oral; mudança de decúbito; Posicionamento terapêutico; Diminuição da luminosidade e do ruído externo.” (Copo de Leite,23; Enf^ª)

“No momento que chego para examinar a criança no leito, o toque já considero um fator importante para a promoção do conforto (da criança). A forma como o profissional toca a criança, no meu caso, a enfermeira já é um cuidado de enfermagem que pode desestabilizar o quadro hemodinâmico se não for realizado de forma adequada (com delicadeza, de forma suave entre outros). Mas o banho no leito é o cuidado de enfermagem que considero o primeiro para a promoção do conforto à criança na UTIP.” (Violeta,24; Enf^ª)

“Posicionamento do cliente no leito.” (Lilás,25; Enf^ª)

“Quando assumo o plantão a primeira coisa que vou olhar é como a criança foi deixada. Se há algum objeto embaixo dela, se a fralda está limpa, se a sonda vesical está bem presa, se o abdômen está muito globoso precisando de SNG em sifonagem. Troco o sensor de lugar pra não ferir, se está sedada eu faço o cuidado com os olhos, mudo de decúbito vejo se as orelhas estão protegidas, vejo se precisa aquecer ou tirar um pouco de cobertas.” (Girassol,26; Enf^ª)

“Fazer com que o paciente esteja em um estado confortável sem nenhum problema, e favorecer uma assistência de qualidade, com o ambiente tranquilo, sem ruídos e aquecido.” (Saudade,27; Enf^ª)

“Água em temperatura confortável no banho. Luzes apagadas ou diminuídas após os procedimentos. Posição no leito que mais o agrada. Realizar todos os procedimentos de uma só vez se possível para evitar intervenções várias vezes durante o período entre outros.” (Begônia,28; Téc. Enf.)

“Que a criança não sofra tanto com o impacto da internação.” (Menta,29; Enf^ª)

“Carinho para conquistar a amizade e confiança da criança.” (Amor Perfeito,30; Téc. Enf.)

“Higienização, mudança de decúbito, bom posicionamento no leito, manter unidade organizada, temperatura ambiental agradável e objetos pessoais promover o brincar.” (Gardênia,31; Téc. Enf.)

“Higiene corporal, higiene oral, realizar mudança de decúbito, conversar com a criança durante a execução de procedimentos, posicionar a criança corretamente, utilizar rolinhos, ninhos e suspensório.” (Acácia,32;Téc. Enf.)

“Higiene corporal, higiene oral, realizar mudança de decúbito, conversar com a criança durante a execução de procedimentos, posicionar a criança corretamente, utilizar rolinhos, ninhos e suspensório.” (Alfazema,33; Enf^ª)

“Primeiramente observo o comportamento da criança. A partir do seu comportamento podemos identificar vários fatores que indicam a necessidade de conforto. Por exemplo: expressão de dor, agitação, taquicardia, pele mosqueada, dentre outros. Os principais cuidados que ofereço para manter o conforto da criança na UTIP são: mudança de decúbito, hidratação e manutenção da integridade da pele, proteção de dispositivos rígidos que podem ferir a pele da criança, aquecimento da criança, o frio por vezes provoca agitação, observo sinais de dor, tanto pelo estado clínico, como pela presença de objetos que podem causar dor, diminuo a incidência de luz e barulho, manipulo a criança o mínimo possível e respeito o período de sono.” (Magnólia,34; Enf^ª)

“Tento oferecer aos clientes os cuidados necessários da maneira menos dolorosa possível; tento manter o cliente aquecido quando este encontra-se hipotérmico, com extremidades frias ou com relato de frio; tento me comunicar com o cliente com objetivo de identificar necessidades que possam ser atendidas para deixá-lo confortável.” (Verônica,35;Enf^ª)

“A higienização corporal e a forma de como está deitado no leito, também me deixa atenta.” (Beladona,36; Téc. Enf.)

“Posturas do paciente no leito, decúbito, disposição dos membros superiores e inferiores.” (Cardo,37; Enf^o)

“Aspiração de VAS e inferiores, posicionamento adequado no leito e cuidados com a higiene. Adaptação da criança junto ao ventilador mecânico com administração dos sedativos em bolus antes da manipulação excessiva. Avaliação de sinais de dor como taquicardia, agitação, choro e etc. Durante o banho, tento utilizar água morna, a fim de promover uma sensação de conforto e relaxamento. A manutenção das VAS pérvias com aspiração utilizando sonda com calibre adequado prevenindo lesões da mucosa respiratória.” (Camélia,38; Enf^ª)

“Quando cuido de uma criança o primeiro ponto no qual me preocupo é na dor. Observo alterações de sinais vitais e parâmetros comportamentais que foram modificados após o início dos cuidados. Principalmente nos adolescentes, me preocupo também com a privacidade.” (Dormideira,39; Enf^ª)

Quadro nº5: Termos lexicais/contexto de conforto Psicoespiritual em Kolcaba.

		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
P	E	<ul style="list-style-type: none"> • Perspicaz 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Perspicaz 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar, acalantar, cantar, ninar e dar carinho 8;13
S	S	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia 14
I	P	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridade 14 • Conforto 16;35 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridade 14 • Conforto 16;35 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridade 14 • Conforto 16;35
C	I	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperação 16 • Interação cliente/profissional 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperação 16 • Interação cliente/profissional 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperação 16
O	R	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhante 19;21 • Saciedade das NHB 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhante 19;21 • Saciedade das NHB 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhante 19;21 • Saciedade das NHB 19
I		<ul style="list-style-type: none"> • Visão holística 20 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão holística 20 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão holística 20
T		<ul style="list-style-type: none"> • SAE 16 • Relacionamento interpessoal 19 • Entretenimento 19 	<ul style="list-style-type: none"> • SAE 16 • Relacionamento interpessoal 19 • Entretenimento 19 	<ul style="list-style-type: none"> • SAE 16 • Estabilidade emocional 22
U		<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidade emocional 22 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidade emocional 22 	
A		<ul style="list-style-type: none"> • Assistência qualidade 27 • Impacto internação 29 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência qualidade 27 • Impacto internação 29 	
L		<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação verbal /procedimento 33 • Manipulação restrita/sono 34 • Privacidade 39 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação verbal /procedimento 33 • Manipulação restrita/sono 34 • Privacidade 39 	

Fonte: Termos lexicais/contexto de conforto em Kolcaba e seus respectivos respondentes. Adaptado de Taxonomic structure for the concept comfort (1991).

Contexto Psicoespírital (Kolcaba, 1991):

“Asseio, trocar curativo, aspirações, mudança de decúbito, se a criança está entubada avaliar necessidade de aspiração ou analgesia, se o CTI está fria aquecê-la porque às vezes a criança está desconfortável chorando e por causa do frio. Temos que diante da criança avaliar os motivos do choro para intervir nessas alterações.” (Lírio,03; Téc. Enf.)

“Posição no leito (nos casos em que não há restrição); Aquecimento com lençóis e/ou cobertores; Escurecimento ou clareamento do ambiente; Uso de meias e/ou gorros; Reduzir o ruído próximo ao paciente; Esticar bem o lençol para evitar dobras; Conversar e/ou acalantar; Cantar; Ninar; Massagear com algum emoliente.” (Gérbera,08; Enf^{ra})

“Manter a criança em posição adequada e confortável, limpeza e organização no leito, higienização do paciente, se a criança estiver pouco sedada tentar acolher esta criança da melhor maneira possível, pois se não há presença dos pais, também podemos oferecer carinho a esta criança, acho importante também fixação correta e adequada para sondas, TOT, TQT para que não venha incomodar ainda mais essa criança, manter curativo sempre limpo.” (Ciclame,13; Téc. Enf.)

“Vai depender de cada paciente e da necessidade que emergir primeiro, mas no geral, a higiene, seria o cuidado em que elegeria como prioritário, se não houvesse uma necessidade que surgisse como de maior prioridade. Um corpo “suado”, lençóis amarrotados, odores desagradáveis são condições que dificultam que o ser humano se sinta confortável; portanto eu priorizaria a higiene do corpo.” (Lavanda,14; Enf^{ra})

“Promover bem estar, manter sempre conforto, como posição, estabelecer rotina de trabalho entre equipe para melhoria do paciente.” (Azaléia,16; Téc. Enf.)

“Posicionamento no leito, temperatura adequada, internação cliente /profissional, a oportunidade de acompanhante presente, se possível, saciedade de fome e sede, distração (brinquedos, música, tv...).” (Anís,19; Enf^{ra})

“Avaliar se está com secreção, febre, se esta deitado sobre objetos, se esta evacuado, aquecer e fazer uma avaliação da criança como um todo. Às vezes até os pais causam agitação na criança.” (Tulipa,20; Téc. Enf.)

“Depende da situação. Mas, na maioria das vezes o acompanhamento dos pais com a criança.” (Narciso,21; Téc. Enf.)

“Aliviar a dor, o frio e aconchegar principalmente os bebês e se for possível promover o contato com a mãe para estabilizar a parte emocional da criança.” (Lótus,22; Enf^{ra})

“Fazer com que o paciente esteja em um estado confortável sem nenhum problema, e favorecer uma assistência de qualidade, com o ambiente tranquilo, sem ruídos e aquecido.” (Saudade,27; Enf^ª)

“Que a criança não sofra tanto com o impacto da internação.” (Menta,29; Enf^ª)

“Higiene corporal, higiene oral, realizar mudança de decúbito, conversar com a criança durante a execução de procedimentos, posicionar a criança corretamente, utilizar rolinhos, ninhos e suspensório.” (Alfazema,33; Enf^ª)

“Primeiramente observo o comportamento da criança. A partir do seu comportamento podemos identificar vários fatores que indicam a necessidade de conforto. Por exemplo: expressão de dor, agitação, taquicardia, pele mosqueada, dentre outros. Os principais cuidados que ofereço para manter o conforto da criança na UTIP são: mudança de decúbito, hidratação e manutenção da integridade da pele, proteção de dispositivos rígidos que podem ferir a pele da criança, aquecimento da criança, o frio por vezes provoca agitação, observo sinais de dor, tanto pelo estado clínico, como pela presença de objetos que podem causar dor, diminuo a incidência de luz e barulho, manipulo a criança o mínimo possível e respeito o período de sono.” (Magnólia,34; Enf^ª)

“Tento oferecer aos clientes os cuidados necessários da maneira menos dolorosa possível; tento manter o cliente aquecido quando este encontra-se hipotérmico, com extremidades frias ou com relato de frio; tento me comunicar com o cliente com objetivo de identificar necessidades que possam ser atendidas para deixá-lo confortável.” (Verônica,35;Enf^ª)

“Quando cuido de uma criança o primeiro ponto no qual me preocupo é na dor. Observo alterações de sinais vitais e parâmetros comportamentais que foram modificados após o início dos cuidados. Principalmente nos adolescentes, me preocupo também com a privacidade.” (Dormideira,39; Enf^ª)

Quadro nº6: Termos lexicais/contexto de conforto Ambiental em Kolcaba.

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
A	<ul style="list-style-type: none"> • Iluminação 4,8,23,34 • Ruído 8,15,23,27,32,34 	<ul style="list-style-type: none"> • Iluminação 4,8,23,34 • Ruído 8,15,23,27,32,34 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia 14
M	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura ambiental 3,31,32,34 • Limpeza e organização 13,15,31 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura ambiental 3,31,32,34 • Limpeza e organização 13,15,31 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridade 14 • Conforto 16,35
B	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia 14 • Prioridade 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia 4 • Prioridade 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperação 16 • Saciada das NHB 19
I	<ul style="list-style-type: none"> • Odores desagradáveis 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Odores desagradáveis 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão holística 20
E	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança 15 • Conforto 16,35 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança 15 • Conforto 16,35 	<ul style="list-style-type: none"> • SAE 16
N	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperação 16 • Saciada das NHB 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperação 16 • Saciada das NHB 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Privacidade 39
T	<ul style="list-style-type: none"> • Visão holística 20 • SAE 16 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão holística 20 • SAE 16 	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Privacidade 39 	<ul style="list-style-type: none"> • Privacidade 39 	
L			

Fonte: Termos lexicais/contexto de conforto em Kolcaba e seus respectivos respondentes. Adaptado de Taxonomic structure for the concept comfort (1991).

Contexto Ambiental (Kolcaba, 1991):

“Asseio, trocar curativo, aspirações, mudança de decúbito, se a criança está intubada avaliar necessidade de aspiração ou analgesia, se o CTI está fria aquecê-la porque às vezes a criança está desconfortável chorando e por causa do frio. Temos que diante da criança avaliar os motivos do choro para intervir nessas alterações.” (Lírio,03; Téc. Enf.)

“Posicionamento na cama com rolinhos macios, travesseiro na altura adequada, troca de sensores e manguito, iluminação, troca de decúbito a cada três horas.” (Orquídea,04; Enf^{ra})

“Posição no leito (nos casos em que não há restrição); Aquecimento com lençóis e/ou cobertores; Escurecimento ou clareamento do ambiente; Uso de meias e/ou gorros; Reduzir o ruído próximo ao paciente; Esticar bem o lençol para evitar dobras; Conversar e/ou acalantar; Cantar; Ninar; Massagear com algum emoliente.” (Gérbera,08; Enf^{ra})

“Manter a criança em posição adequada e confortável, limpeza e organização no leito, higienização do paciente, se a criança estiver pouco sedada tentar acolher esta criança da melhor maneira possível, pois se não há presença dos pais, também podemos oferecer carinho a esta criança, acho importante também fixação correta e adequada para sondas, TOT, TQT para que não venha incomodar ainda mais essa criança, manter curativo sempre limpo.” (Ciclame,13; Téc. Enf.)

“Vai depender de cada paciente e da necessidade que emergir primeiro, mas no geral, a higiene, seria o cuidado em que elegeria como prioritário, se não houvesse uma necessidade que surgisse como de maior prioridade. Um corpo “suado”, lençóis amarrotados, odores desagradáveis são condições que dificultam que o ser humano se sinta confortável; portanto eu priorizaria a higiene do corpo.” (Lavanda,14; Enf^{ra})

“Manter vias aéreas pérvias; Agrupar os cuidados de enfermagem; Manter grades do leito elevadas; Manter as roupas de cama limpas e esticadas; Fazer o mínimo de ruído possível.” (Sempre-Viva,15; Enf^{ra})

“Promover bem estar, manter sempre conforto, como posição, estabelecer rotina de trabalho entre equipe para melhoria do paciente.” (Azaléia,16; Téc. Enf.)

“Posicionamento no leito, temperatura adequada, interação cliente /profissional, a oportunidade de acompanhante presente, se possível, saciedade de fome e sede, distração (brinquedos, música, tv...).” (Anís,19; Enf^{ra})

“Avaliar se está com secreção, febre, se esta deitado sobre objetos, se esta evacuado, aquecer e fazer uma avaliação da criança como um todo. Às vezes até os pais causam agitação na criança.” (Tulipa,20; Téc. Enf.)

“Sucção não nutritiva; banho, higiene íntima, corporal e oral; mudança de decúbito; Posicionamento terapêutico; Diminuição da luminosidade e do ruído externo.” (Copo de Leite,23; Enf^a)

“Fazer com que o paciente esteja em um estado confortável sem nenhum problema, e favorecer uma assistência de qualidade, com o ambiente tranquilo, sem ruídos e aquecido.” (Saudade,27; Enf^a)

“Higienização, mudança de decúbito, bom posicionamento no leito, manter unidade organizada, temperatura ambiental agradável e objetos pessoais promover o brincar.” (Gardênia,31; Téc. Enf.)

“Higiene corporal, higiene oral, realizar mudança de decúbito, conversar com a criança durante a execução de procedimentos, posicionar a criança corretamente, utilizar rolinhos, ninhos e suspensório.” (Acácia,32;Téc. Enf.)

“Primeiramente observo o comportamento da criança. A partir do seu comportamento podemos identificar vários fatores que indicam a necessidade de conforto. Por exemplo: expressão de dor, agitação, taquicardia, pele moteada, dentre outros. Os principais cuidados que ofereço para manter o conforto da criança na UTIP são: mudança de decúbito, hidratação e manutenção da integridade da pele, proteção de dispositivos rígidos que podem ferir a pele da criança, aquecimento da criança, o frio por vezes provoca agitação, observo sinais de dor, tanto pelo estado clínico, como pela presença de objetos que podem causar dor, diminuo a incidência de luz e barulho, manipulo a criança o mínimo possível e respeito o período de sono.” (Magnólia,34; Enf^a)

“Tento oferecer aos clientes os cuidados necessários da maneira menos dolorosa possível; tento manter o cliente aquecido quando este encontra-se hipotérmico, com extremidades frias ou com relato de frio; tento me comunicar com o cliente com objetivo de identificar necessidades que possam ser atendidas para deixá-lo confortável.” (Verônica,35;Enf^a)

“Quando cuido de uma criança o primeiro ponto no qual me preocupo é na dor. Observo alterações de sinais vitais e parâmetros comportamentais que foram modificados após o início dos cuidados. Principalmente nos adolescentes, me preocupo também com a privacidade.” (Dormideira,39; Enf^a)

Quadro N°7: Termos lexicais/contexto de conforto Social em Kolcaba.

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
S	<ul style="list-style-type: none"> • Falar baixo 9 • Individualidade 14 • Sintomatologia 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Falar baixo 9 • Individualidade 14 • Sintomatologia 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia 14 • Prioridade 14
O	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridade 14 • Odores desagradáveis 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridade 14 • Conforto 16:35 	<ul style="list-style-type: none"> • Conforto 16:35 • Recuperação 16
C	<ul style="list-style-type: none"> • Conforto 16:35 • Recuperação 16 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperação 16 • Interação cliente/profissional 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhante 19 • Saciidade das NHB 19
I	<ul style="list-style-type: none"> • Interação cliente/profissional 19 • Acompanhante 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhante 19 • Saciidade das NHB 19 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão holística 20 • SAE 16
A	<ul style="list-style-type: none"> • Saciidade das NHB 19 • Visão holística 20 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão holística 20 • SAE 16 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtuso/despreparo 17:24
L	<ul style="list-style-type: none"> • SAE 16 • Entretenimento 19:31 • Impacto internação 29 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretenimento 19:31 • Impacto internação 29 	

Fonte: Termos lexicais/contexto de conforto em Kolcaba e seus respectivos respondentes. Adaptado de Taxonomic structure for the concept comfort (1991).

Contexto Social (Kolcaba, 1991):

“Os cuidados que eu ofereço com o objetivo de promover e/ou manter o conforto do paciente pediátrico è: Dar-lhe banho; Mantê-lo em posição que não lhe cause incômodo colocando objetos que lhe deem conforto como travesseiros; Aspirar quando a secreção estiver lhe incomodando; Falar baixo; Apagar as luzes; Administrar medicação para aliviar a dor quando estiver sentindo.” (Hortênsia,09; Enf^{ra})

“Vai depender de cada paciente e da necessidade que emergir primeiro, mas no geral, a higiene, seria o cuidado em que elegeria como prioritário, se não houvesse uma necessidade que surgisse como de maior prioridade. Um corpo “suado”, lençóis amarrotados, odores desagradáveis são condições que dificultam que o ser humano se sinta confortável; portanto eu priorizaria a higiene do corpo.” (Lavanda,14; Enf^{ra})

“Promover bem estar, manter sempre conforto, como posição, estabelecer rotina de trabalho entre equipe para melhoria do paciente.” (Azaléia,16; Téc. Enf.)

“Por exemplo: Intervir na manutenção da permeabilidade de vias aéreas? Sim. Me senti muito incomodada, quando uma criança em prótese ventilatória porem lúcida me sinalizava por meio de gestuais faciais que estava com falta de ar e desejava ser aspirada. Acarinhar e brincar com a criança para que ela se sinta mais a vontade? Sim. Verificar se existe algo machucando uma criança sem condições de se comunicar ou que existe uma posição que vá deixa-la, mais confortante? Sempre. Acho que o mínimo pra mim pode ser providencial pra criança.” (Brinco de Princesa,17; Enf^{ra})

“Posicionamento no leito, temperatura adequada, internação cliente /profissional, a oportunidade de acompanhante presente, se possível, saciedade de fome e sede, distração (brinquedos, música, tv...)” (Anís,19; Enf^{ra})

“No momento que chego para examinar a criança no leito, o toque já considero um fator importante para a promoção do conforto (da criança). A forma como o profissional toca a criança, no meu caso, a enfermeira já é um cuidado de enfermagem que pode desestabilizar o quadro hemodinâmico se não for realizado de forma adequada (com delicadeza, de forma suave entre outros). Mas o banho no leito é o cuidado de enfermagem que considero o primeiro para a promoção do conforto à criança na UTIP.” (Violeta,24; Enf^{ra})

“Avaliar se está com secreção, febre, se esta deitado sobre objetos, se esta evacuado, aquecer e fazer uma avaliação da criança como um todo. Às vezes até os pais causam agitação na criança.” (Tulipa,20; Téc. Enf.)

“Que a criança não sofra tanto com o impacto da internação.” (Menta,29; Enf^m)

Não é propósito do estudo o aprofundamento acerca do termo qualidade, no entanto, não se pode perder de vista, sobretudo, nos dias de hoje que quanto maior for o grau de satisfação por parte dos consumidores de serviços prestados, incluindo os serviços de saúde, muito certamente os motivos dessa satisfação estão intimamente ligados à qualidade.

Em todas as áreas de prestação de serviços e até mesmo na produção fabril e industrial, a preocupação com a qualidade é e deve sempre ser um fator capaz de diferenciar e classificar produtos e serviços. Na assistência à saúde não é diferente, seja ela pública ou privada.

Com a publicação da Lei nº 8.078/90, também conhecida como a Código de Defesa do Consumidor (CDC), a relação de consumo de bens duráveis ou não, incluindo a prestação de serviços contratados, os consumidores passaram a ter condições de se manifestar perante a justiça quando não estão satisfeitos com a qualidade, por exemplo, de um serviço de saúde que não atendeu suas necessidades e expectativas.

Na referida Lei, serviço é entendido como tudo o que o consumidor paga para ser feito, como por exemplo: corte de cabelo, conserto de carro, de eletrodoméstico, serviço bancário, serviço de seguros, serviços de saúde – planos de saúde, ou ainda os serviços de saúde pública – consultas, exames ou internações. Merece destaque o Art. 4º que trata da Política Nacional de Relações de Consumo que tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito a sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios.

Não obstante, em seu Art. 6º, o CDC trata dos Direitos Básicos do consumidor e determina a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos.

O propósito de incluir nessa discussão o aspecto legal é mostrar a relevância da preocupação em oferecer ou buscar indicadores, neste caso o conforto, que possam qualificar e, portanto, melhorar a qualidade dos serviços de enfermagem.

A busca pela qualidade não é uma iniciativa recente, nova, existem relatos de que na antiguidade algumas atividades humanas estavam relacionadas a essa busca. No entanto, essa qualidade era exclusivamente voltada para a produção de produtos, de bens duráveis

artesanais, haja vista que a industrialização só veio a ocorrer na era moderna e com ela, a preocupação com o controle de qualidade na década de 30.

Trinta anos se passaram para que Armand Feigenbaum apresentasse em 1961 uma versão mais evoluída das proposições acerca da qualidade que foram publicadas 10 anos antes, a qual foi denominada de Controle de Qualidade Total ou TQC – *Total Quality Control*, cuja a base estava assentada e fundamentada no interesse do cliente como o ponto de partida. O grande diferencial era que na perspectiva de Feigenbaum a qualidade deveria ser embutida no produto ou serviço desde o começo para satisfazer as expectativas do cliente (ALGARTE, 2000; FEIGENBAUM, MCGRAW-HILL, 1961, 1983, 1991).

O controle de qualidade passou então a dar ênfase ainda maior para os desejos e hábitos dos consumidores de produtos e serviços de tal maneira que aqueles que oferecessem seus produtos e serviços tivessem a preocupação de se anteciparem na detecção de defeitos e reclamações potenciais por meio da implementação de medidas necessárias e eficazes na busca do tão almejado padrão de qualidade.

Entre as décadas de 60 a 70 o conceito predominante foi o de Melhoria da Qualidade Contínua, para tanto, era fundamental o planejamento e a sistematização das atividades desenvolvidas antes mesmo do produto ou serviço serem ofertados. A preocupação já não era mais a correção e sim a prevenção.

Na saúde, a preocupação em oferecer cuidados de qualidade tem o seu marco histórico em Hipócrates e isso pode ser comprovado a partir do seu famoso princípio “*Primum non nocere*” ou seja, uma prática de cuidados de saúde deve ter como princípio primeiro, não causar dano e não causar dano deve ser considerado *em si e por si* o primeiro conceito norteador de toda prática assistencial de saúde, o que batizamos de *principium sanitatis* – princípio da assistência à saúde, por entendermos que uma assistência ou um cuidado de qualidade deve ser isento ou minimamente prejudicial à vida do paciente. Princípio da Não-Maleficiência, já que o próprio Ato médico não é estéril quando o assunto é dano à integridade da mente e do corpo (SMITH, 2005; HIPPOCRATES, 1989)

Mais uma vez Florence se destaca, dessa vez, na evolutiva da trajetória histórica da qualidade na saúde. Na oportunidade dos cuidados aos soldados nos Campos de Scutari, implementou medidas como: a confecção de estrados de palha para acomodar os soldados feridos, aquisição de escovões para a limpeza do ambiente, pratos, talheres, tesouras para

asseio corporal – corte de cabelos, toalhas, lençóis e até mesmo roupas específicas para os doentes, dentre outras.

Os norte-americanos se destacam no cenário mundial quando o assunto é qualidade, tal preocupação fez com que os americanos propusessem vários modelos de avaliação da qualidade na prestação de serviços, mais especificamente, nos serviços de saúde, a exemplo da internacionalmente conhecida *The Joint Commission*, organização essa de natureza independente cujo propósito é avaliar e acreditar instituições e programas de cuidados à saúde nos EUA, sua prioridade sempre foi a exposição aos riscos e a sua prevenção.

Mesmo reconhecendo a importância dessa organização na avaliação da qualidade da assistência prestada, Avedis Donabedian (1980) é quem mais se aproxima de nossa preocupação, pois em sua proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, mais especificamente em seu artigo “*The Quality of Medical care*”, o autor preconiza que a avaliação dos serviços de saúde deve comportar – considerar sempre, duas dimensões: o desempenho técnico na aplicação do conhecimento científico e no uso adequado das tecnologias a seu favor, otimizando os benefícios e minimizando os riscos eventuais inerentes à prática assistencial interventiva, assim como, a relação pessoal entre os profissionais de saúde e o paciente, como o nosso grifo, família, de maneira que possa resultar no atendimento às expectativas e necessidades individuais, inclusive as de conforto.

Em 1980 Donabedian duvidava acerca da natureza da noção de qualidade, muito embora afirmasse que a qualidade é uma propriedade do cuidado médico, não estava claro se a qualidade um atributo único. Para tanto, desenvolveu um quadro fundamental para o entendimento da avaliação desse atributo em saúde, a partir de conceitos de estrutura, processo e resultado, onde a estrutura correspondia às características mais estáveis da assistência médica, seus recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros fundamentais para a assistência à saúde. O processo se refere as ações envolvendo os profissionais de saúde e usuários bem como o diagnóstico, o tratamento e as questões éticas da relação médico, profissional, equipe de saúde e cliente. Já o resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, aqui em questão o *conforto como indicador de qualidade*, considerando a saúde, satisfação dos padrões, necessidades e expectativas dos usuários.

Em 1990 Donabedian descreve os sete pilares da qualidade, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A eficácia é a capacidade do binômio Arte-Ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar daqueles que buscam os serviços de saúde. Para alcançá-la os profissionais precisam fazer o melhor possível para ofertarem as melhores condições ou as mais favoráveis considerando o estado de saúde do paciente, mantendo em níveis satisfatórios as demais condições – necessidades humanas não afetadas pela doença.

A efetividade é resultante da melhoria nas condições de saúde, alcançada ou alcançável nas condições assistenciais do cotidiano, ela é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. A otimização vai depender dos efeitos oriundos do cuidado da saúde.

A aceitabilidade é uma forma diferente de se falar da adaptação dos cuidados aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares e outros entes queridos, talvez, o mais subjetivo de todos os outros. A legitimidade e a aceitabilidade do cuidado na perspectiva do usuário cliente-paciente-consumidor. Por último, a equidade como princípio pelo qual o justo e o razoável são determinados na distribuição, planejamento e execução dos cuidados, seus benefícios entre os membros de uma determinada população.

Palmer (1983) contribui quando apresenta outras dimensões, destacando-se: acessibilidade, aceitabilidade, competência do prestador, eficiência, eficácia, adequação, efetividade, continuidade de cuidados e rentabilidade. Além disso, em uma referência Ferreira (1991:96) *“identificou cinco dimensões para definição de qualidade de cuidados de saúde, que ilustram os aspectos da necessária interação entre preocupações clínicas e não clínicas dentro de uma instituição de saúde”*.

Em seguida, quadro comparativo das dimensões para avaliação da qualidade de cuidados em saúde, propostas por Palmer (cit. In Ferreira, 1991:96) em comparação as de Donabedian (cit. In Mezomo, 2001:111).

Quadro nº 8: Dimensões para avaliação da qualidade de cuidados em saúde.

Conceito	Palmer	Donabedian
Eficácia	Característica de um determinado procedimento clínico ou tratamento tendente a melhorar o estado de saúde.	É a obtenção da melhora da saúde pela aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis (controladas).
Efetividade		Indica o grau de obtenção da melhoria da saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível e a efetividade obtida.
Eficiência	Fornecimento de um número máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde correspondente a uma determinada unidade de recursos de saúde usados.	É a habilidade em reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade deles.
Otimização		É o equilíbrio ideal entre a melhoria da saúde e o seu custo.
Acessibilidade	Grau de acesso aos cuidados de saúde face às barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural e emocional.	
Aceitabilidade	Grau de satisfação dos doentes em relação aos cuidados de saúde.	É a adequação dos cuidados da saúde aos desejos e expectativas dos pacientes e de seus responsáveis.
Legitimidade		É a conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas, nas leis e nos costumes.
Equidade		É a conformidade com o princípio da justiça e da honestidade na distribuição dos cuidados e dos benefícios da saúde entre os membros de uma população.
Competência do prestador de cuidados	Capacidade do prestador de cuidados para usar o melhor conhecimento disponível na tomada de decisão, de modo a manter os utentes saudáveis e satisfeitos. A competência do prestador de cuidados diz respeito às capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal, assim como ao próprio sistema de cuidados e à maneira como ele funciona na globalidade.	

Sem dúvida, a proposição e utilização de indicadores do desempenho da qualidade na assistência à saúde da população tem sua importância para o estabelecimento e prática de cuidados livres de iatrogenias e minimamente arriscados.

O conforto e os cuidados confortantes, tal como outros indicadores de qualidade podem sim serem utilizados como parâmetros instrumentais de gerenciamento e mensuração capazes de contribuir para no mínimo, dois dos sete elementos que compõem os pilares da qualidade propostos por Donabedian, a eficácia e a aceitabilidade, sem os quais, a assistência de enfermagem nas unidades de terapia intensiva pediátrica teria seus resultados de cuidados comprometidos, talvez, não no seu propósito que é restabelecer e ou manter as condições

vitais, mas sim, na capacidade humana de se colocar na condição daquele que é cuidado e que por sua vez, demanda desejos e anseios por ser cuidado em um ambiente que o torna ou o faz sentir-se um estrangeiro por não compreender as terminologias nele praticadas, pessoas desconhecidas, métodos altamente invasivos e dolorosos, dentre outros fatores que podem ser adversários no imaginário de uma criança, mas que, nas mais das vezes, vão salvar suas vidas.

Não temos a petulância de desconsiderar os outros indicadores de qualidade, sem os quais, uma avaliação criteriosa da qualidade e da produtividade ficaria comprometida, tais como a taxa de mortalidade; taxa de infecção hospitalar; taxa de ocupação hospitalar e taxa de permanência, todos estes são capazes de mensurar o grau de risco em que são submetidos os pacientes, em contra partida, incapazes de mensurar o grau de satisfação de doentes e familiares acerca da assistência prestada. Portanto, entendemos e reforçamos a partir das respostas dos *sujeitos-objeto* desse estudo que o conforto poderia e deveria fazer parte dos indicadores de qualidade da assistência.

Com o propósito de atendermos ao terceiro objetivo desta pesquisa, foi realizado pelos pesquisadores uma proposta de escala de conforto a partir dos termos lexicais provenientes desta categoria.

A Escala para mensuração do estado de conforto para clientes pediátricos em UTIP, tem a avaliação subjetiva; o cliente indicará o escore/grau de conforto e o objetivo: o profissional realizará a avaliação percebida acerca do grau de conforto do cliente.

Escala para Mensuração do Estado de Conforto para Clientes Pediátricos em UTIP

Cliente:	Leito:	Idade:	Verbaliza: () Sim () Não	Data: / /
Parâmetros de Conforto	Subjetivo	Objetivo	Impressão do Avaliador	
Posicionamento	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Repouso	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Asseio Corporal	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Sensação de Segurança	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Privacidade	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Iluminação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Ruído	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Alimentação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Hidratação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Integridade da pele	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Dor	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Sono	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Relacionamento: equipe/cliente/acompanhante	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Limpeza e organização da unidade do paciente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Entretenimento	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Aspiração: () Sim () Não VO / VN / TOT / TQT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Aparato Tecnológico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Temperatura ambiente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Regulação Térmica cliente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Tempo de Permanência no Leito	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Comunicação: equipe/cliente/acompanhante	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Comunicação: Verbal (oral/escrita)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Não-Verbal (olhar, gestos, postura, mímica)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Total de Pontos				
Total Possíveis: ➤ 220 pontos (clientes que verbalizam) somatório de informações Subjetivas e Objetivas. ➤ 110 pontos (clientes que não verbalizam) apenas o somatório de informações Objetivas. Escores: ➤ 220-199 = Plenamente Confortável; 198-155=Confortável; 154-111= Minimamente Confortável; 110-67= Estado de Desconforto; 66= Criticamente Desconfortável. ➤ 110-100 = Plenamente Confortável; 99-78=Confortável; 77-56= Minimamente Confortável; 55-34= Estado de Desconforto; 33= Criticamente Desconfortável			Enfermeiro: 	

Escala Salú e Silva, 2014, para mensuração do estado de conforto para clientes pediátricos em UTIP

Interpretação dos escores da Escala para Mensuração do Estado de Conforto para clientes pediátricos em UTIP: objetivos e subjetivos.

A leitura dos escores vem pontuados a partir da soma da avaliação dos parâmetros subjetivos (o cliente indicará o escore/grau de conforto) e objetivos (o profissional realizará a avaliação percebida à cerca do grau de conforto do cliente), seguidos dos escores da avaliação dos dados objetivos, a saber:

220-199 / 110-100 = PLENAMENTE CONFORTÁVEL: requer vigilância contínua por parte da equipe de enfermagem de maneira que o estado pleno de conforto possa ser mantido durante o período de internação na UTIP, não obstante, atentar para os possíveis sinais do corpo e do ambiente físico de deterioração das condições favoráveis que contribuíram para este estado. Reavaliar a cada 6 horas.

198-155 / 99-78 = CONFORTÁVEL: atentar para o diagnóstico preciso das condições desfavoráveis que contribuíram negativamente para este estado. Implementar e/ou otimizar ações de cuidados que possam eliminar ou minimizar tais condições em busca do alcance da condição plena de conforto. Reavaliar a cada 4 horas.

154-111 / 77-56 = MINIMAMENTE CONFORTÁVEL: aumentar a vigilância e otimizar as ações de cuidados com reavaliações mais frequentes de maneira que os achados de desconforto possam ser rapidamente detectados e em seguida sanados e/ou minimizados. A equipe deve ser alertada quanto ao estado de desconforto possível e assim, adotar medidas preventivas para evitar a deterioração das condições que ainda são favoráveis ao estado mínimo de conforto. Reavaliar a cada 3 horas ou quando entender ser necessário.

110-67 / 55-34 = ESTADO DE DESCONFORTO: envidar esforços para que a equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde possam colaborar conjuntamente na resolutividade imediata das condições desfavoráveis ao estado de conforto. Não havendo a possibilidade de otimização dos fatores clinicamente mais relevantes devido à própria condição clínica do paciente, a alternativa é dar uma ênfase maior àquelas outras menos dependentes de tal condição. Reavaliar a cada 2 horas ou quando entender ser necessário.

66 / 33 = CRITICAMENTE DESCONFORTÁVEL: considerar as condições clínicas do paciente e, quando não houver a possibilidade de otimização do estado de desconforto objetivo, implementar ações de cuidados que privilegiem os aspectos mais subjetivos do cuidado de enfermagem, sobretudo, as que proporcionam a satisfação de necessidades básicas psicossociais e espirituais. Se possível, aumentar o tempo de permanência de entes queridos à beira do leito junto ao paciente. Reavaliar a cada hora até que a pontuação seja progressivamente aumentada.

4.4.3 - Categoria II–Conforto como prioridade dos cuidados de enfermagem e a interferência do ambiente.

Pensar em conforto e suas interferências no plano da pragmática assistencial, não obstante, pensa-se, também nos fatores ambientais que vão ao encontro do tipo de conforto proposto por Kolcaba e iniciado com Florence; em sua propositura “teórica”, segundo a qual utilizou-se do metaparadigma AMBIENTE no uso de suas provas empíricas. Muito embora tenha sido ela uma enfermeira capaz de definir com propriedade os termos, não teve a preocupação de dividir e/ou diferenciar o termo ambiente como referente possível de ser conceituado no, entanto, chama-nos atenção as teóricas da modernidade e contemporaneidade quando utilizam este referente como metaparadigmas em suas teorias.

4.4.4 - Pressupostos do Ambiente segundo as teóricas

Florence Nightingale

Teoria centrada no ambiente, Fitzpatrick e Whall (1983) descrevem o conceito de ambiente de Nightingale como manter aqueles elementos externos que afetam a saúde das pessoas doentes e saudáveis e incluíram tudo desde a comida e as flores do doente até as interações verbais e não-verbais com o doente. No mundo do doente, pouca coisa é excluída da sua definição de ambiente. Ela acreditava que os doentes pobres beneficiariam das melhorias ambientais dirigidas ao seu corpo e à sua mente.

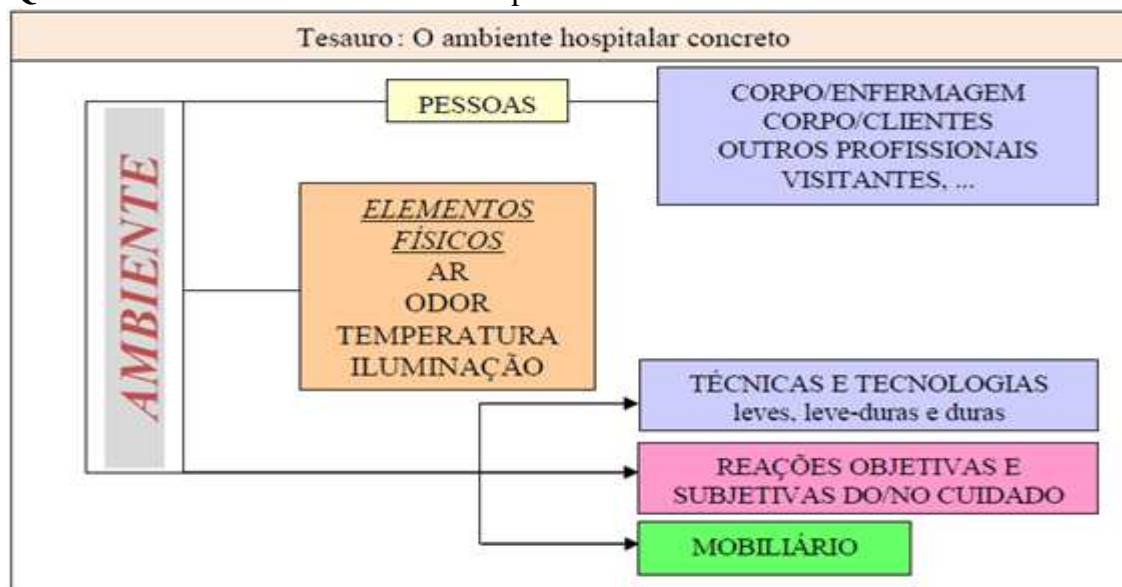
Esses princípios permanecem relevantes e sendo colocados em prática até hoje visto que na fala da equipe de enfermagem este abordou 100 % das falas desses profissionais.

A teoria de Nightingale contém três relações principais: (1) ambiente/doente, (2) enfermeira/ambiente e (3) enfermeira/doente.

Das principais relações propostas por Nightingale, duas consideram o ambiente como fator determinante da sua relevância e um carácter facilitador ou dificultador na saúde, recuperação e prevenção de doenças, assim como, na promoção do conforto.

Silva e Carvalho (2008) apresentam Tesouro que representa a importância do ambiente na dinâmica do conforto em unidades de internação hospitalar na perspectiva de clientes e de enfermeiras. Corroborando com este estudo partindo das falas das enfermeiras e clientes à cerca do ambiente-espaço físico, composto de uma estrutura concreta conforme o quadro abaixo.

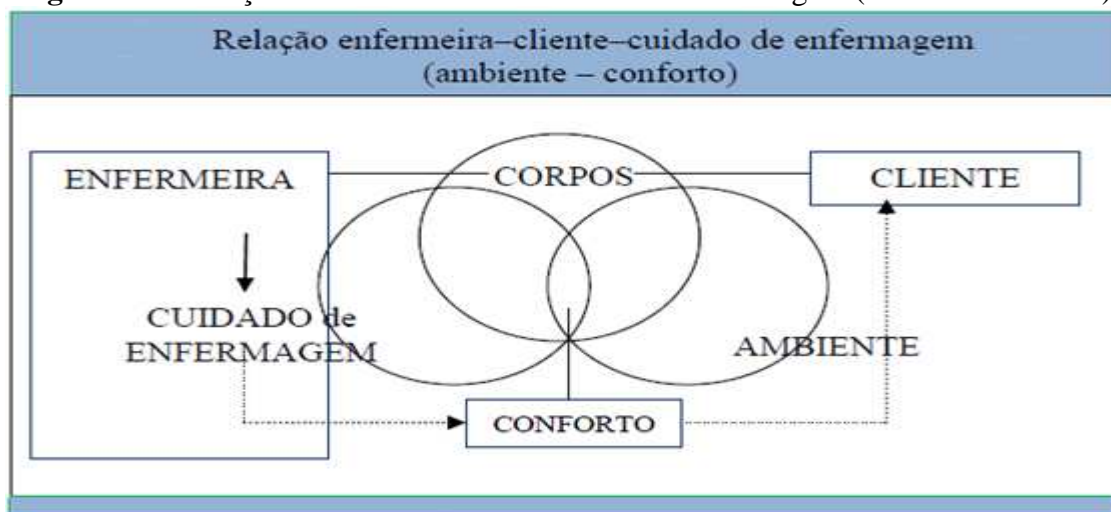
Quadro nº 9: Tesouro do ambiente hospitalar concreto.



Fonte: Tese de doutorado Silva, 2008.

Para os autores o conforto é imprescindível ao ambiente, aos corpos do indivíduo principalmente de quem cuida e é cuidado no âmbito dos planos que envolvem o cuidado de enfermagem, ambiente onde se dá a relação enfermeira e cliente, corpo dos que são assistidos e dos assistentes. Esta relação é fundamental para se pensar em conforto conforme pode ser visto na ilustração a seguir:

Figura nº 2:Relação enfermeira-cliente-cuidado de enfermagem (ambiente-conforto).



Fonte: Tese de doutorado Silva, 2008.

Os conceitos de relação enfermeira, doente e ambiente são aplicáveis em todos os quadros de enfermagem atuais. Assim realizamos quadros com o nome das Teóricas de Enfermagem que compõem o livro: Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) que abordam o *Ambiente* seguido do texto e fala do Sujeito-Objeto marcando se este se refere ao ambiente interno e externo.

O ambiente interno pertence a unidade corporal (corpo) e o ambiente externo corresponde a tudo que circunda o ambiente interno (corpo). Para Roy (1999) o homem é um ser social, mental, espiritual e físico, afetado por estímulos do ambiente interno e externo. Já para Betty Neuman, (1995) o ambiente interno e intrapessoal, com toda a interação contida no cliente e o ambiente externo e interpessoal ou extrapessoal com todas as interações a ocorrerem fora do cliente, identificando também o ambiente criado em que ocorre uma imobilização inconsciente do cliente de todas as variáveis do sistema no sentido da integração, estabilidade e integridade do sistema.

Teórica	Ambiente	Texto/Sujeito-Objeto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Florence Nightingale</p> <p><i>Enfermagem Moderna</i></p>	<p>Teoria centrada no ambiente, Fitzpatrick e Whall (1983) descrevem o conceito de ambiente de Nightingale.</p>	<p>“Manter aqueles elementos externos que afetam a saúde das pessoas doentes e saudáveis e incluíram tudo desde a comida e as flores do doente até as interações verbais e não-verbais com o doente. No mundo do doente, pouca coisa é excluída da sua definição de ambiente. Ela acreditava que os doentes pobres beneficiariam das melhorias ambientais dirigidas ao seu corpo e à sua mente.”</p> <p><i>“Planta física do setor, cores frias, hostis e sombrias, disposição dos leitos e monitores, excesso de barulho, janelas que possam proporcionar a entrada de sol, direcionando o paciente a assimilar quando é noite e dia regularizando assim seu relógio biológico, adaptar ambiente para que o paciente consciente e família não tenha acesso ao paciente comatoso, etc.” (Irís, Téc. Enf.)</i></p>	<p>X</p>	<p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
Virginia Henderson <i>Definição de Enfermagem</i>	Não deu a sua própria definição de ambiente. Utilizou o Webster's New Collegiate Dictionary, (1961), que definia o ambiente como:	“O agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo.”(Henderson, 1978) <i>“O que interfere é que o CTI é um ambiente muito iluminado, ruidoso e agitado, além de os pacientes serem bastante manuseados e a equipe muitas vezes, não são orientados quanto aos riscos destes problemas.” (Zinia, Téc. Enf.)</i>		X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
Ernestine Wiedenbach <i>A Arte de Ajuda de Enfermagem Clínica</i>	Wiedenbach não fala especificamente sobre o conceito ambiente.	“Para facilitar as tentativas do indivíduo para ultrapassar os obstáculos que, atualmente, interferem com sua capacidade de responder capazmente às exigências que lhe são feitas por esta condição, ambiente, situação e tempo” (Wiedenbach, 1964). Está implícito que o ambiente pode produzir obstáculos que resultam no fato de a pessoa experimentar uma necessidade de ajuda.	X	X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
Faye Glenn Abdellah	O ambiente é o conceito menos discutido do modelo de Abdellah.	Da tipologia, o problema nº 17 da enfermagem é: “Criar e/ou manter um ambiente terapêutico” (Abdellah, 1960).	X	X
<i>Vinte e um problemas de Enfermagem</i>		“Se a reação da enfermeira em relação ao doente for hostil ou negativa, a atmosfera no quarto pode ser hostil ou negativa. Isto sugere que os doentes interagem com e respondem ao seu ambiente e a enfermeira é parte desse ambiente.”	X	X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
Patricia Benner	Não descreve especificamente sobre o ambiente, porém, em sua definição dos nove domínios da prática dos cuidados intensivos de enfermagem. (Benner, 1999)	Dois dos domínios, aborda o ambiente, conforto e qualidade. Entre eles: Prevenir os acidentes num ambiente tecnológico.	X	X
<i>Do principiante a perito: excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem</i>		Providenciar medidas de conforto para os doentes em estado crítico. Monitorizar a qualidade e gerir a falha.	X	X
			X	X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Jean Watson</p> <p><i>Filosofia e ciência do Cuidar</i></p>	<p>Baseia sua teoria da prática de enfermagem em 10 fatores do cuidar com componente fenômeno- lógico dinâmico relacionado aos indivíduos envolvidos na relação tal como contido na enfermagem. (Watson, 1979)</p>	<p>Fator 8º: Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio.</p> <p><i>“Proporcionar carinho, compreensão, temos que estar calmo para atendê-los, diminuir o barulho, aquecê-lo no frio, quando possível diminuir luminosidade e barulho dos profissionais e aparelhos.” (Lírio, Téc. Enf.)</i></p> <p>As enfermeiras têm de reconhecer a influência que os ambientes interno e externo têm sobre a saúde e doença dos indivíduos.</p> <p><i>“Ambientes com estrutura física apropriada (suave e alegre); Ambiente calmo (sem ruídos elevados); Temperaturas ajustadas; Mobiliário adequado as crianças; Equipamentos sem ruídos excessivos.” (Gérbera, Enf^{ra})</i></p> <p>Conceitos relevantes para o ambiente interno incluem o bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo.</p> <p>Além das variáveis epidemiológicas, outras variáveis externas incluem o conforto, a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Myra Estrin Levine</p> <p><i>Modelo de Conservação</i></p>	<p>O ambiente é “onde estamos constante e ativamente envolvidos.”(Levine, 1988)</p> <p>O que conta é a pessoa e o seu relacionamento com o ambiente. (Levine, 1984)</p> <p>Levine usa a definição de ambiente externo de Bates (1967) e sugere três níveis: (1) Perceptual, (2) Operacional e (3) Conceptual.</p>	<p>“Cada indivíduo tendo o seu próprio ambiente, tanto interna como externamente.”</p> <p>As enfermeiras podem relacionar o ambiente interno com os aspectos fisiopatológicos do doente.</p> <p>Estes níveis conferem dimensão às interações entre os indivíduos e os seus ambientes. O nível perceptual inclui os aspectos do mundo que os indivíduos são capazes de interceptar e de interpretar com os seus órgãos dos sentidos.</p> <p>Embora não possam percebê-las diretamente, o nível operacional contém coisas que afetam fisicamente os indivíduos, tal como os micro organismos.</p> <p>Ao nível conceptual, o ambiente é construído a partir de padrões culturais, caracterizados por uma existência espiritual e mediado pelos símbolos da linguagem, pensamento e história. (Levine, 1973)</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p></p> <p>X</p> <p></p> <p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
Marta E. Rogers <i>Seres Humanos</i> <i>Unitários</i>	Como “um campo de energia pandimensional (reuni várias dimensões) irreduzível identificado pelo padrão e manifestando características diferentes das partes.	Cada campo ambiental é próprio do seu dado campo humano. Ambos mudam continuamente e criativamente e integralmente.” (Rogers, 1994)	X	X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
Imogene King <i>Estrutura de</i> <i>Sistemas de</i> <i>Interação e Teoria</i> <i>da Consecução de</i> <i>Objetivos.</i>	King (1981) acredita que “uma compreensão da forma como os seres humanos interagem com o seu ambiente para preservar a saúde é essencial para as enfermeiras.”	Os sistemas abertos implicam que as interações do indivíduo com o ambiente... Cada ser humano vê o mundo como uma pessoa total na realização de transações com indivíduos e coisas no ambiente.” (King, 1981) <i>“Temperatura, barulho, iluminação, ambiente propício para criança.” (Gardênia, Téc. Enf.)</i>	X	X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Dorothy Johnson</p> <p><i>Modelo de Sistema Comportamental</i></p>	<p>E. O ambiente consiste em todos os fatores que não fazem parte do sistema comportamental do indivíduo, mas influenciam o sistema, alguns dos quais podem ser manipulados pela enfermeira para atingir o objetivo de saúde para o doente. (Loveland-Cherry, 1983)</p>	<p>O indivíduo liga-se e interage com o ambiente. (Jonhson, 1959)</p> <p><i>“A iluminação constante; o ruído; a temperatura que é demasiadamente fria, além do estresse da unidade no atendimento à criança grave.” (Lavanda, Enf^a)</i></p> <p>O sistema comportamental visa manter o equilíbrio em resposta a fatores ambientais ajustando-se e adaptando-se às forças que colidem com ele.</p> <p>Forças ambientais excessivamente fortes perturbam o equilíbrio do sistema comportamental e ameaçam a estabilidade da pessoa. É necessária uma quantidade de energia pouco usual para que o sistema restabeleça o equilíbrio perante forças contínuas. (Loveland-Cherry, 1983)</p> <p><i>“Barulho, agitação, manuseio excessivo, procedimentos: Raio-X e coleta de sangue, frio e calor, falta de higiene, claridade, não administrar medicações no horário, exemplo: sedação, anticonvulsivantes, etc.” (Tulipa, Téc. Enf.)</i></p> <p>Quando o ambiente é estável, o indivíduo é capaz de continuar com comportamentos bem sucedidos.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Betty Neuman</p> <p><i>Modelo de Sistemas</i></p>	<p><u>Ambiente</u></p> <p>As forças internas e externas que afetam e são afetadas pelo cliente, em qualquer altura, englobam o ambiente. (Neuman, 1988)</p>	<p>O ambiente e a pessoa são identificados como os fenômenos básicos do modelo de Sistemas de Neuman, sendo a relação entre ambiente e pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o cliente. Os <i>stressores</i> (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema. Neuman identificou três ambientes relevantes: (1) interno, (2) externo e (3) criado.</p> <p>O ambiente interno é intrapessoal, com toda a interação contida no cliente.</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Nancy Roper Winifred W. Logan Alison J. Tierney</p> <p><i>Os elementos da Enfermagem: um Modelo de Enfermagem Baseado num Modelo de Vida</i></p>	<p>O ambiente é conceitualizado numa dimensão alargada e engloba tudo o que é fisicamente externo à pessoa (Roper, N.; Logan, W.; Tierney, A.; 1996).</p>	<p>Isto inclui outras pessoas no ambiente, destacando a interação de fatores psicológicos e socioculturais com fatores ambientais. O ambiente é tão importante a manutenção de um ambiente seguro, é considerada uma das 12 AVs e é discutida em cada uma das outras AVs no capítulo correspondente de <i>The Elements of Nursing</i> (Roper, N.; Logan, W.; Tierney, A.; 1996).</p> <p><i>“Excesso de barulho, excesso de manipulação, iluminação, frio excessivo ou calor, limpeza não adequada no leito.” (Ciclame, Téc. Enf.)</i></p> <p><i>“Os sons contínuos de monitores, ventiladores e bombas infusoras e a baixa temperatura necessária no ambiente de terapia intensiva. A manipulação excessiva dos profissionais em horários diferentes. A iluminação do ambiente mesmo nos períodos noturnos para realização dos procedimentos que prejudicam o sono da criança.” (Camélia, Téc. Enf.)</i></p>	<p>X</p>	<p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Hildegard Peplau</p> <p><i>Enfermagem psicodinâmica</i></p>	<p>E. Peplau (1952) define implicitamente o ambiente em:</p>	<p>Termos de “forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura,” a partir das quais a moral, os costumes e crenças são adquiridos.</p> <p><i>“A luz nem sempre pode ser diminuída, a monitorização muitas vezes impede determinados decúbitos, o som muitas vezes está além do ideal e a temperatura.”</i> (Orquídea, Téc. Enf.)</p> <p>“No entanto, as condições gerais susceptíveis de conduzir à saúde incluem sempre o processo interpessoal.” (Peplau, 1952)</p> <p><i>“A equipe a noite deveria utilizar a luz indireta, o barulho no CTI atrapalha muito pois todos, praticamente todos, os aparelhos emitem sons diversos. E a manipulação deveria ocorrer em conjunto para não incomodar a criança diversas vezes seguidas.”</i> (Girassol, Téc. Enf.)</p>	<p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Ida Jean Orlando (Pelletier)</p> <p><i>Teoria do Processo de Enfermagem</i></p>	<p>Não define ambiente.</p>	<p>Parte do princípio de que uma situação de enfermagem ocorre quando existe contato entre enfermeira e doente e que a enfermeira e o doente distinguem, pensam, sentem e atuam na situação imediata.</p> <p><i>“A distância dos familiares, a temperatura fria da UTI, a quantidade de sons perturbadores, a dor física, a incompreensão por parte de alguns profissionais, a solidão...” (Brinco de Princesa, Enf^m)</i></p> <p>No entanto, salienta que um doente pode reagir com angústia a qualquer aspecto de um ambiente que foi concebido para propósitos terapêuticos e de auxílio. Quando a enfermeira observa qualquer comportamento do doente, precisa de ser visto como um indicio de angustia. Qualquer aspecto do ambiente, mesmo que concebido com objetivos terapêuticos e de auxílio, pode fazer com que o doente fique angustiado. (Orlando, 1961)</p> <p><i>“Ruídos, alarmes de equipamentos, luz, grande movimentação de pessoas.” (Cravo, Téc. Enf.)</i></p>	<p>X</p>	<p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Joyce Travelbee</p> <p><i>Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa</i></p>	<p>Não define explicitamente.</p>	<p>Ela define a condição humana e as experiências de vida enfrentadas por todos os seres humanos, como o sofrimento, a esperança, a dor e a doença. Estas condições podem ser equiparadas ao ambiente.</p> <p><i>“Falta de insumos, insumos descartáveis, lençol, etc. Falta de autonomia da equipe de enfermagem frente a equipe médica. Normas e rotinas do setor que facilitam o trabalho da equipe, em detrimento do conforto do paciente. Excesso de alarmes sonoros de BI e monitores que não são previamente ajustados ao paciente em uso.”</i></p> <p><i>(Dormideira, Enf^{ra})</i></p>	<p>X</p>	<p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
Helen C. EricKson Evelyn M. Tomlin Mary Ann P. Swain <i>Modelagem e Modelo de Papel</i>	O ambiente não está identificado na teoria como uma identidade própria.	Os teóricos veem o ambiente nos subsistemas sociais como a interação entre o self e os outros, tanto cultural como individualmente. Os stressores biofísicos são vistos como parte do ambiente. (Erickson, 1988)	X	X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
Kathryn E. Barnard <i>Modelo de Interação Pais-Filhos</i>	Conceito: O ambiente afeta quer a criança, quer o prestador de cuidados e inclui “a disponibilidade (ou carência) de recursos sociais e financeiros tais como a presença de um adulto de apoio, comida e habitação adequada, um lar seguro e envolvimento comunitário. (Sumner, 1994)	O ambiente é um aspecto essencial da teoria de Barnard (1979). Em <i>Child Health Assessment, Part II: The First Year of Life</i> , ela afirma que “na essência, o ambiente inclui todas as experiências enfrentadas pelas crianças: pessoas, objetos, locais, sons, sensações visuais e tácteis.” O ambiente inclui recursos sociais e financeiros, outras pessoas e adequações do lar e da comunidade, tudo qualidades que também afetam o prestador de cuidados. (Barnard, 1986)	X	X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Katharine Kolcaba</p> <p><i>Teoria do Conforto</i></p>	<p>Define ambiente como:</p> <p>Contextos em que o conforto é experimentado:</p> <p>Ambiental: pertencente ao meio, às condições e influências externas</p>	<p>Qualquer aspecto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela(s) enfermeira(s) ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.</p> <p><i>“Iluminação, ruídos, manipulação pelo profissional de saúde. Precisamos agrupar os cuidados.” (Cardo, Téc. Enf.)</i></p> <p><i>“Os fatores ambientais que interferem na qualidade do cuidado prestado na UTIP são: maquinário tecnológico com boas condições de uso e suporte em tecnologia avançado, dispositivos entendidos por todos que os operam, organização do leito e silêncio.” (Narciso, Téc. Enf.)</i></p>	<p>X</p>	<p>X</p>

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Ramona T. Mercer</p> <p><i>Consecução do Papel Maternal</i></p>	<p>Mercer (1995, 2000) define o ambiente de acordo com a definição de Bronfenbrenner de ambiente ecológico, sobre a qual se baseia o seu modelo, na Figura 26-1. O modelo ilustra o ambiente ecológico no qual se desenvolve a consecução do papel maternal. Mercer explica que “o desenvolvimento, de um papel/pessoa não pode ser considerado independentemente do ambiente; existe uma acomodação mútua entre a pessoa em desenvolvimento e as propriedades em mudança dos cenários imediatos, das relações entre cenários e os contextos mais vastos nos quais os cenários se incluem.”</p>	<p>Segundo Bronfenbrenner, o ambiente ecológico pode ser visto como uma combinação de sistemas encaixados dentro do seguinte. O modelo de Mercer na Figura 26-1 mostra este encaixe da mãe e do bebê no microsistema, mesosistema e macrosistema. As tensões dentro do ambiente influenciam a consecução do papel maternal como do paternal e da criança em desenvolvimento. O modelo de Mercer mostrado na Figura 26-1 indica que os fatores ambientais tais como o apoio social, o <i>stress</i> e o funcionamento da família dentro do microsistema e os fatores ambientais, como o cenário do emprego, a escola e a consecução do papel de impacto de cuidado diário. (Mercer, 1995)</p>	X	X

Teórica	Ambiente	Texto	Amb. Int.	Amb. Ext.
<p>Margaret A. Newman</p> <p><i>Modelo de Saúde</i></p>	<p>O termo ambiente não é explicitamente definido, mas é descrito como sendo o todo maior, que se encontra para lá da consciência que é a família e dentro do padrão das interações da comunidade. Um pressuposto principal é o de que “a consciência é coextensiva no universo e está presente em toda a matéria.</p> <p>(Newman, 1986)</p>	<p>Newman identifica as interações entre pessoa e ambiente como um processo-chave que cria configurações únicas para cada indivíduo. Os padrões de pessoa-ambiente evoluem para níveis mais elevados de consciência de si próprio. O pressuposto é o de que toda a matéria do universo-ambiente possui consciência, mas em níveis diferentes. A interpretação da visão de Newman esclarece que é o padrão de interação de uma pessoa com ambiente. A doença num campo de energia humano é uma manifestação de uma padrão único de interação pessoa-ambiente.</p>	<p>X</p>	<p>X</p>

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de iniciar as considerações finais, com base nas categorias emergentes a partir das respostas de trinta e nove (39) profissionais de enfermagem de uma UTIP, consideramos importante lembrar os objetivos propostos: 1- Identificar, na fala das enfermeiras e técnicos de enfermagem, se o cuidado confortante é considerado um indicador de que a assistência de enfermagem prestada ao cliente pediátrico na unidade de terapia intensiva é de qualidade; 2- Identificar, na fala das enfermeiras e técnicos de enfermagem, quais são os cuidados de conforto que podem ser prestados ao paciente pediátrico na unidade de terapia intensiva; 3- Propor uma escala de conforto para clientes de unidade intensiva pediátrica a partir dos termos lexicais emergidos da fala dos sujeitos-objeto da pesquisa dentro dos contextos de conforto propostos por Kolcaba (físico, psicoespiritual, ambiental e social), com vistas a torná-lo um possível indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada na UTIP. Cumpre-nos adiantar que, mesmo considerando-os, na perspectiva bachelardiana, uma experiência primeira, estes foram alcançados.

A abordagem metodológica atendeu plenamente à *esfera objetiva*, assim como a seus objetivos, pois favoreceu que os sujeitos respondentes da investigação expusessem livremente suas repostas acerca da temática.

O mesmo ocorreu com o polo teórico, com a utilização da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

A totalidade das falas/dados foi exaustivamente analisada, de modo que, selecionássemos as “afirmações *verdadeiras* e *verificáveis* acerca da problemática da proposição, culminando em duas categorias de análise.

A partir de uma análise sistemática e final do problema/objeto *leitmotiv* desta dissertação, chegamos, conclusivamente, a duas ilações, por certo, de caráter lógico-analítico, que são fundamentais para uma enfermagem/ciência.

A primeira é que, conforme foi assentido, *in claris*, até aqui, é que, para a caracterização e enquadramento de um determinado conhecimento como científico, com aceção e caracteres dotados de cientificidade, que seja marcado pelos atributos da neutralidade axiológica, da aceitabilidade no manejo do suporte conceitual e principalmente epistemológico, da implementação das condições de assertibilidade do discurso científico e

das condições de “verdade” deste, é imprescindível à observância de certo instrumental teórico metodológico e como já acusamos, esse instrumental foi devidamente ordenado/determinado pelo objeto, como determina Bachelard em sua Obra “A formação do espírito científico”.

A segunda é que, segundo foi possível aferir, do mesmo modo que a primeira ilação, para a caracterização de um determinado conhecimento como científico, com os atributos e características já descritos, é necessário que o pesquisador esteja atento a observância de um determinado sistema terminológico-conceitual, neste caso, conceito acerca do referente conforto.

A possibilidade de determinar e agrupar, a partir das respostas dos profissionais de enfermagem envolvidos nesta pesquisa palavras/termos referentes capazes de *denotar* conforto, nos permitiu propor uma escala de conforto para clientes pediátricos em unidade de terapia intensiva que, quiçá, possa colaborar em âmbito de enfermagem, para a prestação de uma assistência mais voltada para a satisfação de necessidades básicas que incluam os três tipos de conforto: **alívio, tranquilidade e transcendência** nos seus quatro contextos/dimensões: **físico, psicoespiritual, ambiental e social**, tal qual como indicador de qualidade dessa assistência em plano de cuidado.

Pensar em conforto como indicador de qualidade em unidade de terapia intensiva pediátrica ou não é, ao mesmo tempo, compreender que no processo de assistir e cuidar de pessoas a partir de um modelo biomédico que é racional, cartesiano e por isso deve ser rigorosamente seguido, mas, entender que rigor não pode ser confundido com rigidez e, portanto, permitir, quando necessário e possível, conforto para além do contexto/dimensão físico(a), pois, confortar não é apenas aliviar a dor, ou ainda, mudar um decúbito, ou diminuir a luminosidade durante a noite.

A norte-americana Katharine Kolcaba, enfermeira e professora de enfermagem geriátrica da Universidade de Akron introduziu o *termo* “comfort management” na prática de assistir e cuidar do cliente, independente do contexto em que esse cliente se encontra. Para o português, o *termo* pode significar “gerenciamento do conforto”, passando este *termo* a substituir o anterior na prática assistencial, hospitalar ou não, inclusive, servindo de referencial teórico para pesquisadores de engenharia e arquitetura, como é o caso do Dr. Aloísio Schmid (2005).

Nesta dissertação, nos apropriamos dos pressupostos, metaparadigmas, tipos e contextos implicados na teoria de conforto idealizada por Kolcaba, no entanto, não nos “preocupamos” submeter a esta teoria aos princípios de *verificabilidade e falseabilidade* (Popper, 1975), mas, quando nos debruçamos sobre as respostas dos profissionais de enfermagem, tentamos nos aproximar o máximo possível dos postulados de Kolcaba. Encontramos, ainda que implicitamente os tipos de conforto: *tranquilidade, alívio e transcendência*, nas respostas desses *sujeitos-objeto* e que, para elas, são possivelmente promovidos, mantidos e experimentados pelos clientes quando são cuidados. O mesmo ocorreu em relação aos contextos em que o conforto pode se dar.

Abordar o cuidado de enfermagem como pano de fundo desta dissertação, por ser ele entendido como objeto de trabalho da enfermagem, e que, segundo Caccavo (2000) se apresenta com uma faceta teórica e um caráter pragmático que, por si só, é *inerente* à enfermagem, constituindo-se em meio de expressão específica da arte da enfermagem. Assim, uma assertiva possível é que é possível um cuidado de enfermagem desconfortante, entretanto, não promoção e/ou manutenção de conforto sem cuidado de enfermagem.

Num contexto multidisciplinar tal como a UTIP, o conforto confere com um *referente* multifacetado, que pode ser polissemântico, mas, consolidado no cotidiano assistencial dos profissionais da UTIP como *coisa objetiva* e, ao mesmo tempo, *subjetiva*. Tal constatação pode ser evidenciada nos Tesouros disponíveis nos quadros 4, 5, 6 e 7.

Quanto à *objetividade* científica, Bachelard (2005) argumenta que não há “*verdade com validade universal*”; cada ciência cria a sua verdade. Assim, quanto aos “*parâmetros de validade intrínsecos*” à enfermagem “em-vias-de-se-fazer-ciência”, para além das verdades suscitadas pelas epistemologias regionais, à *objetividade* deste conhecimento ora produzido, obedecendo a outra noção bachelardiana – *a recorrência epistemológica* -, estamos convictos de que tal conhecimento necessita e, portanto, deverá ser submetido ao crivo da intersubjetividade, ou respeito à *verificação e aprovação* coletiva, ao estabelecimento de critérios públicos e à circulação e confrontação de ideias no interior das comunidades científicas.

Compreendemos que precisamos replicar essa experiência, aumentando o número de respondentes, assim como, o número de unidades hospitalares e de hospitais.

Referente às limitações da pesquisa podemos destacar, a amostra utilizada, a qual foi composta pela equipe de enfermagem da UTIP de uma instituição pública do estado do Rio de Janeiro. Pode-se considerar que os resultados obtidos não contemplem uma amostra significativa dos profissionais que trabalham em UTIP, tornando necessário reaplicações desta pesquisa em outras instituições a fim de fortalecer os resultados obtidos e consolidar o constructo na perspectiva do profissional de UTIP.

O conhecimento das necessidades objetivas e subjetivas de conforto aos clientes pediátricos em UTIP conduz a equipe de enfermagem à reflexões sobre o ambiente interno e externo de cuidado e conforto realizado no contexto hospitalar que podem aumentar a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente.

Esperamos que a escala construída possa auxiliar a equipe de enfermagem, na identificação e compreensão das situações de desconforto e conforto, vivenciadas por esta clientela tão especial e específica. Os resultados provenientes da aplicação dessa escala de conforto na UTIP contribuirão para a promoção de uma assistência humanizada com elaboração de medidas confortantes.

CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de filosofia. Tradução por Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes, 2007. Tradução de: Dizionario di Filosofia.

ABDELLAH, F.G.;BELAND, I.L.; MARTIN, A., & MATHENY, R.(1960). Patient-centered approaches to nursing. New York: Macmillan.

ABNT. NBR ISO 8402. Gestão da qualidade e garantia da qualidade – terminologia. 1994.

AIKENS, C. **Making the patient comfortable**. The Canadian Nurse, 4(9), 422-424, 1908.

ALGARTE, Waldir. A história da qualidade e o programa brasileiro da qualidade e produtividade. Rio de Janeiro. INMETRO/SENAI, 2000.

ALLIGOOD, Martha R.; TOMEY, Ann Marriner. **Nursing theory: utilization and application**. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 2002.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ANDREWS, H. & Roy, C. **Essentials of the Roy adaptation model**. In C. Roy & H. Andrews (Eds.). The Roy adaptation model: The definitive statement, 1991, (pp. 3-25). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005, 6ª reimpressão, 316p. Tradução de: **La formation de l'esprit scientifique: contribution a une psychanalyse de la connaissance**. Paris/França: Librairie Philosophique J. Vrin, 1938. CACHAPUZ, Antônio.

_____. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Trad. Estela S. Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BARBIER, René. **A'Approche transversale, sensibilización à l'éconte mytho-poetique en education**. Note de synthèse. Saint-Denis: Université Paris 8, 1993.

BARBOSA, Arnaldo Prata. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 80, n. 6, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro, Lisboa: Setenta, 1988.

_____. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1994.

_____. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BARNARD, K.E. (Ed.). *Nursing child assessment satellite training. Learning resource manual*. Seattle, WA: NCAST Publications, University of Washington, 1986.

BARNARD, K.E. & EYRES, S.J. (Eds.). *Child health assessment. part 11. The first year of life*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979.

BARTES, M., A naturalista at large. *Natural History*, 1967, 76(6), 8-16.

BENNER, P.. Claiming the wisdom and worth of clinical practice. *Nursing and Health Care Perspectives*, 1999, 20(6), 312-319.

BENNER, P.; HOOPER-KYRIAKIDIS, P., & STANNARD, D. **Clinical wisdom in critical care: A thinking-in-action approach**. Philadelphia: W.B Saunders, (1999). (Patricia Benner, página 201, referência 18)

BOYD, H.W. J.; WETFALL, R. **Pesquisa mercadológica: texto e caso**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1964.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro de 1996.

_____. Ministério da saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília: Secretária de Políticas de saúde, 1998.

_____. Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm

_____. Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 20 de mar. de 2002.

BRECKENRIDGE, D.M.. Nephrology practice and directions for nursing research, 1995. In: B. Neuman (ED.). *The Neuman system model* (3rd ed., pp. 499-507). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Lista de Terminologias. Descritores em Ciências da Saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.desc.bvs.br>> . Acesso em: julho de 2012.

CAMARGO, A. **Classificações raciais e formação do campo estatístico no Brasil (1872-1940)**. In: SENRA, N. de C.; CAMARGO, A. de P. R. (Org.). *Estatísticas nas Américas: por uma agenda de estudos históricos comparados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. p. 229-263. (Estudos e análises. Documentação e disseminação de informações, n. 2).

CAVALCANTI, Cordélia R. *Indexação & Tesouro: metodologia & técnicas*. Brasília, Associação de Bibliotecários do Distrito Federal, 1978.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia Científica*. 4 ed.; São Paulo: Makron Books, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN nº 311/2007. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em: www.dicio.com.br. Acessado de julho de 2012 à novembro 2013.

DONABEDIAN, Avedis. **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Health Administration Press, Michigão, EUA, 1980.

_____. **Explorations in quality assement and monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. I-27.

_____. The seven pillares of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Northfield, v.114, p.115-1118, nov., 1990.

_____. **Prioridades para el progreso en la evolución y monitoreo de la calidad de la atención**. *Salud Públ México*, v.35, n.1, p.94-97, 1993.

ERICKSON, H.C. (1988, March 30). Telephone interview.

FAWCETT, J.. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (2nd ed., pp. 172-177). Philadelphia: F.A. Davis, 1989.

FEIGENBAUM, A. V.. *Total Quality Control*, McGraw-Hill, 1961, 1983 and 1991.

FERREIRA, P. L.. “Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº33, Outubro, 1991.

FREITAS, Henrique; MOSCAROLA, Jean. **Análise de dados quantitativos e qualitativos: casos aplicados usando o Sphinx®**. Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 2000.

FIGUEIREDO, N.M.A. **A Mais Bela das Artes... O pensar e o fazer da Enfermagem. Bases Teóricas e Práticas para uma Teoria do Cuidado/Conforto**. Tese Concurso de Titular – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 170f. 1997.

_____. **Práticas de Enfermagem_ Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios**. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003.

FITZPATRICK, J &WHALL, A. **Conceptual models of nursing**. Bowie, MD: Prentice Hall,1983.

GOMES, H. E. Classificação, tesouro e terminologia: fundamentos comuns. 2000. Disponível em: <http://www.conexaorio.com/bit/tertulia/tertuliah.htm>>.

HARMER, B. **Methods and principles of teaching the principles and practice of nursing** New York: MacMillan, 1926.

HENDERSON, V. & NITE, G. A. **The principles and practice of nursing (6th ed.)**. New York: Macmillan, 1978.

HESSEN, Johannes. **Teoria do Conhecimento**. Trad. João V. G. Cuter, 2.ed, São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. **Teoria do Conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Teoria do conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Teoria do conhecimento**. Coimbra: Armenio Amado, 1987.

HIPPOCRATES. Epidemias I. In: Gual CG, editor. **Tratados hipocráticos**. Vol. V. Traducción Esteban A. Madrid: Editorial Gredos; 1989. p. 62.

HORTA, Wanda Aguiar. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1970.

HOUAISS A, VILLAR M de S, FRANCO FM de. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p. 2566.

HULLEY, Stephen B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

JOHNSON, D.E. **A philosophy of nursing**. Nursing Outlook, 7, p198-200, 1959, April.

KING, I.M. **A theory for nursing. Systems, concepts, process**. New York: John Wiley & Sons, 1981.

KOLCABA, Katharine.; KOLCABA, Raymond. An analysis of the concept of comfort. **Journal of advanced nursing**, v.16, p.1301-10, 1991(a). Disponível em: [thecomfortline.com/files/pdfs/1991- Analysis Concept of Comfort.pdf](http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991-Analysis%20Concept%20of%20Comfort.pdf). Acessado: julho de 2012.

KOLCABA, Katharine.; WILSON, Linda. Comfort care framework for perianesthesia nursing. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 17, n. 2, p. 102-114, 2002.

KOLCABA, Katharine. A taxonomic structure for the concept comfort. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 23, n. 4, p. 237-240, 1991(b). Disponível em: [thecomfortline.com/files/pdfs/1991 – Taxonomic Structure of Comfort Theory.pdf](http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991-Taxonomic%20Structure%20of%20Comfort%20Theory.pdf)

_____. The Art of Comfort Care. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 27, n. 4, p. 287-9, 1995. Disponível em: thecomfortline.com/files/pdfs. Acessado: julho de 2012.

KOLCABA, Katharine. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. **Nursing Outlook**, v.49, n.2, p.86-92, 2001 (b). Disponível em: www.financialaccountingpdf.info/free-nursing-theory-concept-comfort/ Acessado: jul 2012.

_____. **The Comfort Line**. 2010. Disponível em: . <http://www.thecomfortline.com>. Acessado: julho de 2012.

_____. **Definitions of concepts in Kolcaba's middle range Theory of Comfort**. 2010. Disponível em: . <http://www.thecomfortline/home/faq.html>. Acessado: julho de 2012.

LAGO, S.V.de L. **A espiritualidade do paciente portador de câncer: uma abordagem sobre a assistência do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1991.

LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1996.

LEVINE, M.E. *Introduction to clinical nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis, 1973.

_____. *Curriculum vitae*, 1984.

_____. *Telephone interviews*, 1984.

_____. *Telephone interviews*, 1988.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing**, São Paulo, n°.41, ano 4, out, p.25-9. 2001.

LOVELAND-CHERRY, C. & WILKERSON, S.. Dorothy Johnson's behavioral systems model. In J. Fitzpatrick & A. Whall (Eds.), *Conceptual model of nursing: Analysis and application*. Bowie, MD Robert J. Brady, 1983.

MCLLVEEN, KH; MORSE, J. **The role of comfort in nursing car: 1900-1980**. *Clinical Nursing Research*, 4(2), 127-148, 1995.

MENEZES, Estera Muszkat; CUNHA, Miriam Vieira da; HEEMANN, Vivian Maria. *Glossário de análise documentária*. Londrina: ABECIN, 2004.

MERCER, R.T.. *Becoming a Mother: Research on maternal role identity since Rybin*. New York: Springer, 1995.

_____. (2000, June 24). Personal correspondence.

MERHY, Elias E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnológico em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEZOMO, J. C.. “Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos.” Brasil. Ed. Manole Ltda, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MOREIRA, Alexandra. **Tesouros e Ontologias**: estudo de definições presentes na literatura das áreas das Ciências da Computação e da Informação, utilizando-se o método analítico-sintético. Belo Horizonte, 2003. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

NEUMAN, B. *The Neuman system model: Application to nursing education and practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1982.

_____. *The Neuman system model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1995.

_____. Personal communication, Jan 20, 1988.

NEWMAN, M.A. *Health as expanding consciousness*. St. Louis: Mosby, 1986.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Notes on nursing**. London: Harrison. 1859, p.70.

ORLANDO, I.J. *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles of professional nursing practice*. New York: G.P. Putnam’s Sons, 1961.

PIVA, Jefferson Pedro, e col. **Terapia Intensiva Pediátrica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

PEPLAU, H.E. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam’s Sons, 1952.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RACOVEANU, N.T.; JOHANSEN, K.S. Calidad de la atención: tecnologia para el mejoramiento contínuo de la calidad de la atención. **Foro Mundial de la Salud**. V.16, p.158-165, 1995.

RÊGO, M.M.S.; PORTO, I.S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. *Acta Paul. Enf.* São Paulo, v.18, n.4, p.434-8. 2005.

RICHARDSON, Roberto. *Pesquisa Social. Métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1985.

RIDGELY, Lucy Seymer. *Florence Nightingale*. Ed. Melhoramentos. Sd.

ROGERS, M.E. Nursing Science evolves. In M. Madrid & E.A.M. Barrett (Eds.), *Roger’s scientific art of nursing practice* (p. 3-9). New York: National League for Nursing, 1994.

ROPER, N., LOGAN, W., & TIERNEY, A. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* (4th ed.) Edinburgh: Churchill Livingstone, 1996.

ROY, C. & ANDREWS, H. *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange. Quotes reprinted by permission of Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ, 1999.

RÚDIO, Fraz Vitor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 19a ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

SÁ, Ana Cristina; PEREIRA, Luciane Lúcio. **Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica**. O MUNDO DA SAÚDE. São Paulo: abr/jun 31(2):225-237, 2007.

SANTORO, Deyse Conceição. **Situação do Sistema de Saúde no Brasil e os Cuidados Desenvolvidos nas Unidades de Terapia Intensiva**. Revista de Enfermagem EEAN/UFRJ; Rio de Janeiro, v5, nº 2, p;259-261; ago. 2001.

SCHMID, Aloísio Leoni. **A ideia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído**. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.

SEYMER, Lucy Ridgely; **Florence Nightingale: Pioneira da Enfermagem e Precursora da Emancipação Feminina**; trad. J. Guinsburg; Edições Melhoramentos; São Paulo, SP; S. DF, 1970.

SPHINX. Sistema para pesquisa e análise de dados, 4.5. Canoas (RS): Sphinx Brasil. 2005. 1 CDROM.

SILVA, Roberto Carlos Lyra. **O significado do cuidado em unidade de terapia intensiva e a (DES) construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas**. Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 2006.

SILVA, Carlos Roberto Lyra; CARVALHO, Vilma de. **O conceito de conforto da perspectiva de clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar**. Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 2008.

SILVA, Carlos Roberto Lyra; CARVALHO, Vilma; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Aspectos epistemológicos do cuidado e conforto como objetos de conhecimento da enfermagem**. Cogitare Enferm; RJ, v.14(4), p.769-72, 2009.

SILVA, Sandra Rivelli; GOMES, Maria Auxiliadora. **Conhecimentos de enfermagem sobre as práticas potencialmente melhores para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) na unidade neonatal**. Dissertação de Mestrado, IFF/FIOCRUZ. RJ, 2009.

SILVA, S.H. da. Controle da qualidade assistencial de enfermagem: implementação de um modelo 1994. 243 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, São Paulo, 1994.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A.. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA – SOBRATI. História da UTI. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/history.htm> Data de acesso: 05/08/2013; <http://www.youtube.com/watch?v=KILH40yCoB0> Acessado: julho de 2012.

SMITH, C. M. "Origin and Uses of Primum Non Nocere — Above All, Do No Harm!". *The Journal of Clinical Pharmacology*, 2005, 45 (4): 371–377.

SUMNER, G & SPIETZ, A. (Eds.). *NCAST caregiver/parent-child interaction teaching manual*. Seattle: NCAST Publications, University of Washington, School of Nursing, 1994.

TEIXEIRA, J.D.R.; CAMARGO, F.A.; TRONCHIN, D.M.R. e MELLEIRO, M.M.: **A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal**. *Rev enferm. UERJ*, v.14, n.2, Rio de Janeiro, jun., 2006.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN – 92-8383-74-6.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN – 92-8383-74-6.

VUORI, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para o debate*, Londrina, n.3, p. 1-24, 1991.

WATSON, Jean P. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boulder, CO. Associated University Press, 1973.

WATSON, J.. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boston Little, Brown, 1979.

WEAVER, Eunice. **Florence Nightingale 1820-1910/Pioneiros do Ideal I**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Publicidade, 1934.

WIEDENBACH, E. *Clinical nursing: A helping art*. New York: Springer Publishing Company, Inc., New York 10012. Quotes used by permission, 1964.

CAPÍTULO VIII – APÊNDICES

8.1 - APÊNDICE A:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

8.2 - APÊNDICE B:

INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DE DADOS – PARTE I

8.3 - APÊNDICE C:

INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DE DADOS – PARTE II



8.1 - APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada: **O conforto como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestado ao cliente da unidade de terapia intensiva pediátrica: realidade ou utopia**, inserido na Linha de Pesquisa: “O Cotidiano da Prática de Cuidar” do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental – Nupeef do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

O presente estudo tem como objetivos: Identificar na fala das enfermeiras se o cuidado confortante é considerado um indicador de que a assistência de enfermagem prestada ao cliente pediátrico na unidade de terapia intensiva pediátrica é de qualidade; identificar nessas falar quais são os cuidados de conforto que podem ser prestados ao paciente pediátrico na unidade de terapia intensiva e construir um documento de padronização do cuidado de enfermagem confortante com vistas e torna-lo um indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade de terapia intensiva pediátrica.

Suas respostas serão **anônimas e confidenciais**, ou seja, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Ser for preciso exemplificar alguma situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será trocado por um codinome.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos científicos e deverão ser publicados em revistas científicas sobre a temática em questão.

Sua participação é **voluntária** e a qualquer momento você pode parar de responder qualquer pergunta ou desistir de participar, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo.



Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário, que poderá ser ou não realizada na presença do pesquisador.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionados à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será a contribuição para a pesquisa na área de enfermagem pediátrica.

Esta pesquisa está cadastrada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz (CEP-IFF). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa do IFF, podendo tirar as suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Mestranda: Margarida dos Santos Salú
 Identificação: 09490189-9
 Telefone: 9646-1446
 E-mail: megsalu@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz
 Tel: 2554-1730
 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2012.

Eu, _____,

Abaixo assinado, na qualidade de _____ inserida na unidade de terapia intensiva pediátrica concordo em participar do estudo proposto e declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

 Assinatura do Participante

 Assinatura do Pesquisador



8.3 - APÊNDICE C INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DE DADOS

PARTE II – Buscando o entendimento sobre o Ambiente, Cuidado, Conforto e Qualidade.

- 1) Você considera que oferecer e/ou manter o conforto no corpo do cliente pode ser um indicador capaz de qualificar a assistência de enfermagem? SIM NÃO Justifique sua resposta.

- 2) “Pensar em *conforto* como indicador de qualidade na UTIP à partir da assistência de enfermagem”. Você considera esta afirmativa uma realidade ou uma utopia? Por que?

- 3) Quando você oferece cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico, qual(is) você oferece com objetivo primeiro de promover e/ou manter o conforto?

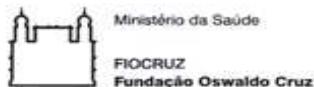
- 4) Do seu ponto de vista, quais os fatores ambientais que interferem na qualidade do cuidado/conforto prestado na UTIP?

- 5) Em que a equipe pode contribuir para melhorar os fatores que interferem nas medidas confortantes ao cliente na UTIP?

- 6) Você considera que a padronização do cuidado de enfermagem visando medidas de conforto pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência? Explique.

CAPÍTULO IX – ANEXO

9.1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.

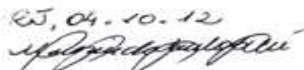
REGISTRO DE PROJETO

Informamos que o projeto "O conforto como indicador de qualidade de Assistência de Enfermagem prestada ao cliente da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: realidade ou utopia" desenvolvido por Margarida dos Santos Salú, sob a orientação Carlos Roberto Lyra da Silva foi devidamente protocolado neste Departamento sob o nº 1228/Dpq/2012.

O projeto de pesquisa só poderá ser desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2012.


 Dr. Kátia Sydrônio
 Vice-Diretora de Pesquisa
 Enfª Kátia Sydrônio
 Vice-Diretora de Pesquisa
 Matr. 452765

25.09.12


O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa,
 CAAE: 05203412.9.0000.5285

APROVADO
 VALIDADE:
 INÍCIO 18/10/12 FIM 31/12/13
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 Email: cepiff@iff.fiocruz.br


 Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ

Avenida Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ - CEP. 22250-020
 Tel.: (21) 2554-1883 – <http://www.iff.fiocruz.br>