



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 DA CRIANÇA HOSPITALIZADA EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DA FAMÍLIA E DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Patricia Rodrigues Soares

Rio de Janeiro
2018

Patricia Rodrigues Soares

**O CONFORTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DA FAMÍLIA E DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro
2018

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

RODRIGUES SOARES, PATRICIA
O CONFORTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA EM UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DA
FAMÍLIA E DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM /
PATRICIA RODRIGUES SOARES. -- Rio
de Janeiro, 2018.
114f

Orientador: CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, 2018.

1. CUIDADOS DE CONFORTO. 2. UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA PEDIÁTRICA. 3. CRIANÇA HOSPITALIZADA. I.
ROBERTO LYRA DA SILVA, CARLOS, orient. II. Título.

PATRICIA RODRIGUES SOARES

**O CONFORTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DA FAMÍLIA E DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2018

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
Presidente – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

Prof. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
2º Examinador – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
2º Suplente – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

Prof. Dr. Márcio Tadeu Ribeiro Francisco
1º Suplente – Universidade Veiga de Almeida

Prof. Dr. Thiago Quinellato Louro
1º Examinador – Universidade Federal Fluminense

AGRADECIMENTOS

Obrigada, **Senhor!** Obrigada, **Nossa Senhora Aparecida!** Vocês me guiam a todo momento, me iluminam e me fortalecem. Sou grata pela vida, por cada conquista e por todas as bênçãos que me proporcionam. Estou muito feliz em chegar até aqui, sair de um lugarzinho tão distante e estar aqui é um privilégio.

Um agradecimento especial ao meu orientador **Carlos Roberto Lyra da Silva**. Não tenho palavras para dizer o quanto sou grata ao senhor, por transmitir seus ensinamentos e ricos conhecimentos, pela oportunidade de realização do mestrado. O senhor permitiu-me ser uma Enfermeira melhor, em cada cuidado prestado vou lembrar do **Conforto**. Ao senhor, o meu muito OBRIGADA.

Ao meu “noivorido” Vinicius, pelo companheirismo, cumplicidade, por estar sempre ao meu lado, por fazer das minhas conquistas as dele, compartilhar as alegrias e me apoiar sempre.

Aos meus pais, que mesmo com pouca instrução e humildade, torcem a cada dia por minhas vitórias. Ao meu irmão, que mesmo longe é um porto seguro; à minha prima Kelly e seu esposo Marco, por terem acreditado em mim quando me trouxeram para o RJ.

Ao tio Sergio e tia Beatriz que, com todo carinho, cederam um espaço em sua casa por 10 anos para que eu pudesse construir essa jornada. Sem vocês, não chegaria até aqui.

Um agradecimento à minha eterna equipe da UTIP, especialmente à Enfermeira Rejane, por alguns anos de cumplicidade, parceria e por todos os ensinamentos; à equipe técnica Claudete, Thais e Rosemara, por estarem sempre na torcida desde o processo seletivo. Agradeço à equipe do CTI do IPPMG e aos familiares que contribuíram imensamente para a construção deste trabalho.

À amiga Kelly Freitas, que me apresentou o LAETS; Aos amigos do IPPMG, pela parceria do dia a dia e pela torcida na conclusão deste trabalho.

Ao programa de Pós-Graduação da UNIRIO, aos amigos do mestrado, em especial à Andria; agradeço pelas conversas, momentos de convivência, aflições. Deu tudo certo! Já, já seremos Mestres!

Agradeço à Professora Nébia, pela disponibilidade e inestimáveis contribuições na qualificação, aos demais professores da banca: Thiago Quinellato, Roberto Carlos, pela presença e contribuição para a construção do trabalho.

OBRIGADA A TODOS!

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

RESUMO

A internação de uma criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI) é um processo possivelmente traumático e desagregador para a criança e para a família. A criança em estado crítico é submetida a diversos procedimentos invasivos passíveis de gerar desconforto e dor. O objeto desta investigação é: O conceito de conforto em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos familiares da criança hospitalizada. Os objetivos são: Propor um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos familiares da criança hospitalizada em uma UTIP; Identificar as predicções mais utilizadas e a forma verbal denotativa de conforto a partir da fala dos profissionais de enfermagem e dos familiares da criança hospitalizada na UTIP; Discutir os cuidados de enfermagem mais (des)confortantes à criança hospitalizada. Foi utilizado o referencial teórico de Katharine Kolcaba para fundamentar o conforto. Estudo descritivo, quanti-qualitativo. Participaram 40 profissionais de enfermagem e 40 familiares da criança hospitalizada na UTIP. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada e, a partir dos dados textuais originados pela entrevista, foi realizado o processamento dos dados pelo *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) 7.2*. Através dos resultados dos profissionais entrevistados, identificamos que as palavras mais citadas para definirem o que é conforto foram: “bem-estar”, “aconchego”, “segurança” e “tranquilidade”. Enquanto que, para os familiares, as palavras mais citadas foram: “ambiente”, “sentir” e “tranquilo”. Após tratamento dos dados pelo *software* e através da Análise de Conteúdo de Bardin, definimos duas categorias de análise para os profissionais entrevistados e três categorias para os familiares entrevistados, sendo elas: A enfermeira que coloca o ambiente nas melhores condições para que o cuidado promova conforto e Cuidados para promoção do conforto para os profissionais de enfermagem e as categorias: Atitudes que confortam, Procedimentos desconfortantes na perspectiva de familiares e Qualificação do cuidado na perspectiva dos familiares. Os achados deste estudo oportunizaram identificar, na visão dos profissionais de enfermagem e dos familiares da criança hospitalizada, a definição do que é conforto dentro da UTIP.

Palavras-chaves: Cuidados de conforto; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Criança hospitalizada.

ABSTRACT

The hospitalization of a child in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) is a possibly traumatic and disruptive process for the child and the family. The child in critical condition is subjected to several invasive procedures that can generate discomfort and pain. The purpose of this investigation is: The concept of comfort in a PICU from the perspective of the nursing professionals and the relatives of the hospitalized child. The objectives are: To propose a concept of comfort from the perspective of nursing professionals and family members of children hospitalized in a PICU; To identify the most used predications and the denotative verbal form of comfort from the speech of the nursing professionals and the relatives of the child hospitalized in the PICU; Discuss the most (dis)comforting nursing care for hospitalized children. The theoretical reference of Katharine Kolcaba was used to support comfort. Descriptive, quantitative-qualitative study. Forty nursing professionals and 40 family members of children hospitalized in the PICU participated. A semi-structured interview was used, from the textual data originated by the interview, the data processing was performed by *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq) software 7.2. Through the results of the interviewed professionals, we identified that the most cited words to define what comfort is were: “welfare”, “comfort”, “safety” and “tranquility”. Whereas, for the relatives the most cited words were: “environment”, “feel” and “quiet”. After treatment of the data by the software and through the Content Analysis of Bardin, two categories of analysis for the interviewed professionals and three categories for the interviewed relatives were defined. The categories for the professionals were: The nurse who puts the environment in the best conditions so that the care promotes comfort, and Care to promote comfort for nursing professionals; and for the relatives: Attitudes that comfort, Uncomfortable procedures from the family perspective, Qualification of care from the family perspective. The findings of this study made it possible to identify the definition of what comfort is within the PICU in the view of the nursing professionals and the families of the hospitalized child.

Keywords: Comfort care; Pediatric Intensive Care Unit; Hospitalized child.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Reprodução da estrutura taxonômica do conforto de Kolcaba.....	34
Figura 2 –	Triângulo conceitual de Dahlberg.....	36
Quadro 1 –	Lei de Zipf aplicada aos familiares.....	53
Quadro 2 –	Lei de Zipf aplicada aos profissionais.....	54
Figura 3 –	Dendograma da CHD do <i>corpus</i> textual dos profissionais.....	60
Figura 4 –	Dendograma da CHD do <i>corpus</i> textual dos familiares das crianças internadas na UTIP.....	62
Figura 5 –	Triângulo representando o conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem na UTIP.....	65
Figura 6 –	Triângulo representando o conforto na perspectiva dos familiares.....	67
Figura 7 –	Categoria de análise dos profissionais de enfermagem.....	68
Figura 8 –	Categoria de análise dos familiares da criança hospitalizada.....	69
Figura 9 –	Nuvem de palavras: profissionais de enfermagem.....	79
Figura 10 –	Nuvem de palavras: familiares.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização do perfil dos profissionais de enfermagem.....	46
Tabela 2 –	Características do tempo de experiência.....	47
Tabela 3 –	Caracterização do perfil dos familiares entrevistados.....	50
Tabela 4 –	Características das crianças internadas.....	51
Tabela 5 –	Unidade lexical da CHD dos profissionais de enfermagem.....	61
Tabela 6 –	Quadro unidade lexical da CHD dos familiares.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DEF/UNIRIO	Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
HSB	<i>Health Seeking Behaviors</i>
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
Iramuteq	<i>Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
Nupeef	Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOT	Tube Orotraqueal
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA DO ESTUDO.....	13
1.1 Relevância e contribuições do estudo.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 Sobre a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).....	20
2.2 O olhar tecnológico.....	23
2.3 O conceito do espaço vivenciado.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1 De Florence a Kolcaba: cuidado, ambiente e conforto.....	28
3.2 Sobre Kolcaba e sua Teoria do Conforto.....	30
3.3 Sobre a Teoria do Conceito.....	34
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	37
4.1 Cenário da pesquisa.....	38
4.2 Coleta de dados.....	38
4.3 Os participantes do estudo.....	39
4.4 Aspectos éticos.....	40
4.5 Tratamento e análise dos dados.....	40
4.6 Preparo do <i>corpus</i>	44
4.7 Sobre a Lei de Zipf.....	45
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	46
5.1 Caracterização do perfil dos profissionais de enfermagem.....	46
5.2 Caracterização do perfil dos familiares.....	49
5.3 Resultados lexicométricos.....	51
5.4 Classificação Hierárquica Descendente: profissionais de enfermagem.....	59
5.5 Classificação Hierárquica Descendente: familiares.....	61

5.6 Predicações de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos familiares.....	64
6. CATEGORIAS ANALÍTICAS.....	68
6.1 Categorias analíticas dos profissionais de enfermagem.....	69
6.1.1 <u>Categoria 1: a enfermeira que coloca o ambiente nas melhores condições para que o cuidado promova conforto.....</u>	69
6.1.2 <u>Categoria 2: cuidados para promoção do conforto.....</u>	76
6.1.3 <u>Nuvem de palavras: profissionais de enfermagem.....</u>	79
6.2 Categorias analíticas dos familiares.....	80
6.2.1 <u>Categoria 1: atitudes que confortam.....</u>	80
6.2.2 <u>Categoria 2: procedimentos desconfortantes na perspectiva de familiares.....</u>	82
6.2.3 <u>Categoria 3: qualificação do cuidado na perspectiva dos familiares.....</u>	85
6.2.4 <u>Nuvem de palavras: familiares.....</u>	87
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 89
 REFERÊNCIAS.....	 92
 APÊNDICES	
APÊNDICE A – Formulário para caracterização dos sujeitos (equipe de enfermagem).....	98
APÊNDICE B – Formulário para caracterização dos sujeitos (acompanhantes)..	99
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
APÊNDICE D – Quadro de palavras Zipf.....	102
 ANEXOS	
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP (UNIRIO).....	111
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP (Hospital cenário de estudo).....	114

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse pela área pediátrica ocorreu desde a Graduação em Enfermagem em 2009, durante a disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente, contudo, o ponto de partida foi o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Análise das produções científicas dos Enfermeiros nos últimos 10 anos sobre implementações da assistência na Hospitalização Infantil”, no qual foi realizada uma revisão bibliográfica em base de dados on-line como Scielo, Bireme e Google Acadêmico. O objetivo foi identificar as estratégias que os enfermeiros utilizavam para minimizar os efeitos traumáticos durante o período em que a criança está hospitalizada. Após a busca, foram selecionados 10 artigos científicos para discussão dos resultados, sendo estabelecidas duas categorias de análise, a saber: Estratégias para enfrentamento da criança no contexto da Hospitalização Infantil e Estratégias para a família no contexto da Hospitalização Infantil.

Em 2011, iniciei em um programa de residência multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente em um Hospital Pediátrico Universitário no estado do Rio de Janeiro, com a intenção de aprimorar os conhecimentos teórico-práticos na área de enfermagem pediátrica. Na residência, experienciei o cuidado à criança em diversos cenários: ambulatório de pediatria; enfermarias; cirurgia pediátrica; emergência infantil; enfermaria hematológica; hospital dia; aquário carioca; triagem e, em especial, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

Após a conclusão da residência, fui contratada pela instituição para exercer atividade assistencial e em dezembro de 2013 fui aprovada no concurso público do mesmo Hospital Universitário, que é referência para assistência, ensino e pesquisa em pediatria e, desde então, meu vivenciar profissional se solidificou na pediatria.

O referido hospital atende uma clientela pediátrica com perfil diferenciado de outras instituições de saúde, isto é, crianças que apresentam doenças crônicas e genéticas raras. Além disso, o hospital recebe crianças transferidas de outros hospitais através do sistema de regulação do município. Essas crianças são admitidas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por agravamento do seu quadro clínico.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

A internação de uma criança na UTIP é, na maioria das vezes, um processo possivelmente traumático e desagregador tanto para a criança quanto para a família. Segundo Côté e Pettengill (2011), durante a internação, a família vive um sofrimento intenso, que é ocasionado pela condição de saúde da criança, pois remete a uma possibilidade de perda definitiva; pelas relações que vivenciam com o ambiente e com os profissionais que ali atuam, ocasionando um sentimento de vulnerabilidade desta família. Além disso, passam a experienciar momentos de angústia e perda da autonomia, pois a criança passa a pertencer temporariamente à equipe, o que pode culminar na sensação de medo e ansiedade. Na maioria das vezes, a família define a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos como um lugar para morrer, e a possibilidade da morte da criança causa um impacto enorme. Para López (1969), o medo da morte pode ser o que mais assusta e o autor enfatiza que “para tudo há um remédio, menos para ela”. Além disso, existe o medo e o temor pela doença e a apreensão quanto ao que a enfermidade pode causar, tal como invalidez.

Esse medo perpassa também outros momentos, pois, após longo período de internação na UTI, a criança pode ficar, de forma temporária ou definitiva, dependente de tecnologias que aumentam a sua sobrevivência, como o uso de dispositivos como traqueostomia, gastrostomia, dentre outros recursos tecnológicos.

Diante do cuidado intensivo, estão presente inúmeros aparatos tecnológicos como: ventiladores mecânicos, sofisticados equipamentos de monitorização multiparamétrica, bombas de infusão e diversas outras tecnologias que, aos olhos do senso comum, podem parecer algo que vai determinar a sua condição de saúde, ou seja, quanto mais equipamentos ao seu redor e em uso, mais crítico parece o estado de saúde. Outras características marcantes dessas unidades são a grande circulação de profissionais, a quantidade de procedimentos invasivos, a iluminação intensa e constante, além da geração de ruídos que são ocasionados pelos equipamentos e pelos profissionais.

Para Silva, C. R. L. (2008), pensar em conforto para o cliente exige considerar o ambiente como espaço de circulação, de iluminação, de ventilação, a presença de ruídos, o acondicionamento de equipamentos, além dos aparelhos como o tubo endotraqueal conectado ao respirador artificial, assim como os fios que ligam o cliente às máquinas.

Para a família, o estresse do ambiente é evidenciado logo no início, quando percebe que se trata de um ambiente totalmente diferente, pois é um local com muitos sons, luzes e pessoas em contínua movimentação (CÔA; PETTENGILL, 2011).

Nightingale (1989) afirma que o ruído ocasiona muitos danos e afeta o paciente e já enfatizava o descuido dos profissionais quanto às conversas próximas ao paciente.

Corroborando o estudo de Salú et al. (2015), faz-se necessário que todos os membros da equipe da UTIP reconheçam que o ruído é um agente estressor para a criança, pois pode provocar alterações fisiológicas, além de gerar a fadiga de alarmes, tendo em vista que o ruído provocado pelo funcionamento e o disparo dos equipamentos são desconfortantes e, na maioria das vezes, assustadores. A fadiga de alarmes produz não somente transtornos orgânicos provocados pelos altos níveis de ruídos, mas também leva os profissionais a um processo de dessensibilização, redução do estado de alerta e da confiança (BRIDI; LOURO; SILVA, 2014).

Este fato também é confirmado no estudo de Cardoso et al. (2015), realizado em uma UTIP, evidenciando que os recém-nascidos são afetados pelos ruídos do ambiente, gerando alterações fisiológicas e comportamentais como choro, agitação, distúrbio do sono, dentre outros.

Conforme o estudo de Pessalacia et al. (2012), o ambiente da UTI é dotado de vários aparelhos tecnológicos, cuja ampliação do uso tem sido uma constante desde a criação dessas unidades, pois os pacientes necessitam de cuidados contínuos e parâmetros vitais monitorizados, além disso, os autores observaram que a equipe de enfermagem na terapia intensiva considera como o mais importante para sua atuação os aparatos tecnológicos. No entanto, para Silva (2006), é fundamental dar atenção às tecnologias e máquinas, mas prover meios que garantam as necessidades dos familiares.

Morais e Costa (2009) referem que a hospitalização produz efeito na criança, em sua família e até mesmo na equipe de profissionais de saúde que trabalham no setor, gerando distanciamento, estresse e sofrimento, rompendo bruscamente com a rotina diária da criança. As UTI configuram-se em ambientes de isolamento, ansiedade e estresse em que a rotina diária e o serviço complexo da unidade fazem com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Kamada e Rocha (2006) afirmam que algumas vezes a tecnologia de última geração, neste caso, os equipamentos eletromédicos, substitui o trabalho manual, ocasionando o distanciamento do profissional do contato direto com a criança e com a família, no entanto, reconhecem a tecnologia como um fator que facilita o trabalho e esses avanços tecnológicos como responsáveis pela melhoria da qualidade de vida.

Este discurso permite uma reflexão e uma preocupação quanto ao cuidado de enfermagem que é prestado à criança crítica e à sua família. Entretanto, essas tecnologias se tornam desafiadoras para a equipe que presta o cuidado, pois o cuidado humano deve ser prioritário em detrimento de questões tecnológicas. Nessa perspectiva, Silva (2006) aponta que muitas tecnologias utilizadas na terapia intensiva estão relacionadas a equipamentos e dispositivos informatizados capazes de substituir o ser humano em tarefas rotineiras e no modo como se vive e se relaciona com os outros.

Para fins didáticos, as tecnologias podem ser descritas como leves, leve-duras e duras. A “tecnologia dura” está relacionada com os equipamentos e as máquinas, que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção, condensando em si saberes e fazeres bem estruturados, já materializados – acabados, prontos. São exemplos deste tipo de tecnologia os equipamentos de monitorização, os ventiladores mecânicos, as bombas de infusão (MERHY et al., 1997).

Conforme o trabalho de Silva e Louro (2010), entende-se por tecnologias duras em UTI todas as máquinas e equipamentos mecânicos, eletroeletrônicos ou microprocessados, utilizados como suporte básico ou avançado de vida a clientes criticamente enfermos. A utilização de tecnologias duras no assistir a clientes críticos vem sendo alvo constante de questionamentos, tanto do ponto de vista de sua indicação, eficácia, custo, resolutividade e possível causadora de iatrogenia, mas também como algo que distancia o profissional do cliente.

É na oferta do cuidado de enfermagem que o enfermeiro promove o contato direto com a criança, passando a perceber as necessidades individuais e subjetivas – como no caso do conforto – que podem ser percebidas através da expressão facial, de manifestações de dor, medo, alívio, desejo, dentre outras, como citado por Oliveira (2013).

Diante das situações vivenciadas dentro da terapia intensiva, a criança grave é submetida a diversos procedimentos que causam desconforto e dor, mas que poderão se constituir como o fiel da balança entre a vida e a morte. Pensar no paciente pediátrico em uma UTI é pensar no trinômio família, criança e em toda tecnologia utilizada, e, de tal forma, nos faz refletir sobre a assistência que é prestada à criança. Uma simples aspiração endotraqueal, que tem como objetivo promover o conforto no intuito de aliviar as secreções e promover um melhor suporte ventilatório, ocasiona reações de dor na criança e angústia no acompanhante. Neste caso, o procedimento é, sem dúvida, desconfortável, mas tem a finalidade de promover conforto previsível em seu propósito.

A ideia de Silva (2006) nos faz refletir que nem sempre o cuidado de enfermagem é gerador de conforto, pois um simples banho no leito pode ser extremamente desconfortável para o paciente que não deseja tomar banho, mesmo com todos os cuidados realizados antes de realizar o procedimento. Silva e Carvalho (2008) apontam, inclusive, que cuidado de enfermagem não pode ser confundido com conforto e que nem todo cuidado de enfermagem é confortante, mas previsível de conforto.

Segundo Pott et al. (2013), a prática de promover medidas de conforto é inerente à profissão do enfermeiro e, assim, imprescindível para um conceito de cuidado humanizado, no entanto, muitas vezes essas medidas sofrem influências negativas frente às tecnologias presentes em ambientes complexos. Ressalta-se que é por meio de medidas de conforto que os enfermeiros e sua equipe promovem esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade, proporcionando melhor interação enfermeiro-paciente. Fica claro, de acordo com o estudo de Oliveira (2013), que a assistência do enfermeiro na UTIP requer competência técnica, integração de informações, estabelecimento de prioridades, velocidade e precisão, que, mesmo no auge de sua atuação, não pode dissociar sua ação técnica do cuidado humano, no sentido de se preocupar, se responsabilizar e se envolver com o ser cuidado.

Em seu estudo Pott et al. (2013), identificou-se que 60% das ações de higiene oral e de aspiração orotraqueal foram desenvolvidas sem aplicação de medidas de conforto e reforçam que algumas medidas podem e devem ser empregadas com vistas a minimizar possíveis desconfortos causados por estes procedimentos, como, por exemplo, evitar aspirações desnecessárias, longas e traumáticas, além de observar o paciente quanto a complicações advindas de um longo período de aspiração, tais como: apneia, cianose, respiração curta e hipotensão.

Outro fato a considerar, no âmbito da pediatria, é a observação das reações corporais e face de dor diante das situações que geram desconforto. É fundamental o profissional observar essas reações. Na maioria das vezes, somos sinalizados pelo familiar da criança sobre essas reações desconfortantes. Aqui, existe mais um problema que deve ser considerado, que é a dificuldade de comunicação da equipe, pois, conforme Côté e Pettengill (2011), muitas demandas das famílias não são atendidas pela equipe no ambiente da terapia intensiva, principalmente a comunicação e, além disso, a equipe de saúde mantém-se distante destes familiares, pois o ambiente, com frequência, não permite a inclusão deles, por vezes colocados ao lado do leito, sem nenhum conforto, amparo ou atenção.

Além disso, observo diariamente, na minha prática profissional, a aflição e angústia do responsável pela criança diante da utilização do aparato tecnológico na UTIP. Na maioria das

vezes, diante dos procedimentos invasivos, dos recursos tecnológicos utilizados e do ambiente, a família considera que o cuidado de enfermagem pode ser desconfortante para a criança, pois acarreta dor, traumas, medo, dentre outros sentimentos.

Em diversas situações, vivenciei a angústia do acompanhante diante da utilização deste aparato tecnológico. Ao realizar os cuidados de enfermagem em uma criança extremamente grave, em uso de ventilação mecânica e sedação, fui questionada pela mãe se não poderia retirar aquele tubo orotraqueal (TOT), pois estava machucando a criança e ela não iria dormir direito, assim como em situações com criança em posição prona, o familiar solicitava a mudança de decúbito devido ao desconforto da criança naquela posição.

Pensar no cuidado que é prestado à criança, e que pode causar (des)conforto, gera reflexos sobre a construção de um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem inseridos no cuidado da criança gravemente enferma e na perspectiva da família, tal como proposição objetiva. Assim, o objeto de investigação é: O conceito de conforto em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos familiares da criança hospitalizada.

O interesse na busca desta investigação está relacionado com a reflexão sobre o conforto aliado aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Utilizaremos o referencial teórico de Katharine Kolcaba, que define o conforto como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto (que são definidas como intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades específicas)” (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Assim sendo, emergiram como questões que irão nortear esta investigação:

- a) Quais as predicções sobre (des)conforto contidas no discurso de profissionais de enfermagem e de familiares da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica que denotam o conforto?;
- b) Qual a forma verbal do referente conforto em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica?;
- c) Como promover conforto para a criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica?

Desta forma, as questões serão respondidas com os objetivos de:

- a) propor um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos familiares da criança hospitalizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- b) identificar as predicções mais utilizadas e a forma verbal denotativa de conforto a partir das falas dos profissionais de enfermagem e dos familiares da criança hospitalizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica para denotar conforto;
- c) discutir os cuidados de enfermagem mais (des)confortantes à criança hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

1.1 Relevância e contribuições do estudo

Este estudo contribuirá para o aprofundamento dos conhecimentos da equipe de enfermagem com o intuito de ampliar os conhecimentos acerca dos cuidados e do conforto à criança hospitalizada na UTIP, pois este é um momento de muitas incertezas para a família que observa a gravidade do filho. Esse conhecimento permitirá que a equipe de enfermagem reflita sobre a assistência que está sendo prestada para a criança e para sua família.

Além disso, conforme Vidal (2015), nem sempre o que pensamos como profissionais e prestadores de cuidados é relevante no momento de confortar um ser humano. Abordar o conforto diante do ambiente de uma UTI, com toda a tecnologia, com uma equipe multiprofissional e com a estrutura física que tem fatores externos como iluminação, temperatura, disposição dos leitos, entre outros, e que traz implicações que podem influenciá-lo vai além de uma compreensão e operacionalização de um serviço, é analisar a relevância de cada indivíduo na aplicação das diferentes vertentes do conforto.

No âmbito do ensino se faz importante porque este estudo não somente irá trazer referências atualizadas, mas propiciará a reflexão crítica, ao referente conforto, dos alunos de graduação e pós-graduação sobre o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem à criança hospitalizada e, além disso, permitirá aprofundar a fundamentação teórica e a produção do conhecimento, dando subsídios que envolvam o cuidado humanizado da criança e de sua família.

O estudo atual insere-se na linha de pesquisa: “Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado” do Núcleo de Pesquisa do Departamento de Enfermagem Fundamental da

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (DEF/UNIRIO) e no projeto “O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente às tecnologias pesadas em UTI”. Espera-se que, com os resultados obtidos na pesquisa, possamos divulgá-los, dando possibilidade para novos estudos, oportunizando a produção de conhecimentos no âmbito da saúde da criança e de sua família, além disso, oferecendo subsídios para outras pesquisas inseridas no projeto de pesquisa, além de fortalecer investigações sobre o conforto.

Para a instituição, espera-se contribuir para propiciar reflexões na equipe de enfermagem quanto às condutas e cuidados prestados à criança e sua família.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sobre a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)

A Portaria nº 3.432, do Ministério da Saúde, de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998), dispõe que as Unidades de Terapia Intensiva (UTI):

são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica (BRASIL, 1998).

A UTIP atende pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas.

Historicamente, as UTIP vêm da Dinamarca no início dos anos 1950. Seu grande desenvolvimento deu-se da necessidade de tratamento para as situações da poliomielite pandêmica. Inicialmente, a atenção foi focada no sentido de promover ventilação mecânica com o “pulmão de aço” da pólio, e depois substituída pela ventilação com pressão positiva. Durante a década de 1960 a 1970, ocorreu um grande desenvolvimento, incluindo a habilidade no suporte de pacientes com falência hemodinâmica e respiratória em ventilação mecânica prolongada, o uso da pressão positiva expiratória final e a ventilação de neonatos com síndrome da angústia respiratória do recém-nascido. E, nos anos 1980, começou-se a cuidar de fisiopatologias específicas de órgão e tratamento da doença crítica (PIVA; CARVALHO; GARCIA, 1992).

As UTIP constituem-se em setores criados para ofertar cuidados de natureza complexa a crianças em risco iminente de morte. Não obstante sua importância, o ambiente frio e hostil se associa a traumas irreparáveis para a criança e para toda a sua família, tendo em vista a associação quase que imediata, e culturalmente construída, entre a ideia de UTI e as concepções de morte, dor e sofrimento (MOLINA; HIGARASHI; MARCON, 2014).

O sucesso da assistência à criança gravemente enferma depende de um desempenho harmonioso da equipe, de elementos ambientais, físicos e materiais, com a colaboração do paciente, dos pais e dos profissionais que atendem essa criança. A UTIP é composta de uma equipe multiprofissional, cujas atividades devem desenvolver-se de forma organizada e

dinâmica, porém a maior parcela de responsabilidade e autoridade deste setor fica por conta dos médicos e dos enfermeiros. A relação médico-enfermeiro na assistência crítica tem origem na criação dos serviços de enfermagem. Piva e Garcia (2006) descrevem que foi uma enfermeira a primeira a organizar o atendimento dos feridos na guerra, introduzindo o conceito de que o transporte e a organização, associados ao conforto do paciente, eram tão ou mais importantes do que a assistência médica.

Conforme o estudo de Nascimento e Trentini (2004), o cuidado de enfermagem ocorre nesse conturbado ambiente de aparelhagens múltiplas, gerando desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, dentre outros, além disso, o ambiente é totalmente diferente de outras unidades de internação e principalmente do ambiente residencial do sujeito doente e seus familiares. O cuidado ainda é orientado pelo modelo médico, biologicista, cuja atenção está voltada principalmente para o órgão doente, para a patologia e para os procedimentos técnicos, em detrimento dos sentimentos, dos receios do sujeito doente e seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde-doença.

No estudo das autoras Côa e Pettengill (2011), foi possível identificar esses sentimentos no relato da mãe sobre as preocupações do uso da tecnologia dentro da UTI, como citado na fala: “Tem um alarme pro coração, pra respiração, pra tudo, quando um toca, ele apita, como eu não sei qual está tocando, chamo correndo alguém. Tenho medo porque não conheço”. Em contrapartida, no estudo de Kamada e Rocha (2006), as mães demonstraram pouca curiosidade sobre os aparelhos eletrônicos que circundam o bebê. Elas prestavam mais atenção se o bebê estava aquecido e recebendo cuidados como higiene, pesagem, troca de venóclise e se os profissionais cuidavam do bebê com delicadeza e carinho.

Em outro estudo realizado com os pais em uma UTIP, foi observado que eles têm a percepção de que a UTI é um espaço perigoso, o que contribui para a ansiedade, a angústia e a insegurança. Além disso, os pais relataram sentimentos, tais como impotência, tristeza, solidão, angústia e medo diante dos equipamentos utilizados, ao visitar o filho (SANTOS et al., 2012).

Durante o período de internação, a criança é acompanhada pela mãe, pai, avós, tios, entre outras pessoas que participam do relacionamento familiar. A família se torna o alicerce nesse momento difícil. Reconhece-se a importância da permanência dos pais no hospital e de seu envolvimento no processo saúde-doença e no cuidado à criança, além disso, é um direito da criança de ser acompanhada por sua mãe, pai ou responsável.

Vale destacar aqui o conceito de família. Acerca disso, Silveira e Oliveira (2011) ressaltam que a família é um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por

variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico.

A presença do acompanhante constitui fonte de conforto, proteção, apoio e segurança para o filho e possibilita um conjunto de estímulos agradáveis, tornando o ambiente menos agressivo. Ademais, o que eles vivenciam juntos contribui para o fortalecimento de laços afetivos, de compreensão, amor e cuidado. Nightingale (1989) já enfatizava a importância da família no cuidado ao doente.

Os autores Molina et al. (2009) ressaltam que a presença de um familiar geralmente promove e mantém a inter-relação da criança com a família, neutraliza os efeitos decorrentes da separação, colabora na assistência integral à criança, melhora sua adaptação ao hospital, facilita a aceitação do tratamento, promove a positiva resposta terapêutica, ameniza os fatores estressantes da doença, dos procedimentos e da hospitalização. Além disso, possibilita a redução do estresse emocional tanto da criança como de toda a família, ao mesmo tempo em que contribui para diminuir o tempo de internação.

Cabe à equipe de saúde e, em destaque, à equipe de enfermagem, acolher esta família e oferecer subsídios para que ela possa lidar com a situação da forma mais amena possível.

De acordo com Molina, Higarashi e Marcon (2014), fornecer informações à família a respeito do processo saúde-doença do filho é uma ação que deve ser incorporada na prática cotidiana da assistência. A enfermagem precisa desenvolver competências para o exercício desta atividade, a fim de estimular e auxiliar a família a adquirir níveis adequados de autonomia e de controle da situação. Sabe-se que, quando a comunicação entre enfermagem e família é eficiente, é possível reduzir a ansiedade diante da doença e da internação, contribuindo para a aceitação e envolvimento dos pais no processo de cuidar da criança, tanto no hospital quanto em domicílio.

É importante ressaltar que neste ambiente de cuidados intensivos se faz necessário repensarmos a maneira de cuidar da criança de forma humanizada, pois diante de tantos procedimentos invasivos, tecnologias, e do próprio ambiente, a prática de enfermagem pode ser considerada desconfortável e desumana.

Para a família, o estresse do ambiente é evidenciado logo no início, quando percebe que se trata de um ambiente totalmente diferente, pois é um local com muitos sons, luzes e pessoas em contínua movimentação. Isto faz com que sofra um impacto muito grande, tendo de aprender a lidar com todos esses estressores (CÔA; PETTENGILL, 2011).

O estudo de Pott et al. (2013) teve como objetivo analisar as ações dos cuidados realizados em um centro de terapia semi-intensiva e avaliar a presença de medidas de conforto

e comunicação na realização destas ações. Foi observado neste estudo que as medidas de conforto estiveram presentes em 45% das ações desenvolvidas. No grupo mudança de decúbito, as medidas de conforto estiveram presentes em 90% das vezes em que este procedimento foi realizado. Em contraponto, em 80% das vezes em que ocorreu administração de medicamentos, nenhuma medida de conforto foi aplicada ao paciente.

Conforme o estudo de Silva (2006), foi apontado por 41% dos sujeitos (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares) que existe a dificuldade de proporcionar um ambiente terapêutico na terapia intensiva, pois relaciona-se com a ideia de um ambiente que gera dor, sofrimento e desconforto. E esse ambiente pode influenciar na maneira pela qual cuidamos dos pacientes. Ainda conforme o estudo, observou-se que existe uma dificuldade de proporcionar conforto devido à condição clínica do paciente.

Para Kamada e Rocha (2006), apesar de todas as influências da UTI, os pais confiam na capacidade da equipe de enfermagem de cuidar do bebê e manusear os equipamentos. Sentem-se respeitados, pois suas dúvidas são esclarecidas e suas necessidades são atendidas. Afirmam que o cuidado dispensado pela equipe de enfermagem aos seus bebês é muito carinhoso. Consideram a equipe de enfermagem dedicada ao trabalho, atenciosa com os bebês e com os pais, competente e responsável.

Faz-se necessário sensibilizar os profissionais de enfermagem quanto à importância da família durante o período da hospitalização, sendo necessária uma mudança de comportamento e uma melhor aceitação da família dentro das UTIP, uma vez que, no estudo de Molina et al. (2007), os relatos dos profissionais explicitaram o conflito íntimo vivenciado por cada um com relação à presença da família, pois, ao mesmo tempo em que sentem dificuldades em inserir a família no contexto da unidade, reconhecem o importante papel desempenhado por elas no processo de hospitalização da criança.

2.2 O olhar tecnológico

A UTI representa um grande avanço tecnológico no cuidado ao paciente gravemente enfermo, associado à atualização de equipamentos que se tornam cada vez mais modernos e ao uso de tecnologias cada vez mais avançadas com o intuito de preservar e manter a vida do paciente de maneira segura.

Tecnologia em Saúde são os medicamentos, equipamentos, procedimentos e os sistemas organizacionais e de suporte com os quais os cuidados à saúde são oferecidos. Cada vez que surge uma nova tecnologia, um conjunto complexo de mecanismos inter-relacionados é posto em movimento, à medida que ela se difunde e passa a ser utilizada (BRASIL, 2009).

Para Merhy e Feuerwerker (2009), a ideia de tecnologia envolve não só os equipamentos, ferramentas e instrumentos envolvidos na produção, mas também um certo saber tecnológico e um modo de agir, que, inclusive, dão sentido ao que será ou não a razão instrumental do equipamento. Relatam que, no encontro com o paciente, utilizam-se “caixas de ferramentas tecnológicas”, uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), outra aos saberes e outra às relações trabalhador-usuário, cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos.

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são descritas como leve (de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, processos de trabalho), leve-dura (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde) e a tecnologia dura (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY et al., 1997).

Merhy e Feuerwerker (2009) descrevem a tecnologia dura como:

A primeira caixa de ferramentas é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores.

Desse modo, todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, é sempre um operador do cuidado e deveria ser capacitado para atuar no terreno das tecnologias leves, produzindo acolhimento, responsabilizações e vínculos (MERHY, 1999).

A tecnologia do universo da terapia intensiva é relevante para os enfermeiros que a utilizam em suas práticas cotidianas de cuidado. O maquinário tecnológico usado na terapia intensiva é bastante complexo, causando um misto de admiração e temor, além disso, para lidar com a instabilidade, imprevisibilidade, complexidade e gravidade dentro da UTI, é fundamental que o enfermeiro seja observador, rápido e dinâmico, pois, na maioria das vezes, gera a necessidade da rápida atuação da equipe multidisciplinar com eficaz manejo dos aparelhos (SILVA; FERREIRA, 2011).

O cuidado ao paciente na UTI difere do cuidado prestado aos demais clientes inseridos em outro contexto. Esse cuidado específico, considerado como cuidado tecnológico, diferencia-se pela aplicação de um conhecimento especializado, que orienta a atenção do enfermeiro na busca de dados objetivos, provenientes do uso do maquinário, e subjetivos, oriundos do cliente. Ainda, conforme os autores Silva, Ferreira e Apostolidis (2014), é necessário que o enfermeiro detenha um conhecimento em relação às máquinas (manuseio/domínio), aos aspectos fisiopatológicos da doença em curso, ao conhecimento semiológico, aliando-os aos cuidados de enfermagem. Ao reunir tais habilidades, consegue realizar este cuidado especializado denominado de tecnológico.

2.3 O conceito do espaço vivenciado

Através dos resultados de Silva e Carvalho (2008), foi possível identificar a preocupação de enfermeiros e de clientes com o ambiente – espaço vivido e de (con)vivência – como um elemento implicado no contexto do cuidado de enfermagem. Os autores ressaltam que, nos registros dos profissionais, dos clientes e dos familiares, o ambiente hospitalar é caracterizado como de “tensão”, além de trazer influências como temor, dor e sofrimento, e é preciso que os enfermeiros repensem a peculiaridade do ambiente/espaço. Para Bollnow (2008), o espaço vivenciado é a busca pelo espaço feliz e que, no verdadeiro habitar no espaço, o ser humano realiza sua essência humana.

Bollnow (2008) relata que, quando na vida diária falamos de espaço sem uma reflexão mais cuidadosa, iremos pensar no espaço matemático, o espaço mensurável em três dimensões, em metros e centímetros, assim como o conhecemos na escola e tomamos por princípio. Do contrário, raramente nos damos conta de que este é apenas um aspecto determinado do espaço e que o espaço concreto, vivenciado diretamente na vida, de modo algum coincide com o espaço abstrato, matemático. O espaço vivenciado não é nenhum domínio neutro com respeito a valores; por meio de relações vitais, mostra-se para o homem mais um fator estimulante do que repressor; ele é o campo do comportamento da vida humana e cada lugar no espaço vivenciado tem seu significado para o homem.

Esse modo ambivalente de conceituar o espaço como estimulador ou repressor, definido como “possibilidade de evolução” e como “resistência”, traz ao homem um meio neutro e constante, preenchido com significados nas relações vitais de atuações opostas; e esses

significados, por sua vez, mudam de acordo com os diferentes lugares e regiões do espaço; e esses significados não são devidos a sentimentos apenas subjetivos que o homem liga ao espaço, mas são caracteres autênticos do próprio espaço vivido (BOLLNOW, 2008).

Bollnow (2008, p. 17) refere que “esse espaço vivenciado não é algo de caráter espiritual. Não é somente vivenciado ou imaginado, ou somente concebido, mas algo real: o espaço concreto real, no qual acontece a vida”.

O espaço se torna uma forma geral da atitude vital do ser humano. O espaço matemático resulta do espaço vivenciado, uma vez que deixamos de considerar as diversas referências concretas de vida e reduzimos esta a um simples sujeito do entendimento. Assim, a espacialidade da vida humana corresponde ao espaço vivenciado pelo homem e vice-versa.

Bollnow (2008, p. 73) enfatiza:

Mas ainda hoje, na vida dos indivíduos, os lugares e as direções têm um caráter próprio inteiramente definido que, contudo, via de regra não depende dos pontos cardeais geográficos. Tampouco é o espaço, para as pessoas que hoje vivem, de algum modo homogêneo, mas cada lugar nele é portador de significados especiais (BOLLNOW, 2008, p. 73).

Estar em um ambiente diferente do ambiente habitual do indivíduo também era uma preocupação de Bollnow. O autor refere que nem todos os espaços construídos têm esse caráter de abrigo e proteção, e é necessário o homem sentir-se bem no espaço vivido, e que esse espaço seja uma local aconchegante e confortável. Também refere uma preocupação com o tamanho do espaço, temperatura, cor das paredes e diz que devemos perceber no espaço vivido que ele é cuidado com amor.

De acordo com Silva e Carvalho (2008), ao cliente internado representa aquele indivíduo que saiu do seu mundo habitual (sua casa) e que é lançado em um espaço ambiental estranho (o hospital), desta forma, é possível que esse indivíduo perca a confiança nas pessoas e nas coisas ao seu redor. Esse espaço externo é o espaço do desabrigo, dos perigos e da exposição.

O homem sai de seu mundo habitual e é lançado numa redondeza estranha: perde o sentimento natural de confiança nas pessoas e coisas ao redor. Ele vai do mundo do compreensível para o mundo do incompreensível. Sente-se ali inseguro e excluído da vida das outras pessoas (BOLLNOW, 2008, p. 99).

Bollnow (2008) também reforça que o essencial é a disposição de um espaço que ofereça proteção confiável contra as inclemências do tempo, assim como contra a aproximação indesejável de pessoas estranhas.

O homem necessita sentir-se seguro. A casa é, portanto, o que confere ao homem o abrigo, e a ideia superior deste espaço é dar ao homem essa paz, pois o sentimento de abrigo permite ao indivíduo um caráter protetor e de confiança. Para Linschoten (apud BOLLNOW, 2008), só conseguimos adormecer na tranquilidade de um ambiente pacífico e bem protegido: “para adormecer, devo experimentar a segurança da situação em seu caráter envolvente e protetor”.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 De Florence a Kolcaba: cuidado, ambiente e conforto

Para fundamentar o trabalho, serão utilizadas as concepções teóricas de Florence Nightingale e o referencial da Teoria do Conforto proposta por Katharine Kolcaba.

A enfermagem tem um papel importante para promover e proporcionar o conforto durante o período de hospitalização da criança. Cabe enfatizar que Nightingale já se preocupava quanto ao cuidado realizado pela enfermagem, como questionado por ela: “Algum cuidado especial impediria um doente de sofrer este ou aquele desconforto?” (NIGHTINGALE, 1989, p. 15).

Para um melhor entendimento, é essencial falarmos de Florence Nightingale como fundadora da enfermagem moderna. Filha de uma família rica, seu pai deu-lhe uma educação muito mais completa e com muito mais rigor do que as jovens da sua época receberam. Embora participasse das atividades sociais, percebeu que a sua vida deveria tornar-se mais útil e escreveu que havia recebido um chamado de Deus para ser enfermeira e, mesmo com insatisfação de seus pais, resolveu estudar enfermagem. Sua crença religiosa de que a atuação para benefício dos outros é um modo essencial de servir a Deus é o fundamento que define o seu chamamento religioso, além disso, sua fé deu-lhe força pessoal ao longo da sua vida e a crença de que a educação era um fator crítico para criar a profissão de enfermagem (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Durante a Guerra da Crimeia, em 1854, recebeu um pedido do Ministro da Guerra e amigo da família para treinar as enfermeiras para cuidar dos soldados feridos. Atuou como voluntária vigiando e cuidando dos soldados. O seu trabalho teve um impacto muito grande, uma vez que precisou expor os problemas ambientais existentes, incluindo a falta de saneamento e a presença de imundice. Além disso, observou que a falta de higiene e suas doenças decorrentes matavam mais soldados do que os ferimentos da guerra (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Ficou conhecida como a dama da lâmpada por velar durante a noite os feridos da guerra. Foi fonte inspiradora para as moças da época para desenvolverem cuidados com os doentes.

Após servir a guerra, Nightingale retornou à Inglaterra e foi premiada com fundos pelo reconhecimento do seu trabalho. Utilizou o dinheiro para fundar uma instituição de ensino para

enfermeiras em Londres e depois começou a receber pedidos para estabelecer novas escolas pelo mundo, sendo considerada a fundadora da enfermagem moderna.

Nightingale (1989) acreditava que fornecer um ambiente adequado era o diferencial na recuperação dos doentes e é este preceito que fundamenta a Teoria Ambientalista. Em seus escritos, considera que a iluminação, a ventilação, a limpeza, os ruídos, os odores, a alimentação e o ambiente são fatores que podem interferir no processo de restauração da saúde.

Em seu livro “Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é”, Nightingale (1989, p. 14) destaca que:

sintomas ou sofrimentos considerados inevitáveis e próprios da enfermidade, são, muitas vezes, não sintomas da doença, mas algo bem diferente, isto é, a falta de um ou de todos os seguintes fatores: ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, ou de pontualidade e assistência na ministração da dieta (NIGHTINGALE, 1989, p. 14).

Florence afirma que o conforto é um aspecto importante do cuidado e que a enfermagem deve manter o paciente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele.

Também preocupou-se no cuidado às crianças enfermas e refere que as crianças são muito mais suscetíveis a influências nocivas que os adultos, que são afetadas de forma mais rápida e séria, e que é trabalhoso cuidar de uma criança, porém mais trabalhoso é ter uma criança doente.

Nightingale (1989, p. 141) diz que as crianças são afetadas pela:

Falta de ar puro, de aquecimento adequado, de limpeza na casa, nas roupas, na cama ou no corpo, por barulhos que assustam, alimentação imprópria ou falta de pontualidade na alimentação, por tédio e falta de claridade, por muita ou pouca cobertura na cama ou, quando de pé, por falta de senso administrativo em geral de quem delas cuida (NIGHTINGALE, 1989, p. 141).

Reforça que o cuidado com o bebê deve envolver o ar puro, calor, a limpeza do seu corpinho, roupas, camas, quarto, casa, alimentação adequada e no horário regular, não assustá-lo, uma iluminação e ambiente alegre, roupas de cama e pessoais adequadas.

Nightingale (1989, p. 174) diz que “é tão simples apagar-se a vida de uma criança como é apagar-se a chama de uma vela, dez minutos de atraso em sua alimentação pode fazer a diferença”.

3.2 Sobre Kolcaba e sua Teoria do Conforto

Katharine Kolcaba poderá auxiliar, com sua Teoria do Conforto, para a construção do conceito neste trabalho. Nascida em Cleveland, obteve o diploma de enfermagem em 1965, exerceu durante muitos anos enfermagem médico-cirúrgica, cuidados continuados e cuidados ao domicílio e especializou-se em gerontologia. Iniciou sua teoria sobre o conforto quando trabalhava com pessoas com demência. Realizou o doutorado e durante dez anos utilizou o trabalho que decorria do seu programa de doutoramento para desenvolver e explicar a sua teoria. Publicou uma análise do conceito de conforto, fez um diagrama dos aspectos do conforto e tornou funcional o conforto como resultado dos cuidados; depois, testou em um estudo de intervenção. 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?” A resposta foi “Não, mas esse é o meu próximo passo”, o que deu início à sua longa investigação sobre o conceito de conforto (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Como primeiro passo da longa investigação, Kolcaba realizou uma extensa revisão crítica da literatura 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 origem das palavras) (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Em diferentes artigos, ela fez um relato histórico do uso da palavra conforto em enfermagem e citou o que Florence escreveu em 1859: “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” (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

De 1900 a 1929, o conforto foi o objetivo central da enfermagem e da medicina, porque, através do conforto, conseguia-se aumentar o grau de recuperação dos enfermos. Aikens declarou que não havia nada relativo ao conforto do doente que fosse suficientemente pequeno para ser ignorado. O conforto do doente era a primeira e a última consideração da enfermeira. Para a autora, uma boa enfermeira precisava colocar os doentes confortáveis, e a provisão de medidas de conforto era um fator primário e determinante da habilidade e personalidade de uma enfermeira (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Em 1926, Harmer afirmou que os cuidados de enfermagem estavam relacionados com uma atmosfera geral do conforto, o que incluía a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental para além do descanso e do sono, da nutrição, limpeza e

eliminação. Enquanto que Goodnow escreveu em seu livro que uma enfermeira é sempre julgada pela sua capacidade de fazer o doente sentir-se confortável, que o conforto é físico e mental e que a responsabilidade de uma enfermeira não acaba com o cuidado físico.

Kolcaba (ALLIGOOD; TOMEY, 2004) utilizou três dos primeiros teóricos de enfermagem para sintetizar ou derivar o que ela chama de tipos de conforto:

- a) o **alívio**: foi sintetizado a partir de conceitos de Orlando, que afirmou que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes;
- b) a **tranquilidade**: foi sintetizada a partir dos princípios de Henderson, que descreveu 13 funções básicas dos seres humanos e que tinham que ser mantidas em homeostase;
- c) a **transcendência**: foi extraída de proposições de Paterson e Zderadque, pois acreditavam que os doentes podiam superar as suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

E, como prova empírica, Morse observou as ações de conforto das enfermeiras e descreveu o conforto como a ação de enfermagem mais importante na prestação dos cuidados de enfermagem aos doentes; e as ações consistiam em tocar e falar e, a um menor nível, em ouvir e as definiu como medidas de conforto. Enquanto que Hamilton explorou o significado de conforto na perspectiva dos doentes, identificando como cada doente definia conforto, e declarou que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Após o desenvolvimento de sua teoria, Kolcaba a testou numa concepção experimental para a sua tese de doutorado. Em sustentação da Teoria do Conforto, a mais recente prova publicada foi um estudo teórico em que examinou quatro grandes princípios sobre a natureza do conforto holístico:

- a) o conforto é geralmente próprio de uma condição;
- b) o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo;
- c) qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo;
- d) o conforto total é maior do que a soma das suas partes.

Kolcaba (ALLIGOOD; TOMEY, 2004) extraiu da literatura sobre o holismo para classificar os contextos nos quais o conforto é experimentado, definindo-os da seguinte forma:

- a) **físico**: pertencente às sensações do corpo;
- b) **psicoespiritual**: pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
- c) **ambiental**: pertencente ao meio, às condições e influências externas;
- d) **social**: pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

O conforto foi definido por Kolcaba como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto (que são definidas como intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades específicas, como fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas). É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental) (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Além da definição do conforto, Kolcaba também criou seus pressupostos e postulados.

Pressupostos:

- a) os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos;
- b) o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem;
- c) os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam;
- d) o conforto melhorado dá ânimo aos doentes para empreenderem *health seeking behaviors* (HSB) da sua escolha;
- e) os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem ativamente HSB estão satisfeitos com seus cuidados de saúde;
- f) a integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados.

Postulados:

- a) as enfermeiras identificam as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, concebem medidas de conforto para abordar essas necessidades e procuram melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado;
- b) o conforto melhorado está direta e positivamente relacionado com o compromisso com os HSB, que é o resultado posterior desejado;
- c) quando as pessoas têm o apoio necessário para se comprometerem totalmente com os HSB, tal como a sua reabilitação e/ou programa ou regime de recuperação, a integridade institucional também é melhorada.

A teórica ainda usou três tipos de raciocínio lógico para elaborar sua Teoria do Conforto, sendo estes classificados como a indução, a dedução e a abdução:

- a) **indução:** a indução ocorre quando são feitas generalizações a partir de um número de circunstâncias específicas observadas;
- b) **dedução:** a dedução é uma forma de pensamento lógico na qual são inseridas conclusões específicas a partir de premissas ou princípios mais gerais; procede do geral para o particular;
- c) **abdução:** é uma forma de raciocínio que origina ideias. É útil para escolher fenômenos que podem ser mais desenvolvidos e testados. Este tipo de raciocínio aplica-se em áreas nas quais existem poucas teorias disponíveis.

Kolcaba desenvolveu a estrutura taxonômica, conforme a Figura 1, que fornece um mapa do domínio do conteúdo do conforto de modo a que os futuros investigadores pudessem utilizá-la para elaborar os seus próprios instrumentos de conforto (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Figura 1 – Reprodução da estrutura taxonômica do conforto de Kolcaba

		Tipo de Conforto		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contexto no qual ocorre o conforto	Físico			
	Psico-espiritual			
	Ambiental			
	Social			

Tipo de conforto:
Alívio: Estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica.
Tranquilidade: Estado de calma ou contentamento.
Transcendência: Estado no qual alguém suplanta os seus problemas ou sofrimento.

Contexto no qual ocorre o Conforto:
Físico: Pertencente às sensações corporais.
Psico-espiritual: Pertencente à consciência interna do *self*, incluindo a estima, o conceito, o sexual e o significado na vida de alguém; a relação de alguém com uma ordem ou um ser mais elevados.
Ambiental: Pertencente ao meio, às condições e influências externas.
Social: Pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

Fonte: K. & Fisher (1996, apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

A teoria de Kolcaba é recente, porém resulta em uma teoria forte, lógica e claramente organizada, facilmente aplicável a muitos cenários de ensino, à prática e à investigação. Ressalta-se que a teórica tem muito interesse na medição do conforto em crianças e está em negociação com investigadores pediátricos para criar um instrumento para autoapreciação do conforto pelas crianças.

3.3 Sobre a Teoria do Conceito

A Teoria do Conceito foi desenvolvida por Ingetraut Dahlberg em 1960 e foi utilizada posteriormente na elaboração de Tesouros. Demonstra a possibilidade de utilizar princípios de elaboração de terminologias para o domínio das linguagens documentárias de ordem alfabética, sobretudo no interesse das ciências da informação. A teoria possibilitou uma base mais sólida para a determinação e o entendimento do que consideramos conceito, para fins de representação ou de recuperação da informação (DAHLBERG, 1978, apud SILVA, C. R. L., 2008).

A ideia de conceito por Dahlberg (1978, apud SILVA, C. R. L., 2008) é formada por três elementos: o referente, as características e a forma verbal. Para Dahlberg, o processo de determinação do conceito se dá no momento em que é selecionado na pesquisa um item de

referência – o referente. A partir daí, atribuem-se predicados ao referente, a partir de características relevantes que vão auxiliar no processo de designação de uma forma verbal apropriada e que denotará o conceito. Desta forma, o conceito só pode ser determinado a partir da reunião de todos esses elementos. Os elementos constitutivos do conceito são:

- a) **referente:** é um objeto formal, um constructo mental, uma unidade de pensamento. Como pode ser um constructo mental, pode-se ter o conceito de um referente sem a existência real do mesmo, mas se considerarmos tal referente como apenas unidade do pensamento, não podemos ter a certeza de apreender, entender por completo tal unidade, por ser algo apenas subjetivo. Na análise de um referente, lançamos mão de predicados supostamente verdadeiros, através do exame detalhado de suas propriedades, ou das características objetivas. Tal análise evidencia, ou pode evidenciar, os traços indispensáveis para o estabelecimento das relações específicas entre termos que vão auxiliar na construção do sistema de conceitos, visto que nenhum termo do tesouro fica isolado, mas está sempre relacionado com o outro;
- b) **característica:** é um elemento constitutivo, formador do conceito. Analisar um objeto ou um referente significa identificar suas propriedades. Num grau de abstração, do referente para o conceito, dizemos que as propriedades dos referentes/objetos correspondem às características do conceito;
- c) **termo ou forma verbal:** o processo mental da formação do conceito se dá através de uma linha de pensamento que leva à elaboração do conhecimento, passando por um processo de assimilação da informação pelo cérebro, transformando-a. Após essa elaboração mental baseada no conhecimento prévio do indivíduo, a unidade de informação se transforma em uma unidade conceitual que é representada por um termo (forma verbal);
- d) **função:** as características de um dado referente (função) servem aos conceitos e são usadas para classificar e definir outros conceitos. Assim, um conceito nunca é estabelecido de forma isolada, mas sempre em relação com outros. Um conceito se estabelece através da comparação com outros conceitos, quando se identificam as semelhanças e as diferenças (por meio da análise e comparação das características), o que leva à reunião de conceitos que se relacionam de maneira variada. Dahlberg (1978, apud SILVA, C. R. L., 2008) define conceito como uma unidade de conhecimento, compreendendo afirmação verificável

sobre um dado item de referência, representado numa forma verbal. É importante ter em mente que os tesouros se caracterizam por mostrarem as relações entre os conceitos. Assim, as características dos conceitos têm especial importância na estruturação de tesouro;

- e) **intensão:** o número de características necessárias à identificação de um conceito varia. Chama-se intensão o conjunto das características que contribuem para a ideia de um conceito. A intensão de um conceito pode ser maior ou menor em relação a outros. Quanto maior a intensão, maior o grau de especificidade/significado. Quanto menor a intensão, mais geral é o conceito.

Através da Figura 2 a seguir, é possível definir o triângulo conceitual.

Figura 2 – Triângulo conceitual de Dahlberg



Fonte: DAHLBERG (1992, apud SILVA, C. R. L., 2008).

4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e de natureza quanti-qualitativa. Segundo Minayo (2014, p. 57):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p. 57).

Também propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

A pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

Em que pese o fato do objeto em questão determinar o método qualitativo, neste estudo, serão utilizados também dados quantitativos para melhor compreensão da análise lexical proveniente das predicções que irão emergir. Assim, a análise lexical ou lexicometria atende aos objetivos propostos.

A análise quantitativa funda-se na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem e obtém dados descritivos por meio de um método estatístico. É uma análise mais objetiva, mais fiel e mais exata e útil nas fases de verificação de hipóteses (BARDIN, 2011).

Segundo Richardson (1985), a utilização da complementação entre os dados quantitativos e qualitativos proporciona um maior nível de integração e, da mesma forma, permite um maior aprofundamento da análise. O método quantitativo garante a precisão dos resultados, evita distorções de análise e interpretação e possibilita uma margem de segurança quanto às inferências.

4.1 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A UTIP foi inaugurada em novembro de 2007, sendo a primeira UTIP instalada em uma universidade no estado do Rio de Janeiro. A escolha deste cenário se justifica por ser este o local em que o fenômeno do conforto ocorre mais especificamente envolvendo crianças, familiares, profissionais e tecnologias duras.

A UTIP possui capacidade para 11 leitos, sendo seis leitos pediátricos, um leito de isolamento respiratório e quatro leitos neonatais cirúrgicos.

A equipe que atua na UTIP é uma equipe multiprofissional, sendo: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social, além de contar com residentes médicos em Terapia Intensiva Pediátrica, residentes de pediatria e residentes multiprofissionais (enfermagem, nutrição, fisioterapia, assistência social, farmácia e psicologia) e internos de medicina.

O setor é composto atualmente por uma equipe de 14 enfermeiras plantonistas em uma escala de 12 x 60, em plantões diurnos e noturnos: uma enfermeira rotina no período diurno; uma enfermeira rotina no período da tarde; uma enfermeira como chefe do setor; geralmente uma residente de enfermagem; uma equipe de cinco técnicos de enfermagem por plantão; e um técnico de enfermagem responsável pelo provimento de materiais e organização de equipamentos. Ressalta-se que, no período da coleta, o quadro de técnicos de enfermagem era composto de 28 funcionários.

4.2 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada, que combina questões abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2014).

Algumas perguntas foram feitas com o objetivo de traçar o perfil dos sujeitos-objeto, tais como sexo, idade, estado civil, especialização, o tempo de formação e de experiência profissional. Outras foram formuladas com o objetivo de buscar o entendimento que a equipe

de enfermagem possui sobre o conforto prestado à criança hospitalizada na UTIP (APÊNDICE A). E para o familiar, o questionário também teve a finalidade de traçar o perfil quanto à idade, sexo, grau de parentesco e questões abertas sobre o entendimento do conforto (APÊNDICE B).

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2017. Desta forma, os participantes foram convidados e orientados sobre os objetivos do estudo. O questionário foi entregue e este era respondido na presença ou não do entrevistador, garantindo que os participantes expressassem livremente seus pontos de vista acerca do tema.

4.3 Os participantes do estudo

A pesquisa foi desenvolvida junto aos profissionais de enfermagem e familiares de crianças hospitalizadas na UTIP.

Dentre os profissionais de enfermagem, 40 aceitaram participar do estudo. Os critérios de inclusão foram todos os profissionais de enfermagem pertencentes ao quadro de funcionários da UTIP e que aceitaram participar do estudo. Como critério de exclusão, foram excluídos os profissionais de enfermagem que estavam de licença médica no período da coleta.

Em relação aos familiares, aceitaram participar do estudo 40 sujeitos, entre eles: mães, pais e avós das crianças internadas. Como critério de inclusão, foi utilizado o período de mais de 24 horas de internação, período considerado para vivenciarem a rotina do ambiente e os cuidados prestados pela equipe.

Os participantes foram abordados de acordo com sua internação no setor. Vale mencionar que houve recusa de três familiares que não tiveram interesse em participar do estudo.

4.4 Aspectos éticos

Na coleta de dados, foram observados os aspectos éticos e legais da Resolução nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), com a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

O início da coleta ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob o Parecer nº 1.762.914 (ANEXO A), e do Hospital cenário de estudo sob o Parecer nº 1.845.188 (ANEXO B), que foi aprovado em 01/12/2016.

Os participantes receberam todas as informações pertinentes à pesquisa e a garantia de privacidade, anonimato e direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo para o próprio em qualquer etapa do estudo, conforme descrito no TCLE assinado por cada participante.

Os participantes também foram notificados de que, como voluntário da pesquisa, não haveria nenhum custo ou benefício financeiro e que a participação no estudo irá contribuir para a construção de conhecimento científico sobre o objeto de estudo. Quanto aos riscos, foram informados sobre a possibilidade de riscos mínimos tais como: constrangimento, desconforto psicológico ou emocional diante de algum questionamento, sensação de perda de tempo e de perda de privacidade, desta forma, foi esclarecido que poderia optar por não responder quaisquer perguntas que o fizesse sentir-se incomodado e que, caso quisesse, poderia deixar de participar do estudo a qualquer momento.

A pesquisa foi desenvolvida sem o auxílio de instituições fomentadoras de projetos. Todas as despesas foram custeadas pelos pesquisadores.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram analisados seguindo os passos propostos pela técnica de análise de conteúdo, que é definida por Bardin (2011, p. 48) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

Essa abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração. O analista possui à sua disposição todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode usar uma ou várias operações, com o objetivo de enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é constituída de três fases: a pré-análise, que consiste na escolha dos documentos a serem submetidos à análise, à formulação das hipóteses e dos objetivos e à elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final; a exploração do material, que consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração; e a fase de tratamento dos resultados, que são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Como técnica de análise de conteúdo, utilizaremos a análise da enunciação, que, segundo Bardin (2011, p. 217), “apoia-se numa concepção da comunicação como processo e não como dado. Funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais”.

Esta análise está assentada numa concepção do discurso como palavra em ato, considera que na altura da produção da palavra é feito um trabalho, é elaborado um sentido e são operadas transformações. Se o discurso for perspectivado como processo de elaboração onde se confrontam as motivações, desejos e investimentos do sujeito com as imposições do código linguístico e com as condições de produção, então o desvio pela enunciação é a melhor via para se alcançar o que procura (BARDIN, 2011). Assim, a análise de enunciação pode nos permitir uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto de estudo, por meio da análise das palavras contidas nas respostas dos participantes da pesquisa.

De acordo com Bardin (2011), a análise de enunciação deve seguir a constituição do *corpus*, no qual é feito uma amostragem rigorosa; a preparação do material deve conduzir à transcrição exhaustiva de cada produção e às diferentes etapas da análise. E cada entrevista é estudada em si mesma como uma totalidade organizada e singular, em que cada produção é analisada e os diferentes indicadores adaptam-se à irredutibilidade de cada locutor.

Os dados obtidos através da entrevista foram armazenados e analisados através do *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq). O Iramuteq é um *software* gratuito e de fonte aberta desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009. Foi desenvolvido inicialmente em língua francesa e começou a ser utilizado no Brasil em 2013, permitindo fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. O programa utiliza a estrutura do *software* R para realização dos cálculos estatísticos e na linguagem Python (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

Através do *software*, é possível realizar as possíveis análises:

Análises sobre *corpus* textuais:

- a) estatísticas textuais clássicas;
- b) pesquisa de especificidades a partir de segmentação definida do texto (análise de contraste de modalidades de variáveis);
- c) Classificação Hierárquica Descendente (CHD) conforme o método descrito por Reinert (1987, 1990, apud CAMARGO; JUSTO, 2013a);
- d) análise de similitude de palavras presentes no texto;
- e) nuvem de palavras.

Análises sobre tabelas indivíduos / palavras:

- a) CHD conforme algoritmo proposto por Reinert (1987, apud CAMARGO; JUSTO, 2013a);
- b) CHD por matrizes de distância;
- c) análise de similitude (por exemplo, de palavras resultantes de evocações livres);
- d) nuvem de palavras;
- e) descrição e χ^2 .

A análise textual é um tipo específico de análise de dados, na qual é possível tratar o material verbal transcrito (textos), ela permite analisar textos, entrevistas, documentos, redações, dentre outros (CAMARGO; JUSTO, 2013a). A partir da análise textual, é possível descrever um material produzido por um produtor, seja individual ou coletivamente, como também pode-se utilizar a análise textual com a finalidade relacional, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto. Faz-se necessário entender alguns conceitos para compreender a análise textual:

- a) **corpus**: é o conjunto de texto que se pretende analisar;
- b) **texto**: um conjunto de textos constitui o *corpus* de análise e é separado por linhas de comando chamadas de “linhas com asteriscos” (essas linhas informam o número de identificação do entrevistado e algumas características como as variáveis);

- c) **segmentos de texto:** são excertos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionados pelo próprio *software* em função do tamanho do *corpus*. Após reconhecer as indicações dos textos a serem analisados, o *software* divide os textos do *corpus* em segmentos de texto. Este programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde as mais simples como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (CAMARGO; JUSTO, 2013b);
- d) **análises lexicográficas clássicas:** identifica e reformata as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Inicial (UCI) em Unidades de Contexto elementares (UCE); identifica a quantidade de palavras, frequência média e *hapax* (palavras com frequência um), pesquisa o vocabulário e reduz palavras com base em suas raízes (lematização), cria dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares;
- e) **especificidades:** é possível associar diretamente os textos do banco de dados com variáveis descritoras dos seus produtores; é possível analisar a produção textual em função das variáveis de caracterização. Trata-se de uma análise de contrastes, na qual o *corpus* é dividido em função de uma variável escolhida pelo pesquisador;
- f) **método da classificação hierárquica descendente (CHD):** os segmentos do texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas). Esta análise visa obter classes de UCE, que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e o vocabulário diferente da UCE das outras classes;
- g) **análise fatorial de correspondência (AFC):** é um complemento baseado nos dados obtidos pelo CHD. Cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas;
- h) **análise de similitude:** baseia-se na teoria dos grafos, e é utilizada frequentemente por pesquisadores das representações sociais;

- i) **nuvem de palavras:** agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chaves de um *corpus*.

4.6 Preparo do *corpus*

O corpo textual foi gerado a partir das questões respondidas pelos profissionais de enfermagem e pelos familiares a partir do formulário de pesquisa. As entrevistas foram transcritas e aplicadas no bloco de notas, salvas em arquivo com extensão codificada para UTF8, conforme descrição do Iramuteq, e aplicadas no *software*. No *corpus* textual, os textos são separados por linhas de comando ou linhas de asteriscos. A linha determina o número de identificação do entrevistado e as variáveis que foram definidas.

Desta forma, foram definidas as seguintes variáveis para a equipe de enfermagem: sexo (*sex_1= feminino e *sex_2=masculino), idade (*ida_1= igual ou menor que 30 e *ida_2= maior que 30 anos), estado civil (*est_1= casado, *est_2= solteiro e *est_3= outros), categoria profissional (*cat_1= enfermeiro e *cat_2=técnico de enfermagem), escolaridade (*esc_1= superior, *esc_2= técnico de enfermagem e *esc_3= pós-graduação), especialização (*esp_1= sem pós-graduação e *esp_2= com pós-graduação), tempo de experiência (*texp_1= até 5 anos e *texp_2= acima de 5 anos) e tempo de atuação em UTIP (*tau_1= até 5 anos e *tau_2= acima de 5 anos).

Para os familiares, as variáveis foram: sexo (*sex_1= feminino e *sex_2= masculino), idade (*ida_1= igual ou menor que 30 e *ida_2= maior que 30 anos), estado civil (*est_1= casado, *est_2= solteiro e *est_3= outros), escolaridade (*esc_1= superior, *esc_2= médio e *esc_3= fundamental), grau de parentesco (*par_1= mãe, *par_2= pai e *par_3= outros), idade da criança (*icri_1= menor que 2 anos e *icri_2= de 2 a 7 anos e *icri_3= de 7 a 13 anos), tempo de internação na UTIP (*tint_1= até 10 dias, *tint_2= de 10 a 20 dias, *tint_3= acima de 20 dias), primeira internação na UTIP (*pint_1= sim e *pint_2= não) e quais as pessoas que acompanham na internação (*pac_1= mãe, *pac_2= pai e mãe e *pac_3= familiares).

Sendo assim, o *corpus* foi submetido ao Iramuteq, que apresenta o resultado em forma de dendograma, representando graficamente as classes de palavras e a relação entre elas.

4.7 Sobre a Lei de Zipf

Neste trabalho, foi utilizada a Lei de Zipf, que está relacionada à frequência de ocorrência de palavras em um determinado texto. Zipf observou que em um texto longo existia uma relação entre a frequência em que uma dada palavra ocorria e sua posição na lista de palavras ordenadas segundo sua frequência de ocorrência. Além disso, Zipf observou que o produto da ordem de série (r) de uma palavra, pela sua frequência de ocorrência (f), era aproximadamente constante (c). Desta forma, a primeira Lei de Zipf ficou conhecida com a seguinte fórmula: $r \cdot f = c$ (GUEDES; BORSCHIVER, 2005).

Zipf, analisando a obra “Ulisses”, de James Joyce, encontrou uma correlação entre o número de palavras diferentes e a frequência de seu uso e diz que existe uma regularidade fundamental na seleção e uso das palavras e que um pequeno número de palavras é usado muito mais frequentemente. Ele descobriu que a palavra mais utilizada aparecia 2653 vezes, a centésima palavra mais utilizada ocorria 256 vezes e a ducentésima palavra ocorria 133 vezes, e concluiu que a posição de uma palavra multiplicada pela sua frequência era igual a uma constante de aproximadamente 26500 (ARAÚJO, 2006).

No entanto, para as palavras de baixa frequência de ocorrência, Zipf propôs uma segunda lei, revisada e modificada por Booth. A Segunda Lei de Zipf diz que, em um determinado texto, várias palavras de baixa frequência de ocorrência (alta ordem de série) têm a mesma frequência e ficou expressada da seguinte forma: $\frac{I_1}{I_n} = \frac{n(n+1)}{2}$, em que I_1 corresponde ao número de palavras que têm frequência 1, I_n é o número de palavras que têm frequência n , sendo 2 a constante válida para a língua inglesa (GUEDES; BORSCHIVER, 2005).

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização do perfil dos profissionais de enfermagem

A Tabela 1 foi elaborada a partir dos dados informados no instrumento de coleta de dados. Do perfil analisado, podemos ver o predomínio feminino, característica presente na profissão de enfermagem. Em relação à faixa etária, observa-se que o maior percentual de profissionais está na faixa etária acima de 30 anos, portanto, a maioria dos entrevistados encontra-se em uma faixa etária relativamente jovem. De acordo com Silva e Carvalho (2008), diante da velocidade de absorção de novas tecnologias no cenário da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a necessidade de novos saberes, talvez o jovem demonstre maior vontade, disposição e ânimo para aprender sobre as novidades incorporadas ao cuidado, além disso, este cenário exige um grau de agilidade, destreza e energia, características presentes em indivíduos mais jovens.

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2018

Dados	N	%
Categoria Profissional		
Enfermeiros	15	37,5%
Residente de Enfermagem	1	2,5%
Técnico de Enfermagem	24	60%
Total	40	100%
Sexo		
Feminino	36	90%
Masculino	4	10%
Total	40	100%
Faixa Etária (anos)		
Menor que 30 anos	14	35%
Maior que 30 anos	26	65%
Total	40	100%
Estado Civil		
Casado	19	47,5%
Solteiro	19	47,5%
Outros	2	5%
Total	40	100%

Fonte: A autora, 2018.

Bittencourt, Gaiva e Rosa (2010) ressaltam que a UTI implica uma elevada carga de trabalho devido à alocação de pacientes sujeitos às constantes alterações hemodinâmicas e em risco iminente de morte, os quais exigem cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas.

Louro (2010) também justifica para esse perfil profissional jovem o fato de que, durante a formação profissional, esses profissionais são motivados à prestação da assistência a pacientes críticos, seja por esta clientela requerer maior tempo no cuidado, como pelo aparato tecnológico que possibilita uma oportunidade de enriquecimento de conhecimento em termos práticos e teóricos. E ainda ressalta que, apesar de a maioria dos entrevistados em seu estudo serem profissionais jovens, há espaço para se pensar no conforto do paciente, não se detendo apenas na tecnologia.

A Tabela 2 está relacionada ao tempo de experiência. Silva (2006) nos diz que o tempo de experiência poderá influenciar significativamente no entendimento das relações que se estabelecem no cotidiano das práticas do cuidar em enfermagem na terapia intensiva e na reflexão acerca do significado dos cuidados que são prestados e do ambiente dessas unidades.

Tabela 2 – Características do tempo de experiência. Rio de Janeiro, 2018

Dados	N	%
Tempo de experiência		
Até 10 anos	24	60%
De 11 a 20 anos	15	37,5%
Acima de 30 anos	1	2,5%
Total	40	100%
Tempo de experiência em UTIP		
Até 05 anos	16	40%
Acima de 05 anos	24	60%
Total	40	100%

Fonte: A autora, 2018.

Tratando-se da experiência dos profissionais em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), 60% possuem mais de cinco anos de experiência. Observa-se que os entrevistados possuem um tempo de experiência relativamente importante na UTIP, contribuindo para um melhor desenvolvimento do conforto nesse ambiente.

Quanto ao nível de formação, 16 enfermeiros entrevistados possuem especialização na área de enfermagem pediátrica e dois desses enfermeiros possuem especialização *stricto sensu*

na modalidade de mestrado. A capacitação profissional se torna um diferencial no mercado de trabalho e uma exigência na busca do profissional com o conhecimento especializado.

É importante ressaltar que, no cenário de atuação pesquisado, é fundamental a capacitação deste profissional ou alguma experiência prévia do nível técnico com este ambiente, seja devido à especificidade ou habilidade de executar o cuidado à clientela pediátrica. Além disso, ao se tratar de uma UTI, é imprescindível um melhor conhecimento do enfermeiro e da equipe de enfermagem. De acordo com Silva e Ferreira (2008), em virtude da complexidade do cuidado na terapia intensiva e da presença de recursos tecnológicos cada vez mais avançados, os enfermeiros precisam de um desempenho técnico e científico com maior atenção, pois, como consequência dessas novas incorporações, passou-se a requerer que os enfermeiros estejam mais capacitados e aptos a lidarem com esse ambiente especializado.

Conforme Oliveira (2013), quanto mais o enfermeiro se capacita para o cuidado nas unidades tecnológicas, mais se apropria do conhecimento científico específico e maior a chance de inserir de forma positiva e benéfica o conforto na complexidade que circunda o cuidado à criança.

Para desenvolver as atividades na UTIP, é fundamental a afinidade do profissional com crianças, pois, no início da hospitalização, a criança não interage com os profissionais, seja por sentimentos de medo ou por anseios do que pode ocorrer, além da não familiaridade com os profissionais e com o ambiente. Sendo assim, cuidar da criança exige do profissional de saúde não apenas habilidade técnica, mas a capacidade de amar e de transmitir emoções e segurança para aquele que necessita de cuidados.

É importante destacar também que, de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada (INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA, 2008), a equipe de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e de sua família.

Hockenberry e Wilson (2011) dizem que é essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança para promover um cuidado de enfermagem de alta qualidade. É preciso que a equipe tenha relações significantes com a criança e com seus familiares. Além disso, Oliveira (2013) identificou em seu estudo que existem qualidades essenciais para ofertar o conforto à criança grave e dependente de tecnologia, e 70,58% das enfermeiras que foram entrevistadas listaram algumas qualidades que são fundamentais para o desenvolvimento do cuidado, sendo elas: conhecimento científico, dedicação, observação, sensibilidade, destreza, empatia, comunicação e criatividade.

5.2 Caracterização do perfil dos familiares

Com base na Tabela 3 abaixo, é possível observar que 82,5% das entrevistas foram realizadas com mães. É importante ressaltar que historicamente a mulher possui a função de cuidadora e protetora da família. Segundo Vieira et al. (2017), constatou-se que, por ser uma questão cultural, a responsabilidade do cuidado fica a cargo do gênero feminino, sobrecarregando as mães que, na maioria das vezes, não têm com quem revezar ou, mesmo que tenham, optam por permanecer com a criança durante todo o período da hospitalização.

Torquato et al. (2012) reforçam que, apesar de importantes mudanças e conquistas da mulher na sociedade nas últimas décadas, o constructo histórico-cultural estabelecido pela sociedade ainda reserva à figura materna a responsabilidade pelo cuidado com o filho hospitalizado; a ela é direcionado o papel principal de educadora, sociabilizadora e cuidadora da prole.

Para Pêgo e Barros (2017), a presença da família, em especial da mãe, cultiva a interação criança, equipe, família, e paralisa os resultados negativos da separação, desenvolve sua acomodação no hospital, promove a aceitação do tratamento e ameniza os fatores estressantes da doença e da hospitalização.

A presença da família é fundamental no processo de hospitalização da criança, pois o familiar que acompanha a criança se torna um mediador, transmitindo à equipe informações fundamentais para a promoção da assistência e tratamento desta criança.

Apenas 12,5% dos pais participaram deste estudo. O baixo percentual do pai acompanhando a criança no período da hospitalização pode estar relacionado ao fato de ser atribuída ao homem a função de continuar provendo recursos financeiros à família.

Tabela 3 – Caracterização do perfil dos familiares entrevistados. Rio de Janeiro, 2018

Dados	N	%
Grau de parentesco		
Mãe	33	82,5%
Pai	5	12,5%
Avó	2	5%
Total	40	100%
Idade		
Até 30 anos	20	50%
Acima de 30 anos	20	50%
Total	40	100%
Estado Civil		
Solteiro	28	70%
Casado	11	27,5%
Outros	1	2,5%
Total	40	100%
Escolaridade		
Ensino Médio	11	27,5%
Ensino Fundamental	23	57,5%
Ensino Superior	6	15%
Total	40	100%

Fonte: A autora, 2018.

Na Tabela 4, observam-se algumas características das crianças que estavam internadas, quanto à idade, tempo de internação, primeira internação ou não, e se havia alguma doença preexistente.

Tabela 4 – Características das crianças internadas. Rio de Janeiro, 2018

Dados	N	%
Idade da criança		
Menor que 2 anos	24	60%
Acima de 2 a 7 anos	8	20%
Maior que 7 anos	8	20%
Total	40	100%
Tempo de internação		
Até 10 dias	27	67,5%
De 11 a 20 dias	3	7,5%

Acima de 20 dias	10	25%
Total	40	100%
Primeira internação		
Sim	27	67,5%
Não	13	32,5%
Total	40	100%
Doença preexistente		
Sim	18	45%
Não	22	55%
Total	40	100%

Fonte: A autora, 2018.

5.3 Resultados lexicométricos

A primeira análise realizada pelo *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq) foi a quantificação das palavras evocadas pelos familiares e profissionais. A lexicometria considerou a Lei de Zipf, a qual considerou em seu postulado a relação existente entre uma palavra e sua frequência em um determinado texto, distinguindo palavras de alta frequência das de baixa frequência. Zipf encontrou uma correlação entre o número de palavras diferentes e a frequência do seu uso, chegando à conclusão da existência de uma regularidade fundamental na seleção e no uso das palavras, bem como à identificação de um pequeno número de palavras com frequência aumentada. Com isso, formulou sua primeira lei: $r.f=c$.

Os Quadros 1 e 2 abaixo mostram o resultado das palavras extraídas do *corpus* analisado separadamente entre os participantes desta pesquisa. Percebe-se que a frequência das palavras que ocupam as primeiras posições (R1,2,3...) é alta para um pequeno grupo de palavras, enquanto que, em um determinado momento, esta relação se inverte. Para Zipf, estes grupos de palavras pertencem a zonas diferentes. O quadro com todas as palavras extraídas do *corpus* consta no APÊNDICE D.

A primeira zona de Zipf é denominada de informação trivial ou básica e confere com palavras que pertencem a um domínio de saber bastante delimitado, neste caso, palavras que estão intimamente relacionadas com o tema abordado, por exemplo, “criança”, com 56

ocorrências e ocupando o primeiro lugar no *ranking* das palavras evocadas pelos familiares, enquanto que, entre os profissionais, a palavra de maior ocorrência foi “conforto”, com 56 ocorrências.

A segunda zona confere com a informação interessante e que está ocupando o espaço entre a primeira e a terceira zona. Acredita-se que as palavras nela situada são palavras potencialmente inovadoras. Por último, na terceira zona ou zona de dispersão, ocorre uma quantidade aumentada de palavras com baixa ocorrência. Acredita-se que são termos ainda pouco emergentes e que causam ruídos estatísticos (QUONIAM et al., 2001, p. 23–24).

Quadro 1 – Lei de Zipf aplicada aos familiares

Ordem de Série	Palavras	Frequência	Soma	Zipf
1	criança	56	56	56
2	muito	47	103	94
3	bem	45	148	135
4	não	44	192	176
5	bom	39	231	195
6	sim	37	268	222
7,5	pacientem, mais	62	330	465
9	como	26	356	234
10	sempre	25	381	250
11	porque	23	404	253
12	cuidado	22	426	264
13,5	ficar, conforto	40	466	540
15	equipa	19	485	285
16	carinho	18	503	288
17,5	filho, achar	34	537	595
20	sentir, quando, necessário	48	585	960
22	profissional	15	600	330
24	lugar, atenção, ambiente	42	642	1008
28	tratar, dar, confortável, casa, a	65	707	1820
31	possível	12	719	372
32	colocar	11	730	352
34,5	vez, mesmo, colo, amor	40	770	1380
42	tudo, troca, tranquilo, silêncio,	99	869	4158
51,5	ótimo, procedimento, menos,	64	933	3296
62	uti, tratamento, roupa, pegar,	91	1024	5642
73,5	sonda, melhorar, luz, local, inv	60	1084	4410
88	vontade, tirar, sentar, seguran	95	1179	8360
112	vesical, utip, tranquilidade, ta	116	1295	12992
150	veia, trocar, temperatura, sofr	141	1436	21150
220,5	vida, tudo, trazer, traumatizan	188	1624	41454
433	ética, área, xingar, vídeo, voz,	331	1955	143323

Fonte: A autora, 2018.

Quadro 2 – Lei de Zipf aplicada aos profissionais

Ordem de Série	Palavras	Frequência	Soma	Zipf
1	conforto	56	56	56
2	estar	52	108	104
3	criança	51	159	153
4	paciente	48	207	192
5	cuidado	46	253	230
6	bem	45	298	270
7	dor	40	338	280
8	sim	36	374	288
9	aspiração	35	409	315
10	ao	34	443	340
11	como	26	469	286
13	proporcionar, porque, mudança	75	544	975
15	procedimento, decúbito, ambiente	24	568	360
16,5	decúbito, ambiente	44	612	726
19	punção, possível, não	63	675	1197
21,5	venoso, sentir	40	715	860
23,5	quando, mais	38	753	893
25	leito	17	770	425
26,5	via, cliente	32	802	848
29	momento, carinho, aéreo	45	847	1305
32	realizar, doloroso, confortável	42	889	1344
35	tot, enfermagem, adequado	39	928	1365
38,5	vez, tranquilidade, sempre, banho	48	976	1848
44	segurança, muito, mesmo, invasivo, higiene, deixar, t	77	1053	3388
48,5	posição, algo	20	1073	970
50,5	também, aliviar	18	1091	909
57	tqt, palavra, medida, gerar, forma, ficar, família, desc	88	1179	5016
72	tudo, troca, simples, seguro, ruído, proteção, permiti	133	1312	9576
89	vida, trazer, sensação, processo, prestar, oral, interna	90	1402	8010
107,5	remeter, redução, questão, qualidade, procurar, prec	110	1512	11825
131,5	uti, uso, tratamento, tornar, saúde, ruim, promover, t	104	1616	13676
179,5	visar, verificar, trocar, tratar, toque, sono, sondagem,	210	1826	37695
273	úlceras, área, voltar, vesicar, ventilação, utip, usar, uni	234	2060	63882
510,5	único, óbito, zona, vídeo, vulnerável, voz, vontade, vi	358	2418	182759

Fonte: A autora, 2018.

O comportamento das palavras evocadas pelos familiares, quando analisadas à luz da segunda Lei de Zipf modificada por Booth, revelou que as palavras e sua frequência na ordem de série “F” e “R”, em alguns momentos, não se enquadravam em linha com esta teoria. A equação utilizada foi $K = r.f$.

A lei é aplicável a palavras com elevado índice de ocorrência no texto. Para as palavras de menor ocorrência (um pequeno índice), Zipf apresentou a segunda lei, modificada por Booth, no ano de 1967, expressada pela equação: $\frac{I_1}{I_n} = \frac{n(n+1)}{2}$, em que I_1 corresponde ao número de

palavras que têm frequência 1, I_n é o número de palavras que têm frequência n , sendo 2 a constante válida para a língua inglesa (GUEDES; BORSCHIVER, 2005).

Os valores encontrados, respectivamente, representam a ordem de série 1 a 6, cujos resultados foram, sucessivamente, 433, 144, 72, 43, 28, 20. Estes valores encontrados deveriam estar em linha com os achados empíricos com os valores sucessivos de [criança] 56, [muito] 47, [bem] 45, [não] 44, [bom] 39 e [sim] 37.

As palavras [criança], [muito], [bem], [não], [bom] estão presentes na primeira zona de Zipf. São palavras importantes do ponto de vista semântico, quando se pretende, dentre outros objetivos, a construção de um conceito de conforto. Sendo assim, é razoável que estas palavras sejam apresentadas nos trechos das falas dos familiares que participaram desta investigação.

*** ***suj_26 *sex_1 *ida_1 *est_1 *esc_2 *par_1 *icri_1 *tint_3 *pint_2 *pac_1** uma **boa** alimentação para as crianças um silêncio para eles dormirem bem tranquilos e uma atenção **boa** para eles se sentir bem o conforto tem que ser proporcional para os bebês para que eles se sintam em casa e fiquem tranquilos

**** ***suj_38 *sex_2 *ida_2 *est1 *esc_1 *par_2 *icri_1 *tint_1 *pint_2 *pac_3** silêncio **boa** temperatura colchão macio estar em uma situação tal que proporcione tranquilidade paz e bem-estar banho aspiração sim

**** ***suj_13 *sex_1 *ida_1 *est_2 *esc_2 *par_1 *icri_1 *tint_3 *pint_1 *pac_2** silêncio resume tudo **bom** colchão um **bom** lençol silêncio retirada de sangue sim porque eles estão em uma fase muito delicada da vida colocando uma televisão para que eles possam se distrair e esquecer um pouco do sofrimento

**** ***suj_2 *sex_1 *ida_1 *est_2 *esc_2 *par_1 *icri_1 *tint_3 *pint_1 *pac_1** que bebê lindo muito **bom** ele se recuperar um **bom** lugar pra dormir silêncio uma **boa** comida um **bom** banho quando passam a sonda vesical eu acho que ele fica mais desconfortável sim

**** ***suj_32 *sex_1 *ida_2 *est_2 *esc_2 *par_1 *icri_1 *tint_1 *pint_1 *pac_1** arrumação organização atenção e limpeza **boas** instalações **bom** atendimento e **boa** alimentação os invasivos tais como introdução de sondas e aspiração nasal e oral sim

**** ***suj_20 *sex_2 *ida_2 *est_1 *esc_3 *par_2 *icri_2 *tint_1 *pint_2 *pac_2** as palavras da equipe médica em geral o **bem**-estar do paciente sendo **bem** cuidado estar sempre acomodado porque quando o paciente não tem veias resistentes tem paciente que tem as veias que são muito finas e estouram muito por isso tem um desconforto

**** ***suj_31 *sex_1 *ida_2 *est_1 *esc_2 *par_1 *icri_2 *tint_1 *pint_1 *pac_3** oferecendo o máximo de carinho dedicação compreensão e cuidados como a limpeza segurança e mínimo de barulho possível todas as palavras citadas em cima acho que a equipe são **bem** dedicadas atenciosas responsáveis e carinhosas com os seus pacientes

**** *su_j_9 *sex_1 *ida_1 *est_2 *esc_3 *par_1 *icri_3 *tint_1 *pint_2 *pac_3
carinho atenção parabéns a todos não tenho o que questionar minha filha foi **bem** cuidada
sempre foi muito **bem** tratada bom ela não gosta de tirar sangue se eu pudesse mudaria isso rsrs

**** *su_j_10 *sex_1 *ida_2 *est_2 *esc_2 *par_1 *icri_1 *tint_1 *pint_1 *pac_1
a comodidade dos pacientes com os equipamentos necessários profissionais capacitados e
atenciosos o **bem**-estar dos pacientes tais como os cuidados prestados pela equipe aparelhos
necessários quando o profissional não tem responsabilidade pelo que faz

**** *su_j_23 *sex_1 *ida_2 *est_2 *esc_2 *par_1 *icri_3 *tint_1 *pint_1 *pac_3
ser **bem** cuidada tá feliz se sentir **bem** na hora de retirar o sangue porque é desconfortável sim
quando há profissionais dispostos a fazer o melhor pro seu paciente conversar brincadeiras boa
mas sempre pode melhorar

**** *su_j_36 *sex_1 *ida_2 *est_2 *esc_2 *par_3 *icri_2 *tint_2 *pint_2 *pac_3
cuidado estar **bem** assistido pela equipe de enfermagem aspiração é um procedimento invasivo
e acho que causa desconforto sim sempre podemos melhorar o atendimento ao paciente um
ambiente tranquilo o paciente fica mais calmo

**** *su_j_25 *sex_1 *ida_2 *est_2 *esc_3 *par_1 *icri_3 *tint_1 *pint_2 *pac_3
boa não tenho o que reclamar é cama limpa todos os dias banho troca de curativos e dar atenção
ao paciente troca de lençol são ótimas as enfermeiras e cuidam muito **bem** tratam o paciente
com muita paciência

Essas falas parecem demonstrar a preocupação com o ambiente físico e seus fatores determinantes para o conforto físico, aspectos de hotelaria e qualificação dos cuidados prestados pela equipe de saúde, o que vai ao encontro do que propõe Kolcaba (ALLIGOOD; TOMEY, 2004) para o tipo de conforto “tranquilidade e contexto físico”.

Em relação aos profissionais, o comportamento das palavras analisadas à luz da Lei de Zipf modificada por Booth revelou que as palavras e sua frequência na ordem de série “F” e “R” também não se enquadravam em linha com esta lei.

Os valores encontrados, respectivamente, representam a ordem de série 1 a 6, cujos resultados foram, sucessivamente, 358, 119, 60, 36, 24, 17. Estes valores encontrados deveriam estar em linha com os achados empíricos com os valores sucessivos de [conforto] 56, [estar] 52, [criança] 51, [paciente] 48, [cuidado] 46 e [bem] 45.

**** *su_j_24 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
sedação ausência de dor ventilação apropriada sono entre outras porque permitem que a **criança**
passe pelo tratamento e por todos os procedimentos invasivos e desconfortáveis existentes no
cti

**** *su_j_4 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_1
aspiração de vias aéreas superiores sem sedação é notório a expressão de incômodo nas
crianças neste procedimento cateterismo nasogástrico e nasoentérico pelo mesmo motivo

acima dependendo da idade o banho e os cuidados gerais tornam se também desconfortáveis pela exposição do corpo e vergonha

**** *suj_26 *sex_1 *ida_1 *est_2 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
algo que te traga satisfação procedimentos invasivos que remetem dor como por exemplo punção venosa periférica introdução de cateteres pois são procedimentos dolorosos o banho que muitas vezes deveria ser algo relaxante e confortável se torna algo desconfortável pela insegurança da **criança** com o desconhecido

**** *suj_16 *sex_1 *ida_2 *est_3 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
é o resultado de medidas adotadas com a **criança** para aliviar o momento da internação e reduzindo o estresse da **criança** e da família acredito que os mais dolorosos pois causam desconforto da dor e a **criança** demora para voltar ao seu momento de conforto

**** *suj_39 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
aspiração nasal incômodo sondagem incômodo sim se priorizarmos um ambiente que atenda às necessidades individuais dessa **criança** poderemos com pequenos gestos promover conforto à mesma

**** *suj_19 *sex_1 *ida_1 *est_1 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_1
punção venosa sondagem vesicar e enteral ambos os procedimentos são desconfortantes dolorosos e incomodam sim é possível conversando com a **criança** explicando o procedimento fazendo analgesia para dor ou sedação a critério médico para diminuir a dor

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *est_2 *cat_2 *esc_2 *esp_2 *texp_1 *tau_1
tranquilidade calma paciência proporcionar à **criança** momento de tranquilidade durante a internação punção venosa e sondagem vesical ambas são muito invasivas eu particularmente não gostaria de passar por isso imagino que a **criança** também não

**** *suj_23 *sex_1 *ida_1 *est_2 *cat_2 *esc_2 *esp_2 *texp_1 *tau_1
dormindo ou acordado porém calmo sem dor e se dor procurar sempre amenizar de forma medicamentosa ou não banho no leito devido ao frio que a **criança** sente aspiração doloroso e incômodo punção periférica dor sem medidas

**** *suj_24 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
sim com ações humanizadas inserindo o acompanhante nesse processo proporcionando ambiente pouco barulhento iluminação adequada mudança de decúbito e comunicação tanto com o **paciente** durante os procedimentos como a equipe médica trocando experiências chegando num consenso de melhor cuidado prestado

**** *suj_28 *sex_1 *ida_2 *est_2 *cat_2 *esc_2 *esp_2 *texp_2 *tau_2
o profissional de saúde que cuida do seu **paciente** com carinho o trata segurando nas suas mãos e com calma deixa-o muito mais relaxado conforto é todo um processo que vai do cuidado com **pacientes** quanto às suas necessidades ou todas as vezes que lhe for necessário é estar presente

**** *suj_6 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_2 *esc_1 *esp_2 *texp_2 *tau_2
a humanização da assistência de enfermagem em relação ao **paciente** pediátrico no cti como conforto emocional físico e compromisso profissional se colocando no lugar do **paciente** para melhor atendê-lo conforto emocional conforto físico e compromisso profissional

**** *suj_6 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_2 *esc_1 *esp_2 *texp_2 *tau_2
negligência imperícia e etc sim o doente precisa de medicamentos mas precisa de respeito
carinho e dignidade minimizar o estado através de carinho e incentivo e fé um ambiente
adequado estrutura física e programada para atender os **pacientes**

**** *suj_30 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
aconchego ambiente proporcionar mesmo em casos graves condições ideais de vida para a
criança internada como permeabilidade de vias aéreas conforto no leito integridade da pele
condições de comunicação do **paciente** com a equipe quando possível

**** *suj_21 *sex_1 *ida_1 *est_2 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_2
tempo para cuidar temos que ser mais **pacientes** e tratar cada um com a sua individualidade
deixar cada **paciente** na sua particularidade ter respeito pelo jeito de ser e se comportar de cada
um isso me remete conforto

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *est_1 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_2
em **paciente** escolar o enema pois entra em questão todo o processo de invasão quanto ao que
nossos pais orienta a não ser tocados por pessoas estranhas mesmo sendo profissionais de saúde
e o outro é o óbito

**** *suj_33 *sex_2 *ida_2 *est_1 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_2
atenção aos cuidados higiene medicação porque são os principais meios de conforto para o
paciente é quando a criança está adequada no leito com o ambiente propício para sua
recuperação mais rápida

**** *suj_33 *sex_2 *ida_2 *est_1 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_2
higiene por ser a hora que o paciente fica mais vulnerável sim porque os profissionais da
enfermagem oferecem os **cuidados** necessários que o paciente necessita como medicação
aspiração higiene e etc

**** *suj_11 *sex_1 *ida_2 *est_2 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
cuidados que geram dor como aspiração punção venosa sim a realização dos **cuidados** de
enfermagem é uma medida de conforto avaliação sob a forma que a assistência pode ser
prestada reduzindo os possíveis estresses otimizando o serviço

**** *suj_34 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_2 *esc_2 *esp_2 *texp_2 *tau_2
não realizar mudança de decúbito aspiração de vias aéreas punção venosa periférica quando há
necessidade de várias tentativas administrar medicação retal sim pois a enfermagem está nesse
ambiente não só para oferecer **cuidados** intensivos e invasivos

**** *suj_25 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
os **cuidados** de enfermagem mais desconfortantes são aqueles que causam dor punção venosa
coleta de sangue aspiração de vias aéreas superiores tot e tqt troca de curativos

**** *suj_15 *sex_1 *ida_1 *est_2 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_1 *tau_1
todos os **cuidados** que geram dor porém a aspiração do tot e tqt gera muito desconforto
respiratório expressado pelo paciente na maioria das vezes sim através de simples ato como
diminuição da luminosidade e ruídos quando possível e correta eficiente analgesia

**** *suj_37 *sex_1 *ida_1 *est_2 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_1
 aspiração de vias aéreas aspiração tot mudança de decúbito dependendo do paciente punção
 venosa esses são os **cuidados** onde o cliente apresenta nitidamente desconforto sim procurando
 fazer sempre o melhor se doando à criança dando atenção carinho amor

**** *suj_37 *sex_1 *ida_1 *est_2 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_1
 executando todos os **cuidados** de enfermagem

**** *suj_39 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_2 *tau_2
 carinho **cuidado** pois para mim quando penso em conforto penso logo em um **cuidado** ao
 indivíduo com carinho e afeto conforto é proporcionar ao indivíduo um **cuidado** que priorize
 suas necessidades individuais punção venosa gera dor

**** *suj_7 *sex_1 *ida_1 *est_2 *cat_1 *esc_3 *esp_2 *texp_1 *tau_1
 sim através de minimização dos traumas causados pelo **cuidado** de enfermagem

**** *suj_20 *sex_1 *ida_1 *est_2 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_2
cuidados que possam causar algum tipo de dor como aspiração de tot tqt passagem de sonda
 ou cateter vesicar de demora punção venosa entre outros acredito que sim realizando
 posicionamento no leito de forma confortável e realizando **cuidados** de maneira cuidadosa e
 carinhosa

**** *suj_31 *sex_1 *ida_2 *est_1 *cat_2 *esc_2 *esp_1 *texp_2 *tau_1
 chegando a desestabilizar o emocional tanto da criança como da família em alguns casos sim
 oferecemos conforto com mudança de decúbito aspiração de tot e vias aéreas troca de fraldas
 medicando no horário trocando curativos e principalmente demonstrando carinho nos **cuidados**

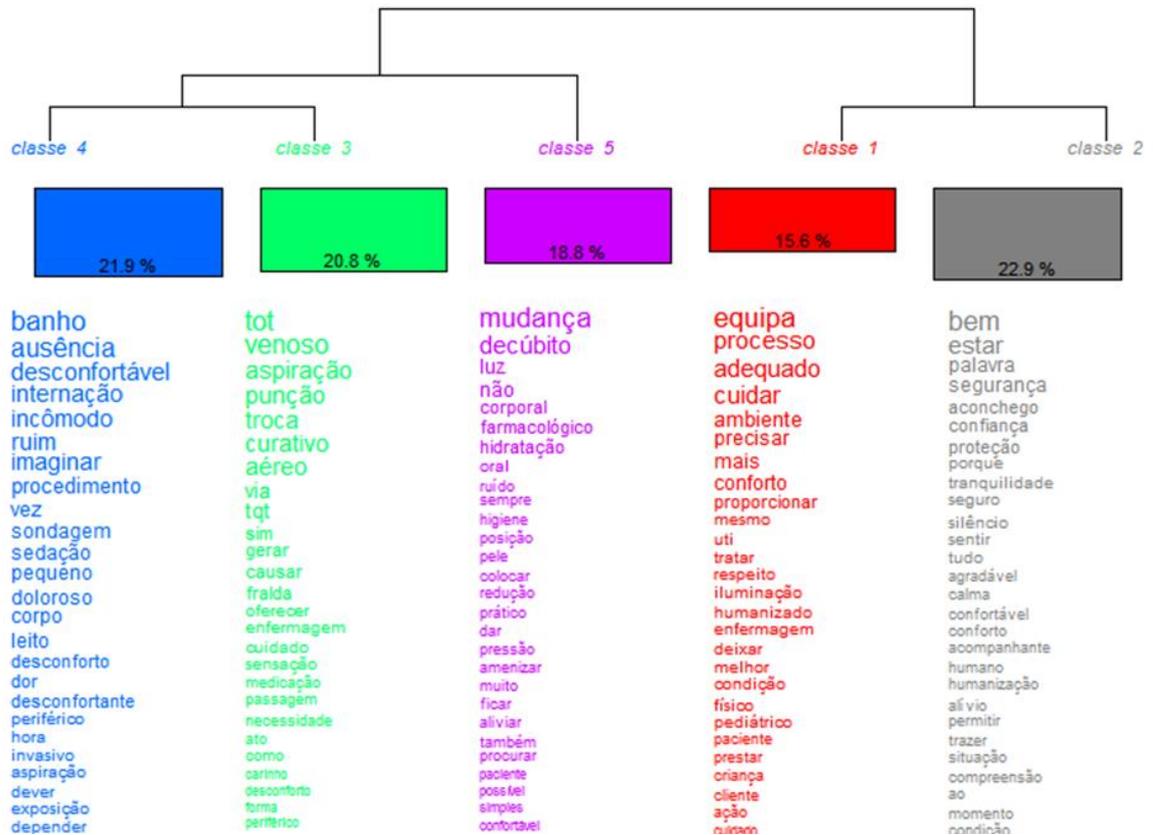
5.4 Classificação Hierárquica Descendente: profissionais de enfermagem

Neste momento serão apresentados os resultados obtidos através da análise do *software* Iramuteq mediante as questões respondidas pelos profissionais da equipe de enfermagem na entrevista realizada.

No conteúdo da análise, foram observadas 3954 ocorrências de palavras, sendo 778 formas distintas. O *corpus* listou 39 nomes de texto, com 120 (80%) segmentos de texto retidos na Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

A CHD dividiu o *corpus* em cinco classes, sendo que, em um primeiro momento, dividiu o *corpus* em dois subcorpus, agrupando as classe 1 e 2; e o outro subcorpus agrupando as classes, 4, 3 e 5, conforme a Figura 3.

Figura 3 – Dendograma da CHD do *corpus* textual dos profissionais



Fonte: A autora, 2018.

Conforme o dendograma apresentado na Figura 3, podemos perceber as relações existentes entre as classes. Observa-se que a classe com o maior percentual de segmentos de texto analisados foi a classe 2, correspondendo a 22,9%; esta classe mostra uma grande relação com a classe 1, que corresponde a 15,6%, e nenhuma relação com as classes 5, 3 e 4. No entanto, em um segundo momento, as classes 3 e 4 ficaram interligadas e tiveram pouca relação com a classe 5.

As unidades lexicais de cada classe são descritas na Tabela 5 abaixo. Optamos por utilizar apenas as 10 unidades lexicais mais presentes em cada classe.

Tabela 5 – Unidade lexical da CHD dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2018

Classe 1			Classe 2			Classe 3		
Unidade lexical	f	Chi ²	Unidade lexical	f	Chi ²	Unidade lexical	f	Chi ²
Equipa	4	22.54	Bem	29	57.63	TOT	13	28.68
Processo	3	16.72	Estar	30	47.28	Venoso	19	25.73
Adequado	10	16.67	Palavra	7	25.4	Aspiração	29	24.04
Cuidar	5	16.58	Segurança	9	24.47	Punção	20	23.5
Ambiente	19	12.6	Aconchego	10	20.59	Troca	7	19.27
Precisar	4	11.16	Confiança	5	17.74	Curativo	7	19.27
Mais	17	10.23	Proteção	7	16.86	Aéreo	14	18.76
Conforto	36	9.74	Porque	17	15.08	Via	15	16.54
Proporcionar	18	9.09	Tranquilidade	8	13.4	TQT	8	15.53
Mesmo	9	6.26	Seguro	6	13.22	Sim	27	9.03

Classe 4			Classe 5		
Unidade lexical	f	Chi ²	Unidade lexical	f	Chi ²
Banho	10	22.07	Mudança	24	40.21
Ausência	5	18.84	Decúbito	21	32.86
Desconfortável	7	18.01	Luz	4	18.09
Internação	4	14.91	Não	16	17.72
Incômodo	4	14.91	Corporal	7	13.75
Ruim	4	14.91	Farmacológico	3	13.42
Imaginar	4	14.91	Hidratação	3	13.42
Procedimento	16	13.28	Oral	6	9.65
Vez	11	12.68	Sempre	5	5.89
Sondagem	3	11.06	Ruído	5	5.89

Fonte: A autora, 2018.

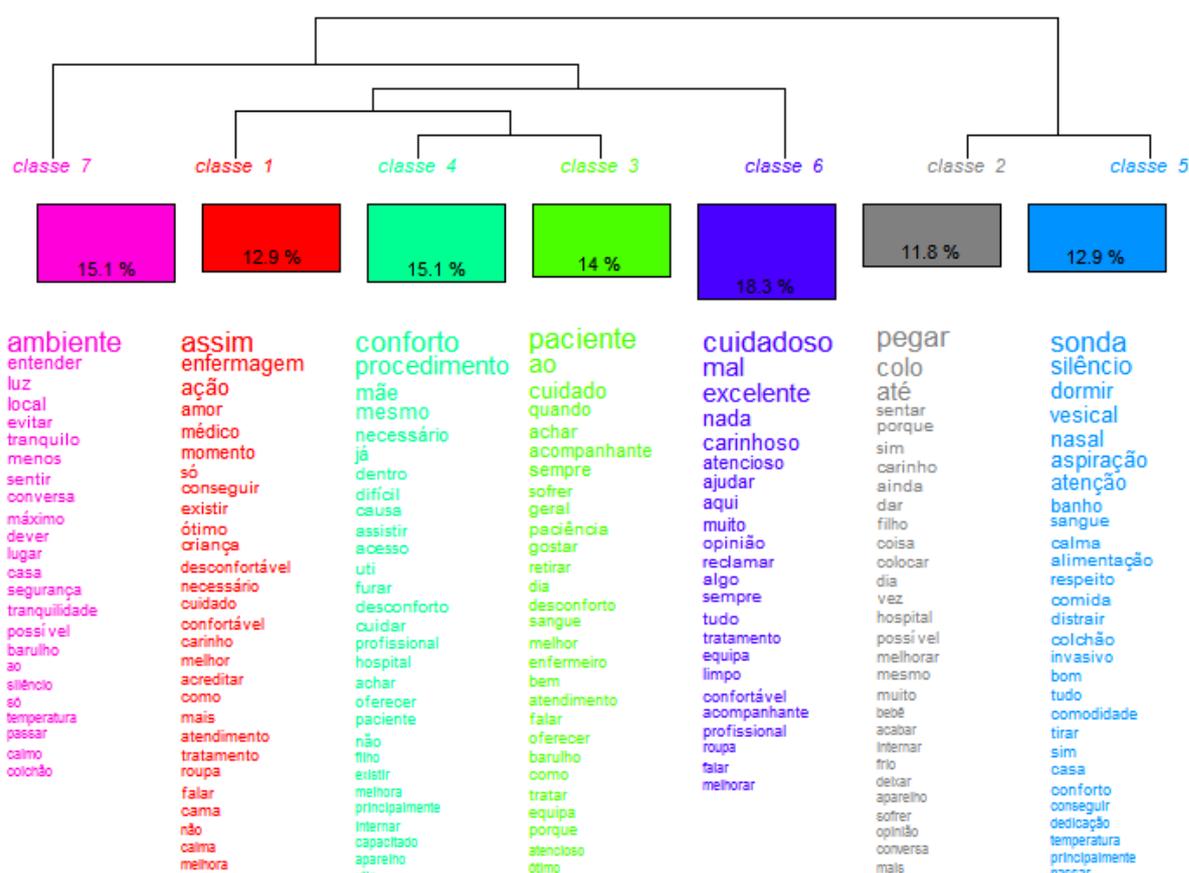
5.5 Classificação Hierárquica Descendente: familiares

Neste momento serão apresentados os resultados obtidos através da análise do *corpus* pelo *software* Iramuteq mediante as questões respondidas pelos familiares das crianças hospitalizadas na UTIP.

No conteúdo da análise, foram observadas 3624 ocorrências de palavras, sendo 686 formas distintas. O *corpus* encontrou 40 nomes de texto, com 108 (86,1%) segmentos de texto retidos na CHD.

A CHD dividiu o *corpus* em sete classes, sendo que, em um primeiro momento, dividiu o *corpus* em dois subcorpus, agrupando as classe 5 e 2; e o outro subcorpus agrupando as classes, 6, 3, 4, 1 e 7, conforme a Figura 4.

Figura 4 – Dendograma da CHD do *corpus* textual dos familiares das crianças internadas na UTIP



Fonte: A autora, 2018.

No dendograma apresentado na Figura 4, pode-se perceber as relações existentes entre as classes. Observa-se que a classe com o maior percentual de segmentos de texto analisados foi a classe 6, correspondendo a 18,3%.

As unidades lexicais de cada classe são descritas nas Tabela 6 abaixo. Optou-se por utilizar apenas as 10 unidades lexicais mais presentes em cada classe. Da mesma forma, para

fins de categorização, utilizaram-se apenas as classes 6, 2, 5 e 7, tendo em vista que as classes 1, 4 e 3 não guardam qualquer relação com os objetivos propostos nesta pesquisa.

Tabela 6 – Unidade lexical da CHD dos familiares. Rio de Janeiro, 2018

Classe 1			Classe 2			Classe 3		
Unidade lexical	F	Chi2	Unidade lexical	f	Chi2	Unidade lexical	f	Chi2
Assim	5	35.67	Pegar	6	47.81	Paciente	21	23.27
Enfermagem	5	21.17	Colo	7	39.63	Ao	7	20.78
Ação	5	21.17	Até	4	31.16	Cuidado	17	18.93
Amor	8	10.72	Sentar	5	11.76	Quando	10	12.09
Médico	5	10.43	Porque	17	10.98	Achar	15	10.7
Momento	5	10.43	Sim	35	10.38	Acompanhante	8	9.45
Só	3	7.97	Carinho	14	9.02	Sempre	16	18.76
Conseguir	3	7.97	Ainda	3	8.94	Geral	3	7.16
Existir	3	7.97	Dar	10	8.53	Sofrer	3	7.16
Ótimo	7	6.04	Filho	12	6.11	Paciência	3	7.16

Classe 4			Classe 5			Classe 6		
Unidade lexical	F	Chi2	Unidade lexical	f	Chi2	Unidade lexical	f	Chi2
Conforto	17	23.35	Sonda	5	35.67	Cuidadoso	5	23.62
Procedimento	7	18.81	Silêncio	7	23.07	Mal	4	18.69
Mãe	6	13.36	Dormir	5	21.17	Excelente	4	18.69
Mesmo	7	10.49	Vesical	3	20.93	Nada	5	13.48
Necessário	12	7.93	Nasal	3	20.93	Carinhoso	5	13.48
Já	9	6.73	Aspiração	8	19.16	Atencioso	12	9.28
Dentro	3	6.46	Atenção	15	14.87	Aqui	4	9.0
Acesso	3	6.46	Banho	5	10.43	Ajudar	4	9.0
Difícil	3	6.46	Sangue	9	8.82	Muito	34	7.11
Causa	3	6.46	Calma	3	7.97	Reclamar	3	4.86

Classe 7		
Unidade lexical	f	Chi2
Ambiente	14	52.0
Entender	3	17.49
Luz	5	17.43
Local	5	17.43
Evitar	4	11.75
Tranquilo	8	8.36
Menos	5	8.35

Sentir	12	7.63
Máximo	3	6.46
Dever	3	6.46

Fonte: A autora, 2018.

5.6 Predicações de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos familiares

Através da teoria de Dahlberg (1992, apud SILVA, C. R. L., 2008), é possível criar um alicerce baseado em seu triângulo conceitual, desta forma, o conforto, como objeto deste estudo, torna-se uma unidade de conhecimento predicada pelos profissionais de enfermagem e pelos familiares das crianças hospitalizadas com o intuito de identificar as suas características.

Atendendo ao primeiro objetivo deste estudo, os resultados lexicométricos das entrevistas permitiram identificar a emergência das predicações mais fortemente relatadas em sua forma verbal e nominal, sendo possível a construção do conceito do conforto referido pelos profissionais de enfermagem e pelos familiares das crianças hospitalizadas no ambiente da UTIP.

Através dos resultados dos profissionais entrevistados, ao questionarmos o que é conforto, identificamos que as palavras mais citadas para esta definição foram: “bem-estar”, “aconchego”, “segurança” e “tranquilidade”, presentes na classe 2 da CHD (Figura 3). Desta forma, podemos admitir que o conceito de conforto, na perspectiva destes sujeitos, está relacionado com a promoção do bem-estar da criança hospitalizada com o intuito de fornecer aconchego, segurança e tranquilidade.

Para representar os termos lexicais e ajudar na compreensão do objetivo, destacamos alguns trechos das entrevistas sobre a definição do que é o conforto na perspectiva desses profissionais:

Ações que impedem a dor e favorecem o bem-estar da criança física e emocionalmente (suj 2).

Confiança, segurança e bem-estar, são palavras que trazem a lembrança do conforto (suj 4).

Proporcionar à criança momento de tranquilidade durante a internação (suj 8).

Conforto de tentar dar ao paciente segurança (suj 12).

Bem-estar, proteção, silêncio, aconchego (suj 13).

Bem-estar, tranquilidade. São palavras que *transmite* calma, paciência, amor, cuidado (suj 14).

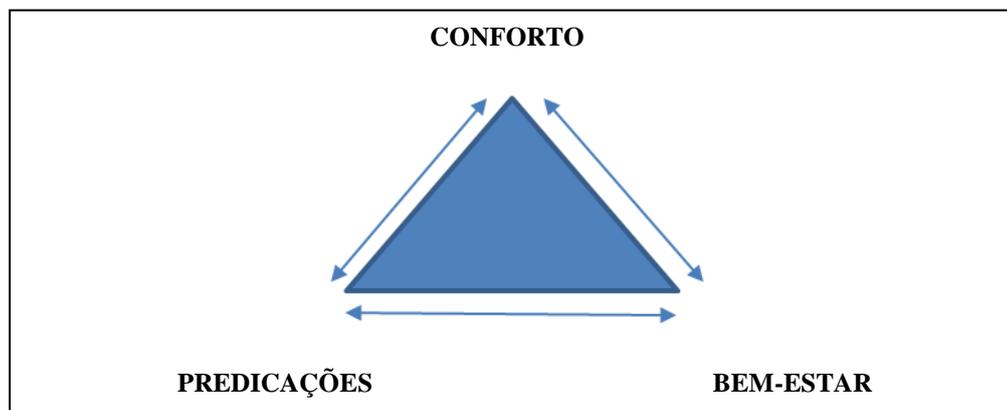
Segurança, bem-estar, aconchego (suj 19).

Para estes profissionais, dentro do cenário da UTIP, alcançar o bem-estar torna-se uma preocupação e um desafio no sentido de buscar o alívio dos sentimentos que são vivenciados durante a internação, assim, existe a intenção de transmitir segurança, aconchego e satisfação do conforto e, ao satisfazer essas necessidades, ocorre o alcance dos tipos de conforto conforme proposto por Kolcaba (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

Conforme propõe o triângulo conceitual de Dahlberg (1992, apud SILVA, C. R. L., 2008), na junção dos três elementos – o “referente” (neste caso, o conforto), as “características” e a “forma verbal” – e considerando a frequência das palavras, foi possível criar um triângulo representativo do conceito de conforto na visão dos profissionais de enfermagem (Figura 5).

Aqui atendemos ao segundo objetivo deste estudo, apresentando uma “forma verbal” que fosse capaz de designar o “referente” conforto para os profissionais entrevistados, sendo para eles o “bem-estar”.

Figura 5 – Triângulo representando o conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem na UTIP



Fonte: A autora, 2018.

Silva e Carvalho (2008) reforçam que o bem-estar é uma meta da enfermagem, e quando administrado positivamente, colabora para a melhora da saúde e da qualidade de vida. Além disso, os autores propõem uma dinâmica de conforto para unidades de internação hospitalar, ilustrando que, quando as necessidades básicas dos clientes são atendidas, promove-se, com isso, atitudes positivas que contribuem para a sensação de tranquilidade, harmonia, paz e bom relacionamento, promovendo bem-estar.

Entendendo a necessidade de promover bem-estar e conforto neste ambiente, os profissionais realizam ações de cuidar, tais como a mudança de decúbito (referida 45 vezes) com o propósito de colocar as crianças que estão sob seus cuidados confortáveis. Nos depoimentos a seguir, é possível perceber que os profissionais apontam a intenção de promover o conforto realizando a mudança de decúbito.

Mudança de decúbito é um conforto (suj 9).

A simples mudança de decúbito, sendo ela uma simples descompressão, é um conforto (suj 10).

Uma simples descompressão, lateralizando algumas vezes o paciente; com a higienização corporal e oral, paciente fica mais relaxado (suj 12).

Mudança de decúbito com frequência para aliviar a pressão (suj 16).

Mantê-lo confortável com mudanças de decúbitos. Realizar higiene corporal adequada (suj 21).

Oferecemos conforto com mudança de decúbito (suj 31).

Realizando mudança de decúbito com hidratação da pele, higiene oral, higiene corporal (suj 36).

As palavras mais enunciadas dentro dessa classe foram “mudança” e “decúbito”. Para os profissionais entrevistados, a mudança de decúbito é uma ação que promove o conforto. Observa-se no estudo de Pott et al. (2013) que, em relação à aplicação de medidas de conforto, a realização da mudança de decúbito em pacientes críticos esteve presente em 90% das ações.

Na perspectiva desses profissionais, o motivo principal para a mudança de decúbito é proporcionar um maior conforto à criança. Isso não está em linha com outros estudos, visto que profissionais realizam a mudança de decúbito, na maioria das vezes, como estratégia para prevenir lesões por pressão (BENEVIDES et al., 2017; SILVA; MOURA, 2015).

Para os familiares da criança hospitalizada, as palavras mais citadas, quando questionados sobre a definição de conforto, foram: “ambiente”, “sentir” e “tranquilo”, que estão identificadas na classe 7 da CHD (Figura 4). Sendo assim, podemos dizer que o conforto, na visão desses sujeitos, está relacionado com o ambiente em que seu ente querido se encontra hospitalizado. As famílias esperam que o ambiente seja o mais cômodo possível e que, além disso, seja aconchegante, com o intuito de permitir um sentimento de tranquilidade. Nos relatos abaixo, é possível evidenciar algum desses termos léxicos.

Estar confortável num ambiente tranquilo. Estar bem acomodada, sem muito barulho, sem muita luz (suj 21).

Lugar tranquilo, lugar bom. Cama confortável, atendimento bom, médicos bons, equipe de enfermagem boa (suj 28).

Um ambiente tranquilo, uma equipe dedicada na segurança do paciente (suj 31).
Boas instalações, bom atendimento e boa alimentação (suj 32).

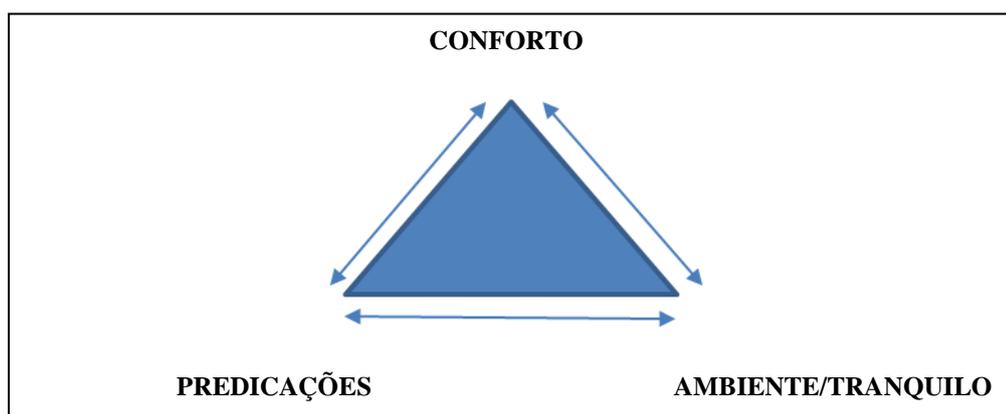
Local organizado, sempre tudo limpo, local sem barulho e nem sempre muito claro (suj 33).

Ambiente limpo e tranquilo. Entendo que devo estar em um lugar que eu me sinta bem, que tenha abrigo, proteção (suj 35).

A preocupação com o ambiente existe desde Nightingale (1989), enfatizando que o ambiente restaura a saúde e oferece aos clientes melhores condições para que a natureza exerça sua cura, com o auxílio das pessoas que deles cuidam. No entanto, a preocupação de Nightingale estava mais voltada para as condições de salubridade, como, por exemplo, aeração e luminosidade, embora a presença de ruídos e outros elementos físicos também tenham sido muitas vezes referenciados por ela; além disso, destacava a presença de pequenos animais domésticos para minimizar o desconforto de pacientes. Kreiser (2001) corrobora, apontando que Nightingale dizia que “um bichinho é a melhor companhia para quem está doente”.

Ilustrando o conforto na UTIP a partir da teoria de Dahlberg (1992, apud SILVA, C. R. L., 2008), e considerando a frequência das palavras, foi possível criar um triângulo representativo do conceito na visão dos familiares participantes da pesquisa, conforme a Figura 6.

Figura 6 – Triângulo representando o conforto na perspectiva dos familiares



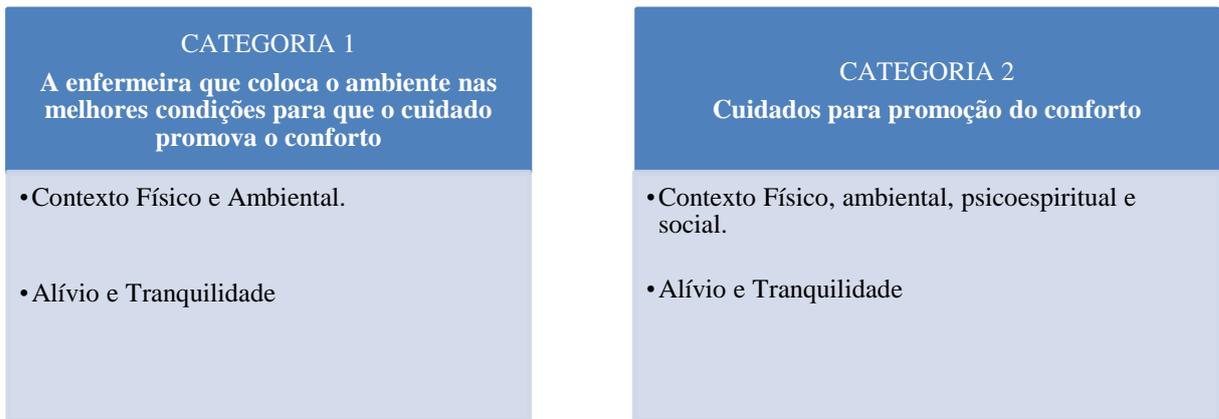
Fonte: A autora, 2018.

Considerando os resultados obtidos no estudo de Silva e Carvalho (2008), os enfermeiros reconheceram que o ambiente é fundamental para a promoção do conforto, e sugerem que todos aqueles que vivenciam o dia a dia neste ambiente direcionem seus esforços para proporcionar o envolvimento no processo do cuidado, almejando um cuidado confortável.

6. CATEGORIAS ANALÍTICAS

Para sistematizar o processo de análise, foram definidas categorias de acordo os dados produzidos pelo *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq) utilizando-se a análise de Bardin. As categorias foram elaboradas a partir dos conteúdos das entrevistas e a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) gerada pelo Iramuteq, assim, a análise possibilitou a identificação de duas categorias para os profissionais entrevistados e três categorias para os familiares. Em seguida, foi realizada a discussão das categorias, associando-as aos postulados de Katharine Kolcaba (ALLIGOOD; TOMEY, 2004) quanto ao contexto em que o conforto é experimentado e quanto ao tipo de conforto. As Figuras 7 e 8 apresentam as categorias construídas.

Figura 7 – Categorias de análise dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2018



Fonte: A autora, 2018.

Figura 8 – Categorias de análise dos familiares da criança hospitalizada. Rio de Janeiro, 2018

CATEGORIA 1 Atitudes que confortam.	CATEGORIA 2 Procedimentos desconfortantes na perspectiva de familiares	CATEGORIA 3 Qualificação do cuidado na perspectiva dos familiares
<ul style="list-style-type: none"> • Contexto Físico e Social. • Alívio, Tranquilidade e Transcedência 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto Físico e Psicoespiritual. • Alívio e Tranquilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto Social. • Alívio e Tranquilidade

Fonte: A autora, 2018.

6.1 Categorias analíticas dos profissionais de enfermagem

6.1.1 Categoria 1: a enfermeira que coloca o ambiente nas melhores condições para que o cuidado promova conforto

Esta categoria emerge dos profissionais de enfermagem que prestam assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), bem como dos familiares das crianças internadas na UTIP, portanto, indivíduos que experimentam a oferta de cuidados de alta complexidade e aqueles aqui entendidos como receptáculos desses cuidados. Esta categoria remete à ideia da importância do ambiente físico e vivido para a oferta de conforto na perspectiva de profissionais e dos familiares.

Neste sentido, é possível identificar, na classe 1 da CHD (Figura 3) e na classe 7 da CHD (Figura 4), respectivamente formadas pelas falas de profissionais e familiares, que as palavras emergidas têm uma forte relação com o ambiente em que é ofertado o cuidado de enfermagem; existe a preocupação da equipe de enfermagem, também relatada pelos familiares, em proporcionar um ambiente agradável e humanizado. Além disso, existe, por parte desses sujeitos, o reconhecimento das influências que o ambiente externo exerce no paciente. No entanto, muitos fatores são passíveis de controle, seja ao adequar a luminosidade, ao minimizar ruídos (des)necessários, no controle de temperatura, etc. Esta preocupação pode ser evidenciada nos trechos dos profissionais de enfermagem, conforme as falas abaixo:

Há várias medidas que podem ser adotadas para promover o conforto, exemplo: minimizar ruídos e luminosidade sempre que possível (suj 2).

Através de simples ato como diminuição da luminosidade e ruídos quando possível (suj 15).

Redução de ruído, pois o ambiente hospitalar possui inúmeros profissionais atuando e muitas vezes extrapolam na fala (suj 16).

Um leito arrumado e limpo para o conforto (suj 22).

Oferecer um ambiente com iluminação adequada, poucos ruídos, ventilação adequada (suj 25).

Conforto é a sensação que temos ao nos sentirmos bem, acolhidos, tranquilos, sem dor, sem excesso de frio ou calor. Nos sentindo bem em determinado ambiente, posição ou situação (suj 40).

Salú (2014) identificou em seu estudo a existência de fatores ambientais que interferem ou que podem interferir na qualidade do cuidado/conforto prestado na UTIP. No que se refere a esses fatores, os entrevistados destacaram que o espaço físico, o excesso de ruído (intenso fluxo de pessoas, alarmes de equipamentos e conversas constantes entre a equipe multiprofissional em voz alta no setor), a quantidade de equipamentos, o “excesso” de fios dos equipamentos, a manipulação constante da equipe multiprofissional em momentos diferentes e o excesso de luminosidade podem interferir no conforto.

Nightingale (1989) destacou, em seus princípios, a responsabilidade da enfermeira com a manutenção e supervisão de condições necessárias com o ambiente e o doente. Para ela, a assistência adequada deveria ser contínua, incluindo a presença, a responsabilidade e a implementação de medidas com o objetivo de proporcionar o conforto e bem-estar ao cliente.

Também é possível perceber, no estudo de Silva e Carvalho (2008), a preocupação das enfermeiras com o ambiente e seus fatores como fundamentais para promover o conforto. Nesse ambiente, na maioria das vezes, faltam manifestações de calor humano, como atenção, sorrisos e alegria. Esse ambiente é considerado de tensão, temor, dor, sofrimento e que não existe nele um cuidado de enfermagem confortante. O depoimento a seguir evidencia esse aspecto:

Promover o conforto é reconhecer que o ambiente hospitalar é indesejado e cenário de muitas dores, as quais as estratégias de conforto diminuem (suj 1).

Nesse contexto, na fala acima se percebe que o ambiente da UTIP é cenário de sofrimento e dor para a criança hospitalizada; esse ambiente possui características que diminuem a oferta de conforto. Entretanto, esse ambiente deve ser manipulado pela enfermeira com o intuito de aliviar o desconforto.

Segundo Moura et al. (2011), a UTI é tida como um local estigmatizado e equipado com tecnologias não humanas, onde por vezes fica difícil favorecer o cuidado. Nesse sentido, a enfermagem precisa fazer uso do cuidado para garantir um ambiente propício, promovendo o bem-estar do paciente, minimizando os efeitos negativos da hospitalização e envolvendo o paciente na sua totalidade, de acordo com suas necessidades individuais e reais.

Com base nos achados do estudo de Silva (2006), a dificuldade de proporcionar um ambiente terapêutico na terapia intensiva foi apontada por 41% dos sujeitos entrevistados e pode estar relacionada com a ideia de um ambiente de dor, sofrimento e desconforto. Então, na tentativa de influenciar as ações de cuidar e ser cuidado, algumas medidas são utilizadas a fim de tornar o ambiente o mais terapêutico possível, seja a melhoria do processo de comunicação, da aparência do ambiente, do cuidado, dentre outros.

O ambiente é responsável por tudo que acontece quanto ao conforto e proteção do cliente hospitalizado, onde tudo se constrói, desconstrói e reconstrói. Conforme Lopes (2016), é nele que as pessoas se sentem ou deveriam se sentir como seres totais, buscando sempre o conforto, a qualidade de vida e a cura.

Segundo Bollnow (2008), esse espaço é dado ao homem de modo ambivalente, como estimulador, repressor, algo hostil ou, ao menos, estranho. Na UTIP, deve ocorrer a valorização desse ambiente pelos profissionais, pois ele atua no processo de recuperação da criança.

Os familiares vivenciam a experiência de ver o seu ente querido em um ambiente diferenciado do seu cotidiano social. As palavras evocadas na classe 7 (Figura 4) representam os aspectos relacionados ao ambiente da UTIP, conforme observado nas falas a seguir:

Bom, o ambiente se faz aconchegante a partir de um bom leito, colchão, uma boa ventilação e uma equipe que gosta do que faz. A criança tem que se sentir como estivesse na sua própria casa, evitar luzes fortes desnecessariamente (suj 11).

Silêncio resume tudo (suj 13).

Criar um ambiente mais próximo ao domiciliar, com os objetos pessoais da criança. Eu acho que os pacientes necessitam de repouso para melhor recuperação e na UTIP fica difícil, muito barulho e o tempo todo e toda hora vem um examinar (suj 15).

Estar confortável num ambiente tranquilo, sem barulho, sem muita luz, sem muita conversa. Um pouco menos de barulho, de conversas paralelas, o barulho de uma gaveta se fechando tudo isso é muito chato, às vezes a criança acabou de pegar no sono e é acordada com esses pequenos incômodos (suj 21).

Um ambiente tranquilo, uma equipe dedicada na segurança do paciente. O barulho. Acho que deveriam falar um pouco mais baixo em respeito ao paciente e do acompanhante que está ali cansado de tantas noites de sono perdido e preocupado com a saúde de seu filho, sempre tem uns enfermeiros barulhentos (suj 31).

Local organizado, sempre tudo limpo. Local sem barulho e nem sempre muito claro (suj 33).

O que causa maior desconforto é o som dos monitores, bombas, que não podem ser desligados, pois representam a segurança dos pacientes (suj 38).

Para Molina et al. (2009), o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é estranho à maioria dos pais, pois são unidades frequentemente ruidosas, brilhantes, abarrotadas de alta tecnologia, em que as atividades ininterruptas dos profissionais, as linguagens técnicas destes, a restrição de visitas e a modificação na aparência dos pacientes constituem elementos que favorecem o isolamento e o medo.

A família depara-se na UTI com um ambiente repleto de equipamentos, onde o clima é muito frio, hostil, um ambiente tumultuado, com pessoas circulando e falando a todo momento. Entretanto, a família tem o desejo de que esse ambiente seja silencioso, com pouca luz e o mais aconchegante possível, o que se torna difícil diante de toda vigilância necessária nesse local e onde medidas de conforto parecem não ser cabíveis, interferindo no seu estado físico e emocional.

Além disso, eles gostariam que o ambiente fosse o mais parecido com o seu mundo habitual (casa), conforme depoimento abaixo:

Um lugar calmo, tranquilo aonde possa ser o mais cômodo possível. Um lugar onde você se sinta bem, mesmo não sendo sua casa, sendo menos traumatizante possível porque o momento é delicado (suj 1).

A criança tem que se sentir como estivesse na sua própria casa (suj 11).

O ambiente físico da UTI é estressante, não somente para os bebês, mas também para suas famílias: os equipamentos, os sons dos alarmes, as luzes piscando costumam gerar muita ansiedade na família. É recomendado que algumas modificações sejam feitas na ambiência, como diminuir o nível de ruído e som, reduzir a quantidade de luz, dar maior atenção ao posicionamento do bebê, reduzir o número de manipulações (SOUZA; FERREIRA, 2010). Além disso, corroborando Peres e Lopes (2012), ser familiar e acompanhante é uma tarefa difícil, visto que as pessoas apresentam expectativas, ansiedade, preocupações, entre outros sentimentos, inclusive em relação à infraestrutura do ambiente que, na maioria das vezes, é um local sem o mínimo de conforto.

Segundo Kolcaba (2003, apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004), o ambiente é qualquer aspecto do doente, família ou meios institucionais, que pode ser manipulado pelos enfermeiros ou pelos entes queridos para melhorar o conforto. Através do estudo de Rosa et al. (2008), os

adolescentes entrevistados referiram o seu lar como o ambiente de conforto, sendo um lugar conhecido e um local que traz significância e o afeto da família.

Torna-se evidente a preocupação dos entrevistados com o ambiente hospitalar. Para Kolcaba (2003, apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004), as influências ambientais estão relacionadas à iluminação, ruídos, temperatura, cores, mobília, dentre outros aspectos que possam oferecer alívio, tranquilidade e transcendência aos que vivenciam a experiência da internação.

Nessa categoria, pode-se observar os conceitos propostos por Kolcaba (2003, apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004). Nesse contexto, percebemos nas palavras elencadas pela equipe de enfermagem e pelos familiares das crianças hospitalizadas que os tipos de conforto evidenciados são “alívio” e “tranquilidade”, através do contexto “físico” e “ambiental” em que o fenômeno do (des)conforto ocorre.

Na prestação dos cuidados de enfermagem, o conforto deve ser uma meta desejada e a equipe deve esforçar-se para alcançá-la. Desta forma, a equipe de enfermagem deve proporcionar o controle desses fatores ambientais com o intuito de promover um melhor ambiente terapêutico e permitir a satisfação das necessidades da criança e da sua família, promovendo o estado de “calma” ou “contentamento” imediato conforme propõe Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004) em seu tipo de conforto “alívio”.

O conforto como “alívio” é tido como um resultado holístico imediato, que pode ser modificado rapidamente com a mudança das circunstâncias. O resultado desse tipo de conforto é modificado conforme a mudança dos fatores que influenciam o descontentamento de quem experiencia o cuidado, seja a criança ou a sua família, então, constata-se nos depoimentos dos entrevistados que nesse ambiente da terapia intensiva devem ser adotadas medidas que favoreçam a oferta do conforto, seja ao adequar uma luz, ao parametrizar os alarmes com o intuito de diminuir ruídos falsos, ao reduzir as conversas desnecessárias da equipe, ao adequar a temperatura, dentre outros.

A prestação do cuidado nesse ambiente está relacionada com as técnicas e procedimentos médicos e de enfermagem necessários à assistência ao paciente criticamente enfermo, nesse sentido, cabe ressaltar que a condição clínica desses pacientes é determinante para o nível de invasão de seus pequenos corpos, portanto, as técnicas e procedimentos podem ser justificados pela necessidade de satisfazer necessidades humanas básicas, em sua maioria fisiológicas, tais como a oxigenação e a hidratação.

Esta categoria também está relacionada com as palavras elencadas nas classes 4, 3 e 5 da CHD (Figura 3). Estas classes possuem uma correlação entre si. Essas técnicas e

procedimentos são considerados pelos profissionais como dolorosas e desconfortantes, como se pode observar nos depoimentos a seguir:

Punção venosa e sondagem vesical, ambas são muito invasivas. Eu particularmente não gostaria de passar por isso imagino que a criança também não (suj 8).

Os cuidados de enfermagem mais desconfortantes são aqueles que causam dor: punção venosa, coleta de sangue, aspiração de vias aéreas superiores, tubo endotraqueal e traqueostomia, troca de curativos (suj 25).

Aspiração de vias aéreas porque incomoda, punção venosa porque é um procedimento doloroso (suj 27).

São nos momentos que fazemos alguns tipos de procedimentos, tais como: punção venosa, passagem de sonda nasogástrica, trocas de fralda por conta do constrangimento (suj 32).

O processo de cuidar sofre forte influência do ambiente tecnológico e, apesar da cultura do cuidado centrado no domínio da técnica, esse domínio facilita o trabalho da enfermagem, que se utiliza da precisão de determinados aparelhos para favorecer a qualidade do cuidado prestado, pois, em muitos momentos, o cuidado do paciente crítico depende da tecnologia para lhe garantir um atendimento seguro (LUCENA; CROSSETTI, 2004).

Ademais, os conteúdos dessa categoria nos remetem à ideia do desconforto que é ocasionado durante o cuidado executado, conforme constatado nos depoimentos a seguir:

O banho e os cuidados gerais tornam-se também desconfortáveis pela exposição do corpo e vergonha (suj 4).

Banho no leito: dependendo do tempo de internação e comorbidades pode ser doloroso e traumático (suj 7).

Punção venosa, sondagem vesical e enteral. Ambos os procedimentos são desconfortantes, dolorosos e incomodam (suj 19).

O banho que muitas vezes deveria ser algo relaxante e confortável, se torna algo desconfortável pela insegurança da criança com o desconhecido (suj 26).

Curativos, limpeza nas áreas expostas causa desconforto. Banho no leito, considero o banho no leito desconfortante, pois além de envolver a questão da exposição do corpo e toque, trata-se também do desconforto relacionado à temperatura (mudança brusca) (suj 40).

Segundo Salú (2014), durante a execução dos cuidados de enfermagem é que a equipe se relaciona com o paciente, e é nesse momento que se torna possível um contato direto ou indireto, o que possibilita identificar manifestações objetivas e subjetivas, como no caso do desconforto, e que, quando identificadas, resultam em implementações para transformar ou minimizar o estado de desconforto em conforto.

É a partir do cuidado prestado ao cliente que o enfermeiro poderá avaliar as condições de desconforto e conforto, utilizando a razão com sensibilidade para avaliar a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos, criando condições favoráveis ao conforto, mesmo sabendo que para se chegar ao conforto o cliente passa pelo estado de (des)conforto fundamental no processo de cuidar (SALÚ, 2014).

No estudo de Silva e Carvalho (2008), as enfermeiras apontaram que é possível identificar, a partir da semiótica do corpo do cliente, sinais e sintomas que podem remeter à ideia do des(conforto), como dor, irritabilidade e ansiedade. A partir do momento em que as necessidades humanas básicas são atendidas, esse cliente apresenta um *feedback* positivo, com atitudes positivas, tranquilidade, harmonia, paz e bom relacionamento.

Apesar das ações desconfortantes que são geradas durante a internação e realização de procedimentos, é possível identificar, na classe 5 da CHD (Figura 3), a frequência de palavras evocadas pelos profissionais que mostram a ideia das estratégias utilizadas para minimizar esse estado de desconforto. Esses profissionais mostram o quão importante é realizar os cuidados de enfermagem com o propósito de oferecer o conforto para as crianças que estão sob seus cuidados, conforme visto nos depoimentos a seguir:

O doente precisa de medicamentos, mas precisa de respeito, carinho e dignidade. Minimizar o estado através de carinho e incentivo e fé (suj 6).

Sim, com uma simples descompressão, lateralizando algumas vezes o paciente; com a higienização corporal e oral, o paciente fica mais relaxado, eu sinto ele mais relaxado (suj 12).

Com condutas que proporcionem o conforto como acomodar a criança no leito com “rolinhos” macios, conversar com a criança sobre os procedimentos, reduzir ruídos quando possível, oferecer carinho e atenção e explicar quando a criança demonstrar alguma dúvida (suj 16).

Proporcionar conforto com a utilização de medidas de alívio da dor, agrupamento dos cuidados, mudança de decúbito, uso de coxins, higiene, hidratação corporal, medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor durante os procedimentos invasivos (suj 26).

Através de mudança de decúbito, ao apagar uma luz durante a noite para que ela possa dormir, ao colocar um DVD com desenho para a criança distrair, utilizar algum brinquedo como distração durante algum procedimento doloroso (suj 27).

Realizando hidratação da pele, higiene oral e umidificação dos lábios, higiene corporal, tentar agrupar os cuidados de enfermagem, luz apropriada. Falar sempre o que vai fazer no paciente, mesmo sendo pediátrico (suj 36).

Os trechos acima geram importantes reflexões acerca do papel do enfermeiro, pois, conforme Lucena e Crossetti (2004), mesmo diante de toda a tecnologia utilizada dentro da UTI, o aprimoramento tecnológico não substitui a presença do enfermeiro ao lado do paciente, com o seu toque, o seu afago, o seu olhar e a sua palavra, os quais jamais serão substituídos por equipamentos modernos, pois “não basta criar técnicas, é preciso também criar laços humanos”.

Esta categoria aborda o contexto “físico”, que, segundo Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004), está relacionado com as sensações corporais e mecanismos homeostáticos, desse modo, através das entrevistas podemos observar a preocupação da equipe quanto ao desconforto físico que esses procedimentos ocasionam e com o bem-estar físico da criança. Os procedimentos e técnicas são necessários e, na maioria das vezes, são inevitáveis para a recuperação da criança doente, no entanto, quando essas técnicas são atendidas, ocorre o “alívio” como tipo de conforto desejado e meta a ser alcançada, seja ao realizar um medicamento para alívio da dor, ao introduzir uma sonda para aliviar a bexiga, ao aspirar o tubo orotraqueal (TOT) para retirar secreções ou ao realizar a mudança de decúbito para aliviar lesões por pressão.

Para Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004), os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos, e a equipe de enfermagem deve identificar as necessidades de conforto da criança e de sua família e executar intervenções que satisfaçam essas necessidades. Desta forma, promover o alívio da dor, do sofrimento e de sintomas desagradáveis torna-se uma meta da equipe.

6.1.2 Categoria 2: cuidados para promoção do conforto

Esta categoria é representada por algumas palavras como: bem-estar, segurança, aconchego, confiança, proteção, tranquilidade, seguro, silêncio, sentir, agradável, calma, confortável, conforto, alívio, compreensão, todas elas contidas na classe 2 da CHD da Figura 3.

Essa classe revela que existe o desejo da equipe de proporcionar o conforto da criança hospitalizada, seja através de medidas que favoreçam o alívio da dor, de ações menos traumáticas, de ações em prol do conforto, seja com intencionalidade de transmitir tranquilidade, segurança, carinho e bem-estar. Seguem alguns trechos extraídos das falas desses sujeitos:

Para mim, confortar é criar estratégias para que o outro se sinta o mais à vontade possível num ambiente que não é seu, minimizando situações de estresse desnecessárias (suj 1).

Aconchego, agradável, alívio da dor, prazeroso, medidas favoráveis ao consolo (suj 2).

Proporcionar à criança momento de tranquilidade durante a internação (suj 8).

Bem-estar, proteção, silêncio, aconchego. Porque nós como profissionais devemos deixar nossos clientes em um ambiente confortável (suj 13).

Conforto é o bem-estar, é se sentir seguro, acomodado, aconchegado (suj 19).

Proteção, cuidado, bem-estar, segurança, humanização, pois promovendo estes cuidados melhoramos as condições de bem-estar da criança (suj 23).

Bem-estar, cuidado, aconchego, humanização, acolhimento e alívio são as palavras que remetem à ideia do conforto na UTI pediátrica (suj 25).

Bem-estar, porque conforto leva ao bem-estar da pessoa. O conforto gera tranquilidade, calma e isso tem um ponto positivo na pessoa hospitalizada porque ela está vivenciando uma situação estressante (suj 27).

Apesar dos enormes avanços nos cuidados pediátricos, muito do que se faz para curar as doenças e prolongar a vida das crianças é doloroso, desagradável e assustador, mas são ações capazes de salvar muitas vidas. Para Hockenberry e Wilson (2011), infelizmente as tentativas de minimizar o trauma das intervenções médicas não acompanham os avanços tecnológicos, portanto, os profissionais devem direcionar sua atenção à promoção de cuidados atraumáticos, entretanto, com potencial de conforto neles embutido.

A maioria dos pacientes internados na UTI encontra-se comatoso, sedado, entubado e dependente de uma gama de equipamentos. De acordo com Lucena e Crossetti (2004), é preciso ter em mente que a importância do cuidado está no modo como ele é realizado, pois os respiradores, monitores e oxímetros podem prolongar e manter a vida do paciente, mas não necessariamente diminuem sua dor e solidão, sentimentos estes que só podem ser aliviados quando se cuida de modo humanizado.

Para Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004), as enfermeiras concebem medidas de conforto em seus cuidados e, como resultado imediato, procuram melhorar o nível de conforto dos seus doentes, sendo assim, a equipe deve implementar as medidas de conforto para atender às necessidades da criança doente, via de regra, satisfazendo suas necessidades humanas básicas. Segundo Barbosa et al. (2014), os enfermeiros precisam esforçar-se a fim de proporcionar um ambiente agradável, com recursos para o alívio da dor.

A promoção do bem-estar para o paciente é uma meta da enfermagem. O conforto e o desconforto são condições efêmeras, não duram para sempre; durante o período de internação hospitalar, o cliente poderá experimentar sensações boas ou ruins, agradáveis ou desagradáveis. E esse bem-estar, quando bem administrado, pode contribuir positivamente para a saúde e a qualidade de vida de qualquer ser humano (SILVA; CARVALHO, 2008).

Esta categoria evidencia fortemente a presença dos três tipos de conforto elencados por Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004) em seus contextos “físico”, “psicoespiritual” e “social”. Existe a preocupação dos profissionais entrevistados em proporcionar o bem-estar da criança, buscando aliviar sentimentos de dor, de sofrimento e traumáticos através de condutas e ações que propiciem um estado de “alívio” e “tranquilidade”.

O alívio desse desconforto físico é primordial para a recuperação da saúde da criança e estabelece uma relação de confiança, proteção e segurança para ela e para sua família, e esse cuidado, quando realizado adequadamente, auxilia no alcance do conforto. Nos depoimentos dos profissionais, observamos também que eles buscam essa realização do conforto “psicoespiritual” ao ofertar consolo, aconchego e segurança.

A “tranquilidade” como tipo de conforto é o resultado de calma e satisfação, é um estado duradouro e contínuo de contentamento e bem-estar. Então, para os profissionais desta pesquisa, é fundamental transmitir à criança e sua família medidas favoráveis que ofertem segurança, alívio, bem-estar e tranquilidade. A partir do momento que essas necessidades de conforto são transmitidas, ocorre o alívio do desconforto, seja ele no contexto “físico”, “social” ou “psicoespiritual” e, conseqüentemente, o alcance do “alívio” e da “tranquilidade” da criança e de sua família.

6.1.3 Nuvem de palavras: profissionais de enfermagem

No que diz respeito ao método nuvem de palavras, ocorre o agrupamento e a organização gráfica das palavras em função da sua frequência, possibilitando rápida identificação das palavras-chaves do *corpus* textual e uma análise lexical simples.

A nuvem de palavras (Figura 9) representa as palavras utilizadas por esses sujeitos, e quanto maior for o tamanho das palavras na nuvem, maior o número de citação.

Verifica-se na Figura 9 que as palavras que obtiveram mais frequência foram: conforto, bem-estar, criança, paciente, cuidado, dor, sim, aspiração.

6.2 Categorias analíticas dos familiares

6.2.1 Categoria 1: atitudes que confortam

Esta categoria emerge do discurso dos familiares, e pode ser evidenciada na classe 2 da CHD (Figura 4). Nela, é possível observar o desejo dos familiares por atitudes simples que possam minimizar o desconforto ocasionado por toda a tecnologia na UTIP, mas que, no entanto, deixam de ser concretizadas pela barreira imposta, talvez, pelo aparato tecnológico envolvido no ato de cuidar, ou até mesmo pela condição clínica da criança, o que muitas vezes é mal compreendido pelos familiares que, mesmo estando presentes diariamente, não podem tocar em seus entes queridos da forma como desejam. Destarte, talvez seja esse contato uma estratégia de enfrentamento que os familiares gostariam de praticar para minimizar seu sofrimento diante da criança grave, já que nada mais podem fazer.

Pegaria no colo, cantar para ela, mostrar vídeo de desenho (suj 3).

Os travesseiros, higiene para que ela possa ficar confortável como sempre fiz (suj 8).

Com as minhas experiências de internação, eu coloco as almofadinhas para escorá-los, canto musiquinhas ou coloco o celular baixinho (suj 11).

Criar um ambiente mais próximo ao domiciliar, com os objetos pessoais da criança. Acalentaria conversando com ele, dizendo que vai acabar logo, que é para o bem dele, que logo vai acabar, que a mamãe está aqui (suj 16).

Eu permitiria o uso de roupa, que assim a criança não sentia frio e ficaria mais confortável (suj 22).

Colocar uma roupinha de bebê, porque é muito frio. Deixar colocar nos braços pelo menos umas duas vezes por dia. Ter uma música ou uma televisão para confortar tanto a criança como para a mãe se distrair (suj 29).

Pegaria no colo para dar um pouco de carinho, até porque na UTI neonatal de Laranjeiras onde ela estava internada eu a pegava praticamente todos os dias e ela sente falta. Mas dou meu carinho de qualquer jeito, passo positividade sempre até irmos para casa (suj 33).

Na UTIP, é autorizada a entrada de objetos pessoais das crianças, como meias, luvas, travesseiros, brinquedos que possam ser higienizados, *tablets*, DVDs, objetos pessoais que têm a capacidade de aproximar o ambiente familiar no ambiente hospitalar.

Sabemos que, diante da gravidade da criança e de toda a tecnologia utilizada na UTIP, às vezes se torna inviável permitir à família a realização de alguns desejos mencionados nos depoimentos acima. No entanto, é importante reforçar com a equipe para incluir a família na execução dos cuidados de baixa complexidade prestados à criança, seja na hora de realizar um banho no leito ou em alguns cuidados cujo contato físico com a criança possa ser mais intenso, o que poderá contribuir para intensificar ainda mais o vínculo entre a criança, a família e a equipe de enfermagem e, conseqüentemente, promover uma assistência mais humanizada.

Nas informações obtidas através dos depoimentos acima, percebe-se que a família deve ser aproximada e mais participativa no processo do cuidar de seu familiar. Essa inclusão contribui para um olhar mais reflexivo desta família com os cuidados que são prestados e permite um melhor planejamento da assistência de enfermagem.

Gomes e Oliveira (2012) preconizam que a família precisa ser considerada pelos profissionais como copartícipe no cuidado à criança, portanto, no entendimento mais subjetivado, um sujeito mais ativo no processo da assistência intensiva. Para tanto, é necessário que a família seja auxiliada, ouvida e que suas opiniões e vontades sejam também levadas em consideração.

Corroborando os autores acima, Santos et al. (2013) dizem que um fator que contribui para que a mãe mude sua visão sobre a UTIP é a sua inclusão na participação do cuidado à criança doente. Quando a mãe se percebe como cuidadora do filho, ela se sente ativa, responsável e útil. Esse facilitador é proporcionado pela equipe de enfermagem ao incluir a mãe no desenvolvimento dos cuidados à criança.

No discurso dos entrevistados, é possível observar que cada familiar utiliza estratégias/atitudes que acreditam serem capazes de oferecer conforto à criança, seja através de travesseiros, almofadas, dentre outros recursos utilizados, como músicas e desenhos, mas a palavra mais enunciada, “pegar”, ilustra o desejo desse familiar de pegar a criança e colocá-la em seu colo. Isso pode ser ofertado pela equipe quando a criança tem condições clínicas e hemodinâmicas e já tenha superado o estado crítico.

Na pesquisa de Kamada e Rocha (2006), o fato de não poderem pegar o bebê no colo é aceito pela maioria das mães devido à instalação de aparelhos para controlar a termorregulação, a respiração e a alimentação, e também pela punção venosa. Elas consideram que o tratamento é cuidadoso e necessário e aguardam com paciência a melhora da saúde de seu bebê.

É notória nesta categoria a presença do conforto nos contextos “físico”, “psicoespiritual”, “ambiental” e “social”. Os contextos físico e ambiental já foram discutidos em outras categorias deste estudo, porém, através dos depoimentos dos familiares, percebemos

o contexto “psicoespiritual” que, segundo Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004), está relacionado à consciência interna de si mesmo, o que inclui a autoestima, o significado na vida de alguém. Então, para essa família, a realização de atitudes/ações permeiam e auxiliam na promoção do conforto da criança doente e, assim, a tecnologia deixa de ser uma barreira para promover o conforto “físico” e “ambiental”.

De acordo com Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004), o contexto social envolve as relações interpessoais, familiares e sociais, então, é possível identificar que, através da inclusão da família nos cuidados ofertados, da relação da família com a equipe e da aproximação da criança com objetos pessoais que recordem o seu ambiente domiciliar, a equipe consegue auxiliar na promoção do conforto no contexto social. Quando essas necessidades de saúde são atendidas, a equipe estabelece o vínculo e a confiança da família e da criança, e permite o “alívio”, a “tranquilidade” e a “transcendência” como tipo de conforto.

6.2.2 Categoria 2: procedimentos desconfortantes na perspectiva de familiares

A classe 5 da CHD (Figura 4) está relacionada com os procedimentos realizados pela equipe, pois, durante a internação, a criança é submetida a diversos procedimentos, exames e manipulações.

A família vivencia também o desconforto ocasionado pela utilização da tecnologia e o excesso de equipamentos ao redor do seu filho; a utilização desses dispositivos como sondas, acessos, tubos, dentre outros, e a aparência modificada, são fatores traumáticos para a família. Segundo Andrade (2011), para a mãe é difícil ver a filha ligada a fios e tubos, cercada de cuidados e aparelhos e recebendo injeções.

Nos depoimentos a seguir, podemos observar em algumas respostas o desconforto gerado por esses procedimentos:

Quando passam a sonda vesical, eu acho que ele fica mais desconfortável (suj 2).

Banho, tirar sangue, trocar fralda, deixar a criança sem roupa quando está com febre, etc. (suj 6).

Furar para colocar remédio. Criança entubada, cheia de coisas, amarrada (suj 7).

Porque quando o paciente não tem veias resistentes, tem paciente que tem as veias que são muito finas e estouram muito por isso tem um desconforto (suj 20).

Aspiração de tubo, por ser muito invasivo e dolorido. Logo a troca de fixação. E a quantidade de vezes que mexem nas crianças às vezes até acordando as mesmas (suj 24).

Os invasivos, tais como introdução de sondas e aspiração nasal e oral (suj 32).

Punção venosa e coleta de sangue, passagem de sondas (sonda orogástrica ou nasogástrica, cateter vesical de alívio e cateter vesical de demora). São coisas doloridas e desconfortantes, principalmente com cuidados pediátricos, porém necessários (suj 40).

Durante a hospitalização, a criança é submetida a procedimentos rotineiros, insubstituíveis e necessários, portanto, são expostas a diversas manipulações que inexoravelmente causam dor, desconforto e, em sua maioria, são potencialmente traumatizantes. A presença do seu familiar favorece um suporte emocional e transmite sensação de segurança e proteção à criança. No entanto, Pêgo e Barros (2017) referem em seu estudo que os familiares se revelam felizes quando acompanham os procedimentos realizados pela equipe, pois acreditam que tudo que a equipe realiza com a criança é necessário para sua sobrevivência.

Schultz e Sabatés (2010) enfatizam que a família, neste ambiente, tem o objetivo de proteger o filho do desconhecido, do sofrimento psíquico e físico, da dor, das angústias, das tristezas, dos choros e dos procedimentos invasivos.

Para Gomes, Caetano e Jorge (2010), no discurso de alguns familiares, a equipe de saúde cuidava bem de suas crianças. Esse cuidar bem era no sentido de dar o medicamento nos horários estabelecidos, de brincar com a criança, de não puncionar várias vezes “tentando achar a veia”.

No entanto, em controvérsia com os autores acima, foi observado no depoimento de dois entrevistados deste estudo que a administração de medicamento se torna algo desconfortante.

O fato de toda hora ter que vir dar algum tipo de medicamento na criança, tirar temperatura, etc., isso é muito desconfortante (suj 21).

Na hora que eles aplicam o medicamento (suj 22).

Isso pode estar relacionado ao fato de a criança estar acordada, ficar assustada com a administração da medicação em vários horários ou assustada com a manipulação excessiva.

No estudo de Dias et al. (2013), foi possível identificar que todas as crianças entrevistadas referiram o ato de ser furada como o pior procedimento realizado no hospital. Lima et al. (2010) também ressaltam que, no cotidiano do hospital, o procedimento de realização da punção venosa é um dos que desencadeiam maior sentimento de dor, tanto na criança quanto na mãe. Alguns adolescentes entrevistados no estudo de Rosa et al. (2008)

referem que estar em conforto significa não sentir dor ou ter a dor controlada, isso permite estar bem, se alimentar e viver confortável.

É importante ressaltar que tanto a família quanto a criança compreendem a importância da realização dos procedimentos, pois, mesmo sendo dolorosos e desconfortáveis, são necessários para a recuperação da saúde (LIMA et al., 2010). Esse fato foi identificado no depoimento de um entrevistado.

Existem vários procedimentos que são desconfortáveis tanto para a criança quanto para o acompanhante, porém todos são necessários (suj 34).

Na UTIP pesquisada, em alguns momentos, é solicitada a saída do familiar para a realização de procedimentos e, em muitos casos, os profissionais não informam o motivo principal, o que aumenta ainda mais a angústia desses familiares. É necessário que a equipe valorize o diálogo com a mãe, procurando explicar-lhe de que forma o procedimento é realizado e a importância para a recuperação da criança; isso garante uma melhor compreensão e pode aliviar os sentimentos de angústia.

Acerca desta questão acima, é possível identificar, no depoimento abaixo, que nem sempre a família consegue acompanhar e avaliar as condutas realizadas pela equipe, ocasionando, assim, sentimentos de angústia e tensão desta família.

Na UTI não consigo distinguir, pois fiquei mais fora do que dentro. Todos os procedimentos que fazem nos colocam para fora (suj 35).

Para Silva e Carvalho (2008), quando estamos cuidando de nossos clientes, deixamos muitas vezes de considerá-los em sua totalidade ao direcionar a assistência apenas para satisfazer as necessidades biológicas, desconsiderando seus desejos e espiritualidade.

Apesar de serem considerados necessários, as famílias entrevistadas consideram esses procedimentos como causadores de desconforto a seu filho. Esta categoria está inserida no contexto “físico” e “psicoespiritual” de Kolcaba, pois o ato da realização de procedimentos – como puncionar a veia para administração de medicamentos, passar uma sonda vesical para controle de diurese, aspiração do tubo orotraqueal (TOT) para remoção de secreções – está relacionado a sensações corporais e mecanismos homeostáticos. Essas situações são causadoras de estresse, mas Kolcaba ressalta que os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam (ALLIGOOD; TOMEY, 2004).

A criança sofre com o desconforto, mas quando as intervenções de enfermagem são executadas, ocorre o estado do “alívio” e “tranquilidade” e o alcance do conforto.

6.2.3 Categoria 3: qualificação do cuidado na perspectiva dos familiares

A classe com o maior percentual foi a classe 6 (Figura 4) com 18,28% dos segmentos de texto, e as palavras mais enunciadas foram “cuidadoso”, “mal”, “excelente”, “carinhoso”, “atencioso”. Nessa classe, os sujeitos referem e qualificam o atendimento prestado pela equipe de enfermagem. Em que pese a presença da palavra “mal” no discurso dos familiares pesquisados, o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem na UTIP pode ser classificado como um cuidado compatível com as boas práticas previstas no juramento desses profissionais, bem como no seu Código de Ética. Nesse sentido, os familiares entendem que as crianças internadas na unidade estudada estão em boas mãos, conforme pode-se constatar nos trechos a seguir:

Eu adoro o tratamento da enfermagem, eles cuidam como se fosse filhos dele (suj 2).

Se dedicam muito. Mas tem uns que você vê que não é trabalho, é amor, carinho e dedicação pelo que faz (suj 5).

Os funcionários são muitos atenciosos, sempre procuram fazer com que fiquem bem confortáveis. São excelentes profissionais muitos carinhosos e atenciosos (suj 9).

Pois todos foram muitos atenciosos tanto com o paciente quanto com os acompanhantes. Equipe completamente comprometida com o amor (suj 12).

A equipe é ótima, muito atenciosa, muito carinhosa, muito cuidadosa (suj 25).

Eu estou muito satisfeita com o amor e o cuidado que a equipe teve para com o meu bebê, sempre carinhosos e preocupados em priorizar o bem-estar da criança, orientando os acompanhantes em tudo com muita paciência e atenção. Aqui eu sei que meu filho é e sempre será bem tratado e posso ficar despreocupada (suj 32).

É inevitável que alguns profissionais, ao cuidarem dessa clientela, desenvolvam algum tipo de vínculo com as crianças e seus familiares, vínculo este que transcende a responsabilidade ética e profissional, mas que alcança o plano da sensibilidade e do carinho ético. Observamos, em vários depoimentos, que a equipe presta um cuidado carinhoso, atencioso e cuidadoso e, a partir do momento em que o profissional estabelece essa confiança,

contribui para que a criança fique mais tranquila e confortável, o mesmo ocorrendo com o seu familiar.

O profissional não pode ser apenas um realizador de cuidados técnicos ao paciente, é preciso que o enfermeiro tenha sensibilidade para compreender esse momento da hospitalização. Oliveira (2013) salienta que, para prestar o atendimento ao cliente pediátrico em uso de ventilação mecânica, são necessárias qualidades essenciais das enfermeiras como: criatividade, dedicação, empatia, sensibilidade, dentre outras.

Moura et al. (2011) destacam que o cuidado é um fator imprescindível, o qual aproxima e favorece a formação de laços de solidariedade, de afeto, de compaixão e compreensão tanto para os pacientes quanto para suas famílias. O surgimento e a expressão desses sentimentos são inerentes à condição humana.

No relato abaixo, constata-se que, além da atenção e capacitação desses profissionais, existe o reconhecimento dos familiares da necessidade do aparato tecnológico para promover uma terapêutica mais segura, conforme mostra o depoimento a seguir:

Conforto é: a comodidade dos pacientes com os equipamentos necessários, profissionais capacitados e atenciosos (suj 10).

No estudo de Moraes e Costa (2009), as mães entrevistadas responderam que, além da atenção, carinho e solicitude dispensados à criança, é fundamental a associação com o conhecimento técnico e disponibilidade de recursos que auxiliem no diagnóstico ou tratamento da criança. Os autores também reforçam que as mães experimentaram a internação de seu filho na UTIP de forma menos traumática, pois elas evidenciaram que a assistência prestada ao filho era realizada de forma carinhosa e atenciosa, trazendo a constatação de que suas necessidades e de seu filho estavam sendo atendidas pelos profissionais.

Corroborando os dados acima, no estudo de Soares et al. (2016), as mães também consideraram o cuidado prestado pela equipe de enfermagem excelente, por transmitir segurança, conhecimento e tranquilidade ao assistir a criança.

Villa et al. (2017) identificaram em seu estudo que a maioria dos acompanhantes considera que, para o cuidado humanizado, os profissionais devem ter atitudes que propiciem carinho e atenção à própria família e a seus pequenos pacientes, além disso, valorizam a dedicação e, acima de tudo, as atitudes de respeito prestadas pelos profissionais.

Para os familiares, o conforto significa a confiança na competência técnico-científica da equipe de saúde, bem como a possibilidade de recuperação do ente hospitalizado em

decorrência de estar em “boas mãos” e em um lugar que ofereça recursos para o tratamento (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012).

Também evidenciamos, em nosso estudo, a percepção dos familiares quanto ao cuidado dispensado ao seu ente querido, sendo visto como uma equipe comprometida que objetiva oferecer conforto à criança. O cuidado realizado pela equipe favorece o “alívio” e a “tranquilidade” para esta família. Para eles, carinho, amor, proteção e segurança são sentimentos importantes que devem ser executados e demonstrados no atendimento do seu filho.

Os relatos acima vão ao encontro do que Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004) considera no “conforto social”, pois quando a criança e a família são envolvidas no cuidado e recebem esse carinho e acolhimento da equipe, o conforto se torna bem sucedido e alcançado. Essas atitudes dos profissionais auxiliam na promoção do conforto social e permitem uma relação interpessoal entre a equipe, a criança e sua família.

6.2.4 Nuvem de palavras: familiares

A Figura 10 mostra a organização gráfica das palavras que tiveram maior frequência no depoimento dos familiares das crianças hospitalizadas. As palavras que obtiveram mais frequência foram: “criança”, “bem”, “muito”, “conforto”, “paciente”, “bom”, “cuidado”, “profissional”, entre outras. Isso permite com facilidade e rapidez a identificação das palavras-chaves do *corpus* desta pesquisa.

Figura 10 – Nuvem de palavras: familiares

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo oportunizaram identificar, na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos familiares da criança hospitalizada, o conceito do que é conforto dentro da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), sendo assim, os objetivos foram alcançados.

Cabe salientar que, embora o cuidado confortante seja algo desejado dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), nem sempre é possível oferecer o conforto almejado pela criança, por seu familiares e até mesmo pela equipe, pois a assistência e os cuidados de enfermagem prestados são passíveis de produzirem dor, medo e trauma.

Foi possível identificar, nos depoimentos dos profissionais e dos familiares entrevistados, que o ambiente (luminosidade, ruídos de profissionais e de aparelhos, temperatura, dentre outros), as técnicas e os procedimentos que geram dor e desconforto, dentre outros aspectos, são potencialmente influenciadores para que a equipe possa colocar a criança confortável.

Atendendo ao segundo objetivo do estudo, o *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq) possibilitou identificar a emergência das predicções mais elencadas pelos sujeitos; desse modo, por meio da estrutura metodológica utilizada, foi possível identificar que as palavras mais citadas pelos profissionais entrevistados foram: “bem-estar”, “aconchego”, “segurança” e “tranquilidade”, assim, é razoável admitir que, para esses profissionais, o conforto pode ser ofertado quando se proporcionam cuidados que favoreçam o bem-estar da criança hospitalizada, fornecendo aconchego, segurança e tranquilidade com a intenção de aliviar os sentimentos de medo, dor e desconforto frente aos cuidados realizados. Também foi identificada a forma verbal do conforto, sendo a palavra “bem-estar”. Foi evidenciado que os profissionais acreditam promoverem o conforto ao realizarem mudança de decúbito, à medida que a criança se sente mais confortável e relaxada, alcançando o bem-estar.

Entretanto, para os familiares da criança hospitalizada, o conforto foi marcado pelas palavras “ambiente”, “sentir” e “tranquilo”, portanto, é possível admitir que, para esses familiares, o conforto pode ser resultante de um ambiente que tente transmitir tranquilidade para as crianças hospitalizadas. Dessa forma, pode-se inferir que o conforto, para esses entrevistados, está relacionado diretamente com o ambiente em que ocorre o fenômeno (des)conforto, ambiente que precisa ser modificado pela equipe de enfermagem para oferecer

um sentimento de tranquilidade ou, ainda, minimizar o desconforto. A forma verbal que designa conforto foi para eles “ambiente” e “tranquilo”.

De uma forma geral, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) agrupou palavras em classes, sendo cinco classes para os profissionais e sete classes para os familiares, o que possibilitou a análise através de categorização com o propósito de atender aos objetivos desejados.

Foram estabelecidas duas categorias para os profissionais. A primeira categoria, denominada “A enfermeira que coloca o ambiente nas melhores condições para que o cuidado promova conforto”, foi estabelecida tanto para os familiares quanto para os profissionais, pois as palavras elencadas pelos dois grupos têm uma forte relação com o ambiente físico e vivido em que ocorre o (des)conforto – fatores ambientais que interferem na qualidade do cuidado prestado. Depreende-se, portanto, que é fundamental à equipe de enfermagem proporcionar o controle desses fatores ambientais com o intuito de promover um melhor ambiente terapêutico e permitir a satisfação das necessidades da criança e da sua família.

Na categoria “Cuidados para promoção de conforto”, foi possível identificar a preocupação dos profissionais em proporcionar o bem-estar da criança, buscando aliviar sentimentos de dor e sofrimento através de condutas e ações que propiciem um estado de “alívio” e “tranquilidade”.

Por conseguinte, a fala dos familiares permitiu estabelecer três categorias, sendo elas: “Atitudes que confortam”, que mostra o desejo dos familiares por atitudes simples que possam minimizar o desconforto ocasionado por toda a tecnologia na UTIP; “Procedimentos desconfortantes na perspectiva de familiares”, pois a família vivencia também o desconforto ocasionado pela utilização da tecnologia e o excesso de equipamentos ao redor do seu filho, assim como a utilização de dispositivos como sondas, acessos, tubos, dentre outros, e a aparência modificada da criança são fatores assustadores para a família; “Qualificação do cuidado na perspectiva dos familiares”, que se relaciona com a percepção dos familiares quanto ao cuidado dispensado ao seu ente querido, sendo vista como uma equipe comprometida, que objetiva oferecer conforto à criança.

No que pese o fato de que as crianças necessitam de procedimentos, alguns foram considerados pelos familiares e pelos profissionais como desconfortantes, ruins e dolorosos, como: banho, curativos, punção venosa, sondagem vesical e enteral, no entanto, imprescindíveis para a recuperação.

Destaca-se que, na discussão das categorias, foi possível uma aproximação com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (apud ALLIGOOD; TOMEY, 2004) quanto ao contexto

físico, ambiental, espiritual e social em que o conforto pode ser evidenciado e quanto ao tipo de conforto que pode ser alcançado quando as necessidades da criança são atendidas.

Os achados corroboram que o enfermeiro e a sua equipe devem dispor de atitudes com o objetivo de favorecer um cuidado mais humanizado e propiciar a terapêutica mais amena possível frente a este ambiente tecnológico.

É importante refletir que existem dificuldades para proporcionar um local calmo, tranquilo, aconchegante e seguro conforme o desejo dos profissionais e dos familiares. Dessa forma, diante dos resultados, este estudo traz uma reflexão quanto aos cuidados de enfermagem prestados à criança hospitalizada, pois abordar o conforto diante de toda a tecnologia, equipe multiprofissional, estrutura do ambiente, dentre outros, traz implicações para o cuidado de enfermagem, que são de ordem ética, humanista, econômica, técnico-científica e organizacional, estando todas relacionadas com a vontade e a capacidade dos profissionais que cuidam. Além disso, através dos resultados, pode-se perceber que é imprescindível a implementação de ações e condutas da equipe de enfermagem para a oferta de conforto à criança.

É importante destacar que, por ser um Hospital Universitário, todos os profissionais já estão habituados à realização de pesquisas e envolvidos no desenvolvimento de um melhor conhecimento científico através de pesquisas e, portanto, não tivemos dificuldade quanto à participação e ao quantitativo de entrevistas. Quanto à entrevista realizada com os familiares, também tivemos uma grande aceitação, no entanto, houve três recusas para participação e, assim, podemos inferir que essa recusa estava relacionada com o receio desses familiares em discorrer sobre a temática e isto causar algum prejuízo na assistência do seu filho/ente querido.

No que diz respeito ao desdobramento da pesquisa e implicações para a prática, é importante destacar que pesquisadores, professores e profissionais devem ter a responsabilidade de estimular reflexões que propiciem mudanças na prática dos cuidados que são realizados dentro da UTI, buscando estratégias que facilitem a diminuição do estado de desconforto ocasionado por este ambiente e pelas técnicas realizadas, ainda mais quando esse cuidado está inserido no contexto da área pediátrica, em que é difícil avaliar o conforto.

REFERÊNCIAS

ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. **Teóricas de enfermagem e sua obra**: modelos e teorias de enfermagem. 5. ed. São Paulo: Luso Ciência, 2004.

ANDRADE, M. S. Compreendendo a aprendizagem da mãe na lida com seu filho num centro de terapia intensiva pediátrico. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 15, n. 1, out. 2011.

ARAÚJO, C. A. A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 11–32, 2006.

BARBOSA, E. M. G. et al. Cuidados de enfermagem a uma puérpera: fundamentados na teoria do conforto. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 850–854, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENEVIDES, J. L. et al. Estratégias de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1943–52, 2017.

BITTENCOURT, R. M.; GAIVA, M. A.; ROSA, M. K. O perfil dos recursos humanos das unidades de terapia intensiva neonatal de Cuiabá, MT. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 258–265, 2010.

BOLLNOW, O. F. **O homem e o espaço**. 9. ed. Curitiba: UFPR, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde**: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília, DF, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 23 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 ago. 1998. Seção 1, n. 154.

BRIDI, A.C.; LOURO, T. Q.; SILVA, R. C. L. Alarmes clínicos em terapia intensiva: implicações da fadiga de alarmes para a segurança do paciente. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 1034–1040, 2014.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513–514, 2013b. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2016.

_____. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013a. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 6 maio 2016.

CARDOSO, S. M. S. et al. Respostas fisiológicas de neonatos frente a ruídos em unidade neonatal. **Rev. de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 81, n. 6, nov./dez. 2015.

CÔA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. A experiência da vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 825–832, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62.

DIAS, J. J. et al. A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 608–613, 2013.

FREITAS, K. S.; MENEZES, I. G.; MUSSI, F. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 896–904, dez. 2012.

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, P. K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 165–171, 2012.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 84–90, jan./fev. 2010.

GUEDES, V. L. S.; BORSCHIVER, S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de avaliação científica e tecnologia. In: ENCONTRO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO, 6., 2005, Salvador. **Anais...** Salvador: Ciências da Informação, 2005. Disponível em: <www.cinform.ufba.br/vi_anais/docs/VaniaLSGuedes.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. **Carta da Criança Hospitalizada**. 4. ed. Lisboa: IAC, 2008. Disponível em: <http://www.pipop.info/fotos/editor2/carta_crianca_hospitalizada.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2017.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006.

KREISER, K. V. Companhia saudável: animais que curam. **Planeta**, São Paulo, v. 29, n. 12, p. 137-152, 2001.

LIMA, A. S. et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 700–708, dez. 2010.

LOPES, A. S. **Análise bibliométrica da produção científica sobre conforto em base eletrônica de dados**. 2016. 87 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

LÓPEZ, E. M. Y. **Quatro gigantes da alma**. 9. ed. Rio de Janeiro, 1969.

LOURO, T. Q. **Sobre tecnologias e desumanização**: um estudo sobre a emergência do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia intensiva. 2010. 123 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 243–256, 2004.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: UFF; CAPES, 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2016.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113–150.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. Rio de Janeiro: UFF; CAPES, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLINA, R. C. M. et. al. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. Escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009.

_____. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Rev. Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 437–444, 2007.

MOLINA, R. C. M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. **Rev. Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 60–67, jan./mar. 2014.

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 639–646, set. 2009.

MOURA, K. S. et al. A vivência do enfermeiro em terapia intensiva: estudo fenomenológico. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 316–323, abr./jun. 2011.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, mar./abr. 2004.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, F. M. C. S. N. **Qualidades essenciais da enfermeira para prestação de cuidados de conforto a crianças em ventilação mecânica invasiva**. 2013. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

PÊGO, C. O.; BARROS, M. M. A. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e sentimentos dos pais da criança gravemente enferma. **Rev. Bras. Ciên. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 21, n. 1, p. 11–20, 2017.

PERES, G. M.; LOPES, A. M. P. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. **Psicol. Hosp.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 17–41, 2012.

PESSALACIA, J. D. R. et al. Atuação da equipe de enfermagem em UTI pediátrica: um enfoque na humanização. **Rev. Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v. 2, n. 3, 2012.

PIVA, J.; GARCIA, P. C. R. **Medicina intensiva em pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

PIVA, J. P.; CARVALHO, P.; GARCIA, P. C. **Terapia intensiva em pediatria**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

POTT, F. S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, mar./abr. 2013.

QUONIAM, L. et al. Inteligência obtida pela aplicação de data mining em base de teses francesas sobre o Brasil. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 20–28, maio/ago. 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Saraiva, 1985.

ROSA, L. M. et al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 410–414, 2008.

SALÚ, M. S. **O conforto como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente da unidade de terapia intensiva pediátrica: realidade ou utopia**. 2014. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SALÚ, M. S. et al. Níveis de pressão sonora em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 9, supl. 2, p 918–926, fev. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Vivências maternas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **R. Pesquisa: Cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3432–3442, 2013.

SANTOS, L. M. et al. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, set./out. 2012.

SCHULTZ, L. D.; SABATÉS, A. L. Family living through sickness and child's hospitalization: qualitative study. **Online Brazilian J. of Nursing**, Niterói, v. 9, n. 2, out. 2010.

SILVA, C. R. L. **Conceito de conforto na perspectiva de clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar**. 2008. 185 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, L. N.; MOURA, C. M. A. B. Cuidados de enfermagem com a pele do recém-nascido pré-termo. **Rev. Enferm UFPI**, Teresina, v. 4, n. 4, p: 4–7, 2015.

SILVA, R. C. **A tecnologia e o enfermeiro no ambiente da terapia intensiva: um encontro mediado pelas representações sociais**. 2008. 239 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Um deslocamento do olhar sobre o conhecimento especializado em enfermagem: debate epistemológico. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1042–1048, 2008.

_____. Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. **Rev. Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 617–623, 2011.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A.; APOSTOLIDIS, T. Estilos de cuidar de enfermeiras na Terapia Intensiva mediados pela tecnologia. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 252–260, 2014.

SILVA, R. C. L. **O significado do cuidado em terapia intensiva e a (des)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas**. 2006. 156 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, R. C. L.; LOURO, T. Q. A incorporação das tecnologias duras no cuidado de enfermagem em terapia intensiva e o desenvolvimento do discurso da humanização. **Rev. enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 4, n. 3, p 1557–1564, 2010.

SILVEIRA, R. A.; OLIVEIRA, I. C. S. O cotidiano do familiar/acompanhante junto à criança com doença oncológica durante a hospitalização. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n.3, p.532–539, 2011.

SOARES, L. G. et al. UTI Pediátrica: o significado do cuidar na perspectiva da mãe. **Rev. Fund. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 4965–4971, out./dez. 2016.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471–480, 2010.

TORQUATO, I. M. B. et al. A doença e a hospitalização infantil: compreendendo o impacto da dinâmica familiar. **Rev. Enferm. UFPE on-line**, Recife, v. 6, n. 11, p. 2641–2648, 2012.

VIDAL, T. L. L. **Construção de um conceito de conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva oncológica**. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

VIEIRA, R. F. et al. Mães/acompanhantes de crianças com câncer: apreensão da cultura hospitalar. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017.

VILLA, L.L.O. et al. A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Fund. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.187-192, jan./mar. 2017.

APÊNDICE A – Formulário para caracterização dos sujeitos (equipe de enfermagem)

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

PARTE I – Dados Socioeconômicos

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ anos

Estado Civil: Solteiro/a Casado/a Separado/a Viúvo/a

Categoria profissional: Enfermeiro Técnico de Enfermagem

Escolaridade:

Curso técnico de enfermagem Graduação
 Pós-Graduação Mestrado Doutorado

Especialização: Não. ()
 Sim. () Em quê? _____.

Tempo de experiência: _____

Tempo de atuação em terapia intensiva pediátrica:

Menos de 1 ano 01 ano 02 anos 03 anos 04 anos
 05 anos 06 anos 07 anos 08 anos __anos

PARTE II – Buscando o entendimento sobre o conforto

1- Quais as palavras que remetem à ideia do conforto? Por quê?

2- O que você entende por conforto?

3-Quais os cuidados de enfermagem mais desconfortantes? Justifique sua resposta.

4- É possível oferecer conforto para criança internada na UTIP? Justifique sua resposta.

APÊNDICE B – Formulário para caracterização dos sujeitos (acompanhantes)

INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DE DADOS (ACOMPANHANTES)

PARTE I – Dados de identificação do familiar/acompanhante

Grau de parentesco: _____

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Estado Civil: Solteiro/a Casado/a Separado/a Viúvo/a

Escolaridade:

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

Idade da criança: _____

Tempo de internação da criança na UTIP _____

Primeira internação na UTIP? Sim Não Quantas internações? _____

Doença crônica preexistente? () Não.() Sim, qual: _____

Período que acompanha a criança na internação _____

Quem são as pessoas que acompanham a criança durante a internação? _____

PARTE II – ENTREVISTA

1-Quais as palavras que remetem à ideia do conforto?

2-O que você entende por conforto?

3-Quais os cuidados de enfermagem mais desconfortantes? Por quê? Justifique sua resposta.

4- É possível oferecer conforto para criança internada na UTIP? Justifique sua resposta.

5- O que você faria para confortar a criança?

6-Fale um pouco sobre o que pensa sobre as ações executadas pela equipe de enfermagem em uma UTIP?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Prezado (a) Senhor (a):**

Nós, Patricia Rodrigues Soares e Carlos Roberto Lyra da Silva, respectivamente, mestrandas e docente do curso de Mestrado acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: O conforto da criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI) na perspectiva da família e dos profissionais de enfermagem.

O estudo busca saber o seu entendimento sobre conforto e tem como objetivos: Propor um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes da criança internada em uma UTI; Identificar as predicações mais utilizadas pela equipe de enfermagem e pelos acompanhantes da criança internada em UTI para denotar conforto; Identificar a forma verbal denotativa de conforto a partir das falas da equipe de enfermagem e dos acompanhantes da criança internada em uma UTI e discutir os cuidados de enfermagem mais desconfortantes à criança hospitalizada na Terapia Intensiva.

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.

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

Informo que o Sr.(a) terá garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e também total liberdade para retirada do consentimento, sem qualquer tipo de prejuízo. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através da conclusão da minha tese, em artigos científicos, revistas especializadas, encontros científicos e/ou congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Você pode achar que determinadas perguntas a (o) incomodam, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. A pesquisa será desenvolvida sem o auxílio de instituições fomentadoras de projetos, todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores.

Esta pesquisa encontra-se baseada na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Possui vínculo com a UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sendo a aluna Patricia Rodrigues Soares a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate os responsáveis através do telefone: (21) 972818785/ e-mail: profunirio@gmail.com (orientador); (21) 983676905/ e-mail:

patyremanso@oi.com.br (mestranda). Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Eu, _____,

concordo em participar do estudo proposto.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22290-240.
Telefone: 21- 2542-7796. E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE D – Quadro de palavras Zipf

Zipf Profissionais

Ordem de Série	Palavras	Frequência	Soma	Zipf
1	conforto	56	56	56
2	estar	52	108	104
3	criança	51	159	153
4	paciente	48	207	192
5	cuidado	46	253	230
6	bem	45	298	270
7	dor	40	338	280
8	sim	36	374	288
9	aspiração	35	409	315
10	ao	34	443	340
11	como	26	469	286
13	proporcionar, porque, mudança	75	544	975
15	procedimento, decúbito, ambiente	24	568	360
16,5	decúbito, ambiente	44	612	726
19	punção, possível, não	63	675	1197
21,5	venoso, sentir	40	715	860
23,5	quando, mais	38	753	893
25	leito	17	770	425
26,5	via, cliente	32	802	848
29	momento, carinho, aéreo	45	847	1305
32	realizar, doloroso, confortável	42	889	1344
35	tot, enfermagem, adequado	39	928	1365
38,5	vez, tranquilidade, sempre, banho	48	976	1848
44	segurança, muito, mesmo, invasivo, higiene, deixar, aconchego	77	1053	3388
48,5	posição, algo	20	1073	970
50,5	também, aliviar	18	1091	909
57	tqt, palavra, medida, gerar, forma, ficar, família, desconforto, causar, através, atenção	88	1179	5016
72	tudo, troca, simples, seguro, ruído, proteção, permitir, oferecer, melhor, evitar, dever, desconfortável, dar, curativo, corporal, confiança, condição, ação, agradável	133	1312	9576
89	vida, trazer, sensação, processo, prestar, oral, internação, fralda, estresse, dia, causa, calma, ato, acreditar, acompanhante	90	1402	8010
107,5	remeter, redução, questão, qualidade, procurar, precisar, periférico, manipulação, incômodo, incomodar, hora, físico, farmacológico, familiar,	110	1512	11825

	equipa, entender, diminuir, desconfortante, cuidar, corpo, ausência, assistência			
131,5	uti, uso, tratamento, tornar, saúde, ruim, promover, pressão, presença, presente, pensar, pediátrico, passar, necessidade, minimizar, medicação, maneira, luz, luminosidade, imaginar, exemplo, demonstrar, bom, analgesia, amenizar, achar	104	1616	13676
179,5	visar, verificar, trocar, tratar, toque, sono, sondagem, situação, silêncio, sedação, rolo, respeito, relaxado, reduzir, prático, principalmente, prazer, posicionamento, período, pequeno, pele, passagem, pai, paciência, necessário, necessitar, menos, mantê, manter, local, limpo, lado, interação, indivíduo, iluminação, humano, humanização, humanizado, hidratação, felicidade, falar, exposição, explicar, etc., estímulo, emocional, diminuição, devido, determinado, desconfortantes, depender, coxim, conversar, conjunto, compromisso, compreensão, colocar, choro, cateter, caso, brinquedo, até, atender, apropriado, amor, alívio, além, ajuda, agrupar, acima	210	1826	37695
273	úlceras, área, voltar, vesicar, ventilação, utip, usar, unidade, trauma, transmitir, tranquilo, trabalhar, temperatura, só, superior, sonda, sofrimento, significado, serenidade, sentar, segurar, secreção, satisfação, retirar, resultado, respiratório, respeitar, recuperação, realização, puncionar, próximo, prover, privacidade, princípio, primordial, positivo, posicionar, paz, ouvir, orientação, organizado, nasogástrico, médico, mão, mudar, minimização, mexer, mencionar, melhoria, melhorar, melhora, maravilhoso, manipular, machucar, limpeza, limite, já, invasão, introdução, integridade, insegurança, informação, individual, importante, ideia, idade, hospitalar, horário, higienização, geral, fundamental, frio, frequência, falta, expor, existir, executar, espiritual, escolar, envolver, dúvida, dormir, doer, dignidade, descompressão, dentro, demorar, dedicação, cti, constante, consolo, comunicação, clinicar, chegar, cateterismo, carinhoso, calmo, cabo, básico, buscar, brusco, atendimento, associar, arrumado,	234	2060	63882

	apresentar, apagar, amparo, ajudar, agressivo, afogamento, adotado, acordado, aconchegado, acomodação, acolhimento, acesso			
510,5	único, óbito, zona, vídeo, vulnerável, voz, vontade, vivenciar, visual, vir, vesical, vergonha, vencido, valor, utilização, utilizar, usado, umidificação, técnico, técnica, travesseiro, traumático, traumatizante, tratado, totalmente, total, tocar, tirar, terapia, tentativa, tecnologia, tarefa, surpreendente, superar, sujidade, sufocamento, sorriso, sonorização, solidário, sng, sne, sinônimo, sintoma, sinceramente, setor, serviço, sensor, sensibilidade, seco, sc, saturímetro, sangue, sanar, rápido, rodízio, rms, retal, resultar, repassar, relação, relaxante, relaxamento, relacionar, relacionamento, reinterar, regularmente, realmente, realidade, razão, quão, querer, queimar, quantidade, quadro, pérvias, pânico, pulmonar, psicológico, provocar, proveitoso, proteger, proporcional, propiciar, promoção, programar, produzir, priorize, priorizarmos, principal, prevalecer, preservar, prescrito, preferido, predispor, prazeroso, possuir, possivelmente, possibilidade, ponto, pessoal, permeabilidade, perda, particularmente, particularidade, parecer, padrão, pa, oxigênio, otimizar, orientar, oportunidade, ofertar, ocorrer, observar, número, nível, né, nunca, notório, noite, nitidamente, nervosismo, negligência, negativo, nasogástrica, nasoentérico, nasal, narina, mínimo, movimento, motivo, mostrar, morte, morrer, mobilização, mobilizar, meio, medicando, medicamentoso, medicamento, material, massagem, manta, maior, macio, lábio, lugar, ludoterapia, logo, ligação, leveza, levar, lesão, lembrança, lateralizando, lar, labilidade, junto, juntamente, jeito, inúmero, introduzir, internar, intercorrências, interagir, intenso, intensivo, inserir, insalubre, injeção, informar, individualidade, incentivo, implementar, imperícia, impedir, impacto, identificar, ideal, humanístico, hospitalizar, holístico, hipóxia, hidratante, hemodinâmico, harmonioso, gravidade, grave,	358	2418	18275 9

	<p>grande, gostar, gesto, garrotear, fé, futuro, furar, fundamentação frequente, filho, fezes, favorável, favorecer, fator, faixa, facial, extremamente, extrapolar, expressão, expressar, experiência, existente, exercer, excesso, excessivo, ex, evoluir, evacuação, etário, estável, estrutura, estressar, estressante, estranho, estimular, esticado, estender, essencial, espírito, espiritar, espesso, esclarecido, entérico, então, entubado, entrar, enteral, enrolar, enorme, enema, endotraqueais, emocionalmente, elemento, eficiência, eficiente, eficaz, dvd, doença, doente, dobra, doar, diurese, distração, distrair, diferença, diferente, diarréicas, desnecessário, desnecessariamente, desestabilizar, desenho, descrito, desconhecido, depois, dependência, deliciar, dedicar, decúbitos, debaixo, dano, cva, cura, cuidadoso, cueiro, critério, crescimento, costa, correto, contato, contar, constrangimento, constituir, consolá, consolar, considerar, consenso, conhecimento, conduta, compreender, comportar, complicado, complexidade, completo, completamente, comorbidades, colo, coleta, coisa, claro, claridade, citar, cientificar, casa, caracterizado, capacidade, cantar, cama, calor, calma, caber, brincar, brincadeira, biológico, base, barulhento, avaliação, avaliar, auditivo, atuar, atitude, atendê, atencioso, assistencial, assim, aspirar, aspecto, arte, ar, aqui, aplicar, apaixonado, anteriormente, angústia, angustiar, angustiado, analgesias, ambiental, alçada, alto, aliviado, ali, agulha, agrupas, agrupamento, agitar, aflição, afeto, adolescente, administração, administrar, adesivo, acordo, aconchegante, aconchegada, acomodar, acomodado, acolher, acarinhar, acabar, abrigo</p>			
--	--	--	--	--

Ordem de Série	Palavras	Frequência	Soma	Zipf
1	criança	56	56	56
2	muito	47	103	94
3	bem	45	148	135
4	não	44	192	176
5	bom	39	231	195
6	sim	37	268	222
7,5	pacientem, mais	62	330	465
9	como	26	356	234
10	sempre	25	381	250
11	porque	23	404	253
12	cuidado	22	426	264
13,5	ficar, conforto	40	466	540
15	equipa	19	485	285
16	carinho	18	503	288
17,5	filho, achar	34	537	595
20	sentir, quando, necessário	48	585	960
22	profissional	15	600	330
24	lugar, atenção, ambiente	42	642	1008
28	tratar, dar, confortável, casa, atencioso	65	707	1820
31	possível	12	719	372
32	colocar	11	730	352
34,5	vez, mesmo, colo, amor	40	770	1380
42	tudo, troca, tranquilo, silêncio, sangue, melhor, já, cuidar, bebê, barulho, atendimento	99	869	4158
51,5	ótimo, procedimento, menos, limpo, hora, enfermeiro, aspiração, acompanhante	64	933	3296
62	uti, tratamento, roupa, pegar, oferecer, nada, mãe, gostar, falar, dia, coisa, banho, ao	91	1024	5642
73,5	sonda, melhorar, luz, local, invasivo, enfermagem, dormir, cama, ação, até	60	1084	4410
88	vontade, tirar, sentar, segurança, médico, momento, mau, limpeza, hospital, furar, fralda, desconfortável, curativo, cuidadoso, comodidade, carinhoso, calma, assim, acreditar	95	1179	8360
112	vesical, utip, tranquilidade, também, só, retirar, reclamar, posição, melhora, material, mal, lá, geral, excelente, evitar, distrair,	116	1295	12992

	desconforto, dentro, deixar, dedicação, dedicar, conversar, conseguir, aqui, aparelho, ajudar, acontecer, acesso, acabar			
150	veia, trocar, temperatura, sofrer, respeito, procurar, principalmente, pele, passar, paciência, opinião, observar, nasal, máximo, mudança, medicamento, machucar, logo, leito, internar, humano, frio, forma, existir, etc., equipamento, entender, dor, difícil, dever, delicadeza, corpo, conversa, comida, colchão, causa, capacitado, calmo, brincadeira, bastante, assistir, aspirar, alimentação, algo, ainda, agredir, agradável	141	1436	21150
220,5	vida, tudo, trazer, traumatizante, traqueostomia, tomar, televisão, super, sono, situação, saúde, satisfeito, sangrar, ruim, responsável, responder, refeitório, recuperação, realmente, puncionar, proteção, prestativo, preocupado, precisar, plantão, perfuração, paz, partir, paraleta, parabéns, palavra, pai, organizado, música, mínimo, mudar, melhoria, meio, maravilhoso, manter, lindo, lençol, lembrar, legal, jeito, irritado, internação, interagir, integridade, incomodar, impossível, importância, horrível, higiene, gosto, gastrostomia, físico, fossar, fato, executar, esquecer, doloroso, dolorido, doente, dizer, disposto, desenho, desconfortante, demorar, delicado, contribuir, constante, comprometimento, completamente, coleta, claro, citado, chegar, certo, certeza, celular, cateter, calor, bomba, bigode, barulhento, banheiro, baixo, auxiliar, apenas, ali, agradecer, aconchegante, acomodado	188	1624	41454

433	<p>ética, área, xingar, vídeo, voz, viver, visar, vir, via, verificação, ventilação, venoso, vacina, utis, uso, técnico, tv, troco, travesseiro, traumatizar, trauma, tratado, traqueia, trabalhar, total, tot, tornar, tocar, termo, terminar, tender, tamanho, superar, suave, som, sofrimento, simpático, setor, sensação, seguro, satisfação, salvar, saco, rsrs, rir, resumo, resumir, restante, responsabilidade, respeitar, resistente, representar, repouso, remédio, relacionar, regra, recuperar, receber, questionar, querer, quebrar, quase, quantidade, qualificado, qualidade, pôr, punção, psicomotor, próximo, proteger, propriamente, proporcionar, proporcional, pronto, promover, profundo, profissão, profissionalismo, produto, priorizar, primordial, pretender, prestar, preocupação, preciso, praticamente, positividade, piorar, pintura, pessoal, perto, permitir, periférico, pergunta, perdido, perceber, pequeno, pensar, pediátrico, passo, passagem, parente, ouvir, orogástrica, orientar, organização, oral, olho, oficina, objeto, número, nível, novo, normalmente, normal, nominalmente, nojento, noite, neto, neonatal, necessitar, necessidade, nasogástrica, nariz, mês, método, musiquinhas, musicoterapia, mostrar, monitor, milha, mexer, mente, medo, medida, medicina, medicação mantê, mamãe, maior, macio, machucado, levar, laranjeira, lar, juramento, item, intubação, introduzir, instruído, instalação, informação, inferir, indiferença, incômodo, impossibilitar, importante, imensamente,</p>	331	1955	143323
-----	---	-----	------	--------

	<p>ignorante, identificar, idade, humor, humanização, hospitalar, grosso, gordo, glicose, glicemia, gesto, gente, genital, gelado, gaveta, fácil, furá, furado, fundo, fundamental, funcionário, frequência, fragilizado, forte, formar, fixação, fino, feliz, fechar, febre, fase, família, falta, falatório, facilitar, extremo, explicar, experiência, expectativa, excluir, examinar, exame, ex, eventualidade, estudar, estourar, esquecido, especialidade, escora, errado, envolvê, envolver, então, entubada, ente, enrolar, enquadrar, enfermaria, eficaz, educação, educado, dvd, dreno, domiciliar, doer, doença, doentinha, divertido, distinguir, dispensar, diretamente, diminuir, dificultar, diferente, devido, despreocupado, desnecessariamente, desligado, descontraído, descontração, desconfortar, desconfortantes, descompressão, depender, demonstrar, demais, decúbito, decoração, cômodo, custar, cti, criar, crer, correto, controlo, controlar, continuar, considerar, conjunto, confortar, confiança, comprometido, compreensão, competente, começar, comer, clareza, citar, chorar, cheiroso, cheio, chato, cauteloso, cateterismo, caso, caro, canto, cantar, cansado, calorenta, calmante, caber, brincalhão, braço, botar, bicho, beira, batata, avaliar, aumentar, ato, atividade, atento, assustado, assunto, arrumação, arrumado, apropriado, aprender, aplicar, aparato, apagado, antipático, anteriormente, animar, angustiante, amparar, amarrar, amar, amada, além, alto,</p>			
--	---	--	--	--

	alojamento, almofada, aliviar, agoniado, agasalhada, afinal, adorar, acordar, acordado, aconchego, acomodação, acolher, acima, acender, acalmar, acalentaria, acalantar, abrigo, abraço			
--	--	--	--	--

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP (UNIRIO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O conforto da criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na perspectiva da família e dos profissionais de enfermagem

Pesquisador: PATRICIA RODRIGUES SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59422616.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.762.914

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo e abordagem qualitativa para dissertação de mestrado acadêmico em enfermagem. A temática abordada refere-se ao conforto de crianças na UTI pediátrica e os participantes da pesquisa serão acompanhantes destas crianças e os profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados será por meio de entrevista semi-estruturada com instrumento elaborado pela pesquisadora principal e a análise dos dados se dará pela análise de conteúdo conforme Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do estudo são:

Primário: O conceito de conforto em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na perspectiva da família e dos profissionais de enfermagem.

Objetivo Secundário:

1-Propor um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes da criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

2- Identificar as predicações mais utilizadas pela equipe de enfermagem e pelos acompanhantes da criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica para denotar conforto.

3-Identificar a forma verbal denotativa de conforto a partir das falas da

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.762.914

equipe de enfermagem e dos acompanhantes da criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. 4-Discutir os cuidados de enfermagem mais desconfortantes à criança hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são mínimos e a pesquisadora os descreve como: "Quanto aos riscos, serão informados sobre a possibilidade de riscos mínimos tais como: constrangimento, desconforto psicológico ou emocional diante de algum questionamento, sensação de perda de tempo e de perda de privacidade, desta forma, serão esclarecidos que poderá optar por não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodados e que, caso queiram, poderão deixar de participar do estudo a qualquer momento. Todas as informações constam no TCLE."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que abordará o conforto do paciente pediátrico sob a perspectiva de seus acompanhantes e equipe de enfermagem, de forma a possibilitar conceitar esta situação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta:

Folha de rosto adequada

Autorização da co-participante

TCLE adequado

Instrumento (no projeto)

Recomendações:

Formatar o TCLE em uma única folha

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_771191.pdf	15/08/2016 07:41:02		Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.762.914

Outros	autorizacao.pdf	12/08/2016 21:10:51	PATRICIA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TESE.docx	12/08/2016 21:05:13	PATRICIA RODRIGUES SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/08/2016 21:03:35	PATRICIA RODRIGUES SOARES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/08/2016 21:02:43	PATRICIA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	12/08/2016 20:59:45	PATRICIA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Outubro de 2016

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP (Hospital cenário de estudo)

INSTITUTO DE
PUERICULTURA E PEDIATRIA
MARTAGÃO GESTEIRA - RJ



Continuação do Parecer: 1.845.188

Secundários:

- 1-Propor um conceito de conforto na perspectiva dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes da criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.
- 2- Identificar as predicações mais utilizadas pela equipe de enfermagem e pelos acompanhantes da criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica para denotar conforto.
- 3-Identificar a forma verbal denotativa de conforto a partir das falas da equipe de enfermagem e dos acompanhantes da criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.
- 4-Discutir os cuidados de enfermagem mais desconfortantes à criança hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos --> Quanto aos riscos, serão informados sobre a possibilidade de riscos mínimos tais como: constrangimento, desconforto psicológico ou emocional diante de algum questionamento, sensação de perda de tempo e de perda de privacidade, desta forma, serão esclarecidos que poderá optar por não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodados e que, caso queiram, poderão deixar de participar do estudo a qualquer momento. Todas as informações constam no TCLE.

Benefícios --> Os participantes serão notificados de que, como voluntário da pesquisa, não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para o mesmo e que a participação no estudo irá contribuir para a construção de conhecimento científico sobre o objeto de estudo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo bem fundamentado e desenhado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com a resolução
Entrevista com dados pertinentes e sem identificação

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Discutido em 29 de novembro do corrente.

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-912
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2590-3842 **Fax:** (21)2562-6150 **E-mail:** pesquisa@ippmg.ufrj.br

**INSTITUTO DE
PUERICULTURA E PEDIATRIA
MARTAGÃO GESTEIRA - RJ**



Continuação do Parecer: 1.845.188

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_771191.pdf	15/08/2016 07:41:02		Aceito
Outros	autorizacao.pdf	12/08/2016 21:10:51	PATRICIA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TESE.docx	12/08/2016 21:05:13	PATRICIA RODRIGUES SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/08/2016 21:03:35	PATRICIA RODRIGUES SOARES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/08/2016 21:02:43	PATRICIA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	12/08/2016 20:59:45	PATRICIA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Ricardo Hugo da Silva e Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-912
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2590-3842 **Fax:** (21)2562-6150 **E-mail:** pesquisa@ippmg.ufrj.br