

CONFORTO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Data de Submissão: 26/01/2024

Data de aceite: 01/04/2024

Margarida dos Santos Salú

Instituto Nacional Fernandes Figueira_ IFF/
Fiocruz
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/9007184022645633>

Zina Maria Almeida de Azevedo

Instituto Nacional Fernandes Figueira_ IFF/
Fiocruz
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/5340093656264889>

Marcia Farias de Oliveira

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso
Costa/UFF
Niterói-Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5625583273823845>

Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira

Instituto Nacional Fernandes Figueira_ IFF/
Fiocruz
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/0685862577427193>

Carlos Roberto Lyra da Silva

Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro/ UNIRIO
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/5699679119049526>

RESUMO: O cliente pediátrico que requer uso de tecnologia para manutenção da vida também precisa de “ambiente terapêutico”, ajudando-o na recuperação da saúde e oferecendo assistência centrada em questões do corpo subjetivo, incluindo conforto. *Metodologia:* Estudo transversal descritivo, abordagem qualitativa, realizado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de hospital federal do Estado do Rio de Janeiro. *Objetivos:* 1) Identificar, na fala dos profissionais de enfermagem quais cuidados de conforto são prestados ao cliente e se são considerados indicadores de qualidade; 2) Propor escala de conforto para UTIP usando termos lexicais emergidos da fala dos participantes dentro dos contextos de conforto propostos por Kolcaba (físico, psicoespiritual, ambiental e social). Aplicado questionário semiestruturado em entrevistas com 39 profissionais. Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin e ordenado nas categorias: I_Conforto qualifica a assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e II_Conforto como prioridade dos cuidados de enfermagem e a interferência do ambiente. *Resultados* revelaram que conforto é um indicador de qualidade capaz de qualificar

a assistência de enfermagem, e que conceitos de relação enfermeiraXdoenteXambiente são aplicáveis em todos os quadros de enfermagem atuais, sendo que ambiente interno e/ou externo interfere nas medidas confortantes. Foi criada escala para mensuração do estado de conforto para UTIP pontuada por escores objetivos e subjetivos. *Conclusão:* enfermeiros que gerenciam o cuidado crítico devem apoderar-se de conhecimentos científicos e implementar medidas para o conforto baseadas em evidências, expondo em novos estudos os resultados obtidos com estas práticas gerenciais.

PALAVRAS-CHAVE: Conforto do Paciente; Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Pediatria

COMFORT AS AN INDICATOR OF QUALITY OF NURSING CARE IN A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The paediatric client who requires the use of technology for life maintenance also needs a “therapeutic environment”, helping them to regain health and offering care centred on subjective body issues, including comfort. *Methodology:* This is a descriptive cross-sectional study, with a qualitative approach, conducted in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) of a federal hospital in the State of Rio de Janeiro. *Objectives:* 1) To identify, in the discourse of nursing professionals, which comfort care is provided to the client and whether it is considered quality indicators; 2) To propose a comfort scale for PICU using lexical terms that emerged from the participants’ speech within the comfort contexts proposed by Kolcaba (physical, psychospiritual, environmental and social). A semi-structured questionnaire was applied in interviews with 39 professionals. The data were analyzed in the light of Bardin’s Content Analysis and ordered into the following categories: I_Conforto qualifies nursing care in the Pediatric Intensive Care Unit and II_Conforto as a priority of nursing care and the interference of the environment. Results revealed that comfort is a quality indicator capable of qualifying nursing care, and that concepts of nurse-patient-environment relationship are applicable in all current nursing staff, and that the internal and/or external environment interferes with comforting measures. A scale was created to measure the comfort status of PICUs, based on objective and subjective scores. *Conclusion:* nurses who manage critical care should take hold of scientific knowledge and implement evidence-based comfort measures, exposing the results obtained with these management practices in new studies.

KEYWORDS: Patient Comfort; Nursing Care; Intensive Care Units; Paediatrics

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) necessita do aparato tecnológico em favor da vida, e esse ambiente cheio de tecnologias pouco entendido e compreendido pelo senso comum e que, por esse motivo, torna-se objeto de medo, angústia e preocupação, entretanto, quando bem indicada e utilizada, pode salvar vidas.

As tecnologias de cuidado são classificadas em **dura**, **leve-dura** e **leve** e discursa sobre suas implicações no cotidiano da prática hospitalar e que se refletem na assistência de enfermagem prestada nas unidades altamente tecnificadas, como é o caso da UTIP (MERHY, 1997).

Pensar no cuidado de enfermagem prestado na UTIP não pode se restringir a uma questão tecnológica, mesmo entendendo que cuidado também pode ser entendido como uma tecnologia, sem questionar aqui sua relevância na manutenção do corpo físico e sua importância do ponto de vista biomédico, mas deve estar atrelado a concepção de que o cuidado ao corpo deve ser o próximo possível de um cuidado entendido e/ou almejado como integral. Implica em considerarmos o corpo composto por questões clínicas e objetivas, bem especificadas, facilmente mensuradas, no entanto, não mais ou menos importante que as questões subjetivas, tais como desejos e anseios, tudo isso imerso em um ambiente frio e gerador de medo, tanto do aparato tecnológico quanto dos profissionais que lá prestam seus cuidados (MERHY, 1997). Acrescento neste contexto, que Florence discorre sobre o objetivo precípua da nossa profissão que é a de prestar *conforto* ao paciente (NIGHTINGALE, 1989).

O cliente pediátrico que requer o uso de tecnologia para manutenção da vida, na compensação das funções orgânicas, requer também um “ambiente”, que chamarei aqui de “terapêutico”, capaz de auxiliar no restabelecimento da saúde, e de uma assistência com um olhar voltado para as questões do corpo subjetivo, onde se inclui *o conforto, sentido e manifestado por ele ou não, sem perder de vista que o desconforto é uma condição que antecede o estado de conforto* (NIGHTINGALE, 1989 e SILVA, 2009).

Então, ao considerar a definição de qualidade proposta pela Internacional Organization for Standardization, quando fala na satisfação das necessidades explícitas e implícitas aos clientes, incluir o conforto, mais especificamente, na satisfação das necessidades explícitas, não é exigir demais, haja vista que, é a partir da experiência de (des)conforto explicitada pelo cliente que a enfermagem terá elementos palpáveis para pensar e implementar suas ações assistenciais (ABNT, 1994).

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

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

1. Na concepção do discurso da equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicos) oferecer e/ou manter o conforto no corpo do cliente pode ser considerado um indicador capaz de qualificar a assistência de enfermagem?
2. Quais são os cuidados que a equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicos) pode oferecer ao cliente pediátrico com objetivo precípua de promover e/ou manter o conforto, a partir de seu discurso?
3. É possível estabelecer uma escala de mensuração/avaliação de conforto para os clientes pediátricos da UTIP para a partir desta tornar o conforto um indicador de qualidade da assistência de enfermagem na UTIP, mediante o discurso dos enfermeiros e técnicos?

Neste sentido, ao conceituar o conforto como “um estado de bem-estar percebido pelo cliente que poderá resultar em qualidade de vida” e ao determinar o *estado da arte* acerca do conforto tal como objeto de investigação, concluiu-se que existe ainda em âmbito nacional uma carência de investigações, dissertações e teses que discutam esse binômio. Entretanto, no cenário internacional, autores, investigadores e teóricos já consagrados vêm discutindo o conforto numa perspectiva teórica, como é o caso da Dra. Kolcaba (SILVA, 2008; KOLCABA, 2010).

Para atingir os objetivos e subsidiar a compreensão do objeto de estudo utilizou-se como bases teóricas os fundamentos teóricos da *qualidade* na assistência em saúde de algumas referências nacionais e internacionais, visando o *cuidado, ambiente e conforto*, ratificando que o ambiente hospitalar por estar diretamente relacionado à saúde do cliente requer qualidade e conforto (NIGHTINGALE, 1989; KOLCABA, 2010; RACOVEANU, 1995; BRASIL, 1998).

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

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é definida como o setor de atendimento a pacientes de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo um limite definido de acordo com as rotinas da instituição (ANVISA-BR, 2010).

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

Para discorrer sobre qualidade na assistência de enfermagem não se pode deixar de mencionar um órgão de natureza privada inicialmente denominado *Comissão de Acreditação de Hospitais*, criada em 1951, com a missão de monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos ao público, por meio da acreditação hospitalar. Em 1987 este objetivo foi ampliado para alcançar diferentes instituições de assistência à saúde, além dos hospitais, quando passou a se denominar *Comissão Conjunta de Acreditação de Serviços de Saúde* (BRASIL, 1998).

O produto da qualidade é a satisfação do cliente frente aos serviços que lhe são oferecidos, sendo corroborado pelo conceito mais recente de qualidade: “*Uma prática das organizações para assegurar que seus procedimentos estejam em conformidade com as exigências dos clientes. Um sistema de gestão de qualidade demonstra a previsibilidade das operações internas e a capacidade de ir ao encontro das demandas do cliente, aumentando seu grau de satisfação* (BVS, 2007).”

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

Os indicadores são instrumentos reguladores da qualidade e assistência, que nesse caso é a enfermagem, que obedece a padrões estabelecidos e periodicamente revistos e que são construídos a partir de componentes da organização como a estrutura, o processo e o resultado (TEIXEIRA, 2006).

Portanto, este estudo objetivou-se identificar, na fala das enfermeiras e técnicos de enfermagem, se o cuidado confortante seria considerado um indicador de que a assistência de enfermagem prestada ao cliente pediátrico na unidade de terapia intensiva seria de qualidade; quais seriam cuidados de conforto que poderiam ser prestados ao paciente pediátrico na unidade de terapia intensiva e propor uma escala de conforto para clientes de unidade intensiva pediátrica a partir dos termos lexicais emergidos da fala dos participantes (sujeitos-objeto) da pesquisa dentro dos contextos de conforto propostos por Kolcaba (físico, psicoespiritual, ambiental e social), com vistas a torná-lo um possível indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada na UTIP (KOLCABA, 2010).

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo com abordagem qualitativa, realizado dentro de uma unidade de terapia intensiva pediátrica, denominada Unidade de Pacientes Graves (UPG) de uma Instituição Pública Federal de Saúde referência na saúde da mulher, da criança e do adolescente localizada no Rio de Janeiro.

A unidade é composta por seis leitos e recebe crianças com faixa etária que varia de 29 dias de vida a 18 anos incompletos, que apresentavam condições de agravo à saúde com risco iminente de morte, como afecções respiratórias, sepse, pós-operatório de cirurgias de urgência, entre outros. As crianças referenciadas para esta unidade geralmente dependem em sua maioria de suporte avançado de vida.

Utilizado como critério de inclusão da pesquisa, participantes profissionais de enfermagem (técnicos e/ou enfermeiros) que estivessem exercendo suas atividades laborais no setor à época da pesquisa e consentissem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão profissionais de férias ou licença por qualquer motivo, à época do desenvolvimento do estudo.

A pesquisa foi desenvolvida como pré-requisito na formação de mestre pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO que seguiu em conformidade e orientação dos critérios e preceitos éticos com estudos com seres humanos, obtendo parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP (UNIRIO e FIOCRUZ) protocolo N° 1228/Dpq/2012, além do Termo de Autorização da Diretoria responsável por cada instituições implicadas, o Projeto de investigação foi apresentado à Direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO, atendendo determinações mencionadas no CEP (BRASIL, 2012).

Antes da aplicação do questionário para a coleta de dados, foi realizado um questionário piloto semiestruturado por 1 semana, que validou o mesmo para a pesquisa, que durou 1 mês. Tendo o sentido de traçar o perfil dos *participantes* e buscar o entendimento da enfermagem sobre o conforto como indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente da unidade de terapia intensiva pediátrica.

Os *participantes* englobaram 39 profissionais de enfermagem selecionados pela técnica de amostragem não-probabilística, isto é, amostra por conveniência, com população acessível (BARDIN, 1988). Na pesquisa qualitativa, os *participantes* devem ser caracterizados para que se compreenda o discurso a partir do contexto em que estão inseridos ou experiência de vida. Assim, decidimos considerar os dados demográficos sexo, categoria profissional e experiência profissional.

As informações foram processadas de forma a permitir uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto de estudo mediante à luz da *Análise de Conteúdo* proposta por Bardin composta por: leitura sistemática do material selecionado, exploração dos dados e elaboração das categorias (BARDIN, 1988).

Utilizou-se análise léxica com o propósito de identificar, nas falas dos participantes, os termos lexicais mais recorrentes que foram capazes de dar sentido aos temas/núcleos e favorecer a criação das categorias (FREITAS, 2000).

Para isso, foi transcrito todos os questionários na íntegra para o software Sphinx® Léxica, sistema que permite a análise estatística de dados quantitativos e qualitativos, permitindo alguns cruzamentos de dados que possibilitou novas análises e interpretações com relação à pesquisa. A análise semântica foi realizada pela autora principal (SPHINX, 2005).

RESULTADOS

Após exaustiva leitura dos questionários obtidos a partir das respostas de trinta e nove (39) profissionais de enfermagem da UTIP, o que representa, aproximadamente, 95% do universo de 41 possíveis participantes, os dados do Gráfico1 revelaram que a equipe de enfermagem desta unidade de terapia intensiva pediátrica era bastante heterogênea, com predomínio de técnicos de enfermagem que correspondeu à 59%, seguidos pelos enfermeiros com 29% que representaram o total de doze enfermeiros; os enfermeiros cuja

condição era de treinamento em forma de residência contribuíram com três respondentes, sendo 7% da amostra. Por último, dois técnicos de enfermagem não aceitaram participar da pesquisa, representando 5% da amostra, o que não comprometeu a qualidade do material produzido.

CATEGORIA PROFISSIONAL DOS SUJEITOS-OBJETO

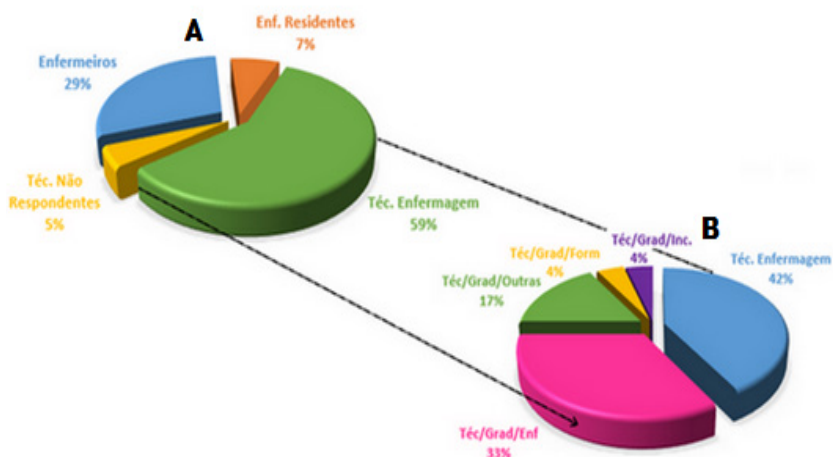


Gráfico 1: Categoria profissional dos Participantes Fonte: SALÚ, 2014.

Pode-se visualizar pelo gráfico 2 e 3 que 79% são do sexo feminino e 21% do sexo masculino. Quanto a experiência profissional, cerca de 36% possuíam de 6 a 10 anos; 28% que de 0 a 5 anos; 16% corresponderam de 11a 15 anos; 10% de 21 a 25 anos e 5% de 16 a 20 e de 26 a 30 anos de experiência profissional.

GÊNERO DOS SUJEITOS-OBJETO

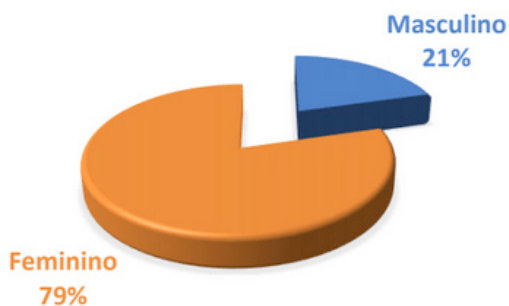


Gráfico 2: Gênero dos Participantes

Fonte: SALÚ, 2014.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS SUJEITOS-OBJETO

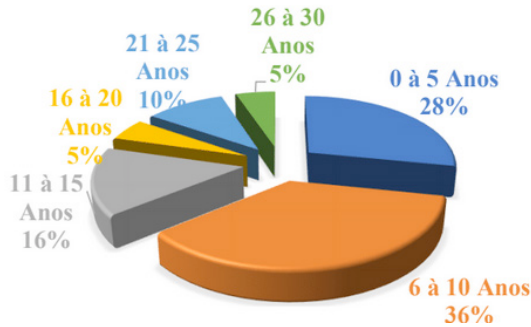


Gráfico 3: Experiência Profissional dos Participantes

Fonte: SALÚ, 2014.

Do estudo emergiram duas categorias a partir das respostas da equipe de enfermagem, sendo elas: **Categoria I_Conforto** qualifica a assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Entendendo ser o conforto um qualificador da assistência de enfermagem para esta clientela, foi possível identificar a partir das respostas dos *participantes* que pensar em conforto como indicador de qualidade na UTIP é uma realidade possível, pois 94.87% dos respondentes pensam desta forma, contra uma pequena representação de 5.13% que discordam desta assertiva e não considera o conforto um indicador de qualidade.

A quantidade de termos lexicais produzidos a partir das respostas da equipe de enfermagem envolvida na pesquisa permitiu a elaboração dos quadros que tem por objetivo o dimensionamento categorial do termo lexical com o contexto de conforto de Kolcaba. Identificados como participantes enfermeiro (PE) e participante técnico de enfermagem (PT) seguido do número de pesquisa.

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

“Asseio, trocar curativo, aspirações, mudança de decúbito, se a criança está entubada avaliar necessidade de aspiração ou analgesia, se o CTI está frio aquecê-la porque às vezes a criança está desconfortável chorando e por causa do frio. Temos que diante da criança avaliar os motivos do choro para intervir nessas alterações.” (PT1_ Téc. Enf.)

“Posicionamento na cama com rolinhos macios, travesseiro na altura adequada, troca de sensores e manguito, iluminação, troca de decúbito a cada três horas.” (PE1_ Enf^a)

“Minha principal ação é acomodar adequadamente o cliente no leito, assim como verificar a temperatura corporal para a oferta de regulação térmica.” (PE2_ Enf^a)

E aqui apresentarmos os termos lexicais para ajudar na compreensão da natureza objetiva da categoria, destacamos alguns trechos relevantes das falas da equipe e as dividimos nos contextos da Teoria de Conforto de Kolcaba (KOLCABA,1991):

- **Contexto Físico:**

“Primeiramente observo o comportamento da criança. A partir do seu comportamento podemos identificar vários fatores que indicam a necessidade de conforto. Por exemplo: expressão de dor, agitação, taquicardia, pele mosqueada, dentre outros. Os principais cuidados que ofereço para manter o conforto da criança na UTIP são: mudança de decúbito, hidratação e manutenção da integridade da pele, proteção de dispositivos rígidos que podem ferir a pele da criança, aquecimento da criança, o frio por vezes provoca agitação, observo sinais de dor, tanto pelo estado clínico, como pela presença de objetos que podem causar dor, diminuo a incidência de luz e barulho, manipulo a criança o mínimo possível e respeito o período de sono.” (PE3_Enf^a)

“Por exemplo: Intervir na manutenção da permeabilidade de vias aéreas? Sim. Me senti muito incomodada, quando uma criança em prótese ventilatória porém lúcida me sinalizava por meio de gestuais faciais que estava com falta de ar e desejava ser aspirada. Acarinhar e brincar com a criança para que ela se sintasse mais à vontade? Sim. Verificar se existe algo machucando uma criança sem condições de se comunicar ou que existe uma posição que vá deixá-la, mais confortável? Sempre. Acho que o mínimo pra mim pode ser providencial pra criança.” (PE4_Enf^a)

“Eu ofereço cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico com o objetivo de promover o conforto, trabalhando a favor da melhora do cliente.” (PT2_Téc. Enf.)

- **Contexto Psicoespiritual:**

“Manter a criança em posição adequada e confortável, limpeza e organização no leito, higienização do paciente, se a criança estiver pouco sedada tentar acolher esta criança da melhor maneira possível, pois se não há presença dos pais, também podemos oferecer carinho a esta criança, acho importante também fixação correta e adequada para sondas, TOT, TQT para que não venha incomodar ainda mais essa criança, manter curativo sempre limpo.” (PT3_Téc. Enf.)

“Promover bem estar, manter sempre conforto, como posição, estabelecer rotina de trabalho entre equipe para melhoria do paciente.” (PT4_Téc. Enf.)

“Que a criança não sofra tanto com o impacto da internação.” (PE5_Enf^a)

“Posicionamento no leito, temperatura adequada, internação cliente / profissional, a oportunidade de acompanhante presente, se possível, saciedade de fome e sede, distração (brinquedos, música, tv...).” (PE6_Enf^a)

- **Contexto Ambiental:**

“Água em temperatura confortável no banho. Luzes apagadas ou diminuídas após os procedimentos. Posição no leito que mais o agrade. Realizar todos os procedimentos de uma só vez se possível para evitar intervenções várias vezes durante o período entre outros.” (PT5_Téc. Enf.)

“Posição no leito (nos casos em que não há restrição); Aquecimento com lençóis e/ou cobertores; Escurecimento ou clareamento do ambiente; Uso de meias e/ou gorros; Reduzir o ruído próximo ao paciente; Esticar bem o lençol para evitar dobras; Conversar e/ou acalantar; Cantar; Ninar; Massagear com algum emoliente.” (PE7_Enf^a)

“Fazer com que o paciente esteja em um estado confortável sem nenhum problema, e favorecer uma assistência de qualidade, com o ambiente tranquilo, sem ruídos e aquecido.” (PE8_Enf^a)

“Higienização, mudança de decúbito, bom posicionamento no leito, manter unidade organizada, temperatura ambiental agradável e objetos pessoais promover o brincar.” (PT6_Téc. Enf.)

- **Contexto Social:**

“Quando cuido de uma criança o primeiro ponto no qual me preocupo é na dor. Observo alterações de sinais vitais e parâmetros comportamentais que foram modificados após o início dos cuidados. Principalmente nos adolescentes, me preocupo também com a privacidade.” (PE9_Enf^a)

“Avaliar se está com secreção, febre, se está deitado sobre objetos, se está evacuado, aquecer e fazer uma avaliação da criança como um todo. Às vezes até os pais causam agitação na criança.” (PT7_Téc. Enf.)

“No momento que chego para examinar a criança no leito, o toque já considero um fator importante para a promoção do conforto (da criança). A forma como o profissional toca a criança, no meu caso, a enfermeira já é um cuidado de enfermagem que pode desestabilizar o quadro hemodinâmico se não for realizado de forma adequada (com delicadeza, de forma suave entre outros). Mas o banho no leito é o cuidado de enfermagem que considero o primeiro para a promoção do conforto à criança na UTIP.” (PE10_Enf^a)

Com o propósito de atendermos ao terceiro objetivo desta pesquisa, foi realizado pelos pesquisadores a construção de uma proposta de escala de conforto a partir dos termos lexicais provenientes desta categoria, como pode ser visualizado na Figura 1.

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

Cliente:	Leito:	Idade:	Verbaliza: () Sim () Não	Data: / /
Parâmetros de Conforto	Subjetivo	Objetivo	Impressão do Avaliador	
Posicionamento	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Repouso	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Asseio Corporal	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Sensação de Segurança	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Privacidade	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Iluminação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Ruído	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Alimentação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Hidratação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Integridade da pele	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Dor	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Sono	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Relacionamento: equipe/cliente/acompanhante	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Limpeza e organização da unidade do paciente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Entretimento	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Aspiração: () Sim () Não VO / VN / TOT / TQT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Aparato Tecnológico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Temperatura ambiente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Regulação Térmica cliente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Tempo de Permanência no Leito	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Comunicação: equipe/cliente/acompanhante	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Comunicação: Verbal (oral/escrita)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Não-Verbal (olhar, gestos, postura, mímica)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
Total de Pontos				
Total Possíveis: ➤ 220 pontos: (clientes que verbalizam) somatório de informações Subjetivas e Objetivas. ➤ 110 pontos: (clientes que não verbalizam) apenas o somatório de informações Objetivas. Escores: ➤ 220-199 = PLENAMENTE CONFORTÁVEL; 198-156=Confortável; 154-111= Mínimamente Confortável; 110-67= Estado de Desconforto; 66= Criticamente Desconfortável. ➤ 110-100 = PLENAMENTE CONFORTÁVEL; 99-78=Confortável; 77-56= Mínimamente Confortável; 55-34= Estado de Desconforto; 33= Criticamente Desconfortável				Enfermeiro:

Figura 1 - Escala para Mensuração do Estado de Conforto para Clientes Pediátricos em UTIP

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

A especialização de pediatria nos ensina a tratar a criança de forma integral, ressaltando que a anatomia e psicológico de uma criança difere do paciente adulto, levando a estratégias de cuidado diferentes, principalmente dentro da UTIP, onde a internação pode ter um peso muito maior na criança devido a sua especificidade. Um estudo de revisão de literatura mostrou que a maior parte dos estudos sobre conforto foi publicado entre 2012 e 2016, mostrando como ainda é um tema incipiente na comunidade científica (BOSCH-ALCARAZ, 2018).

A enfermeira na UTIP se depara com situações que requerem competência técnica, integração de informações, construção de processo decisório, estabelecimento de prioridades, agilidade, eficácia e eficiência ao mesmo tempo não pode dissociar sua ação técnica do cuidado humano, no sentido de preocupar-se, responsabilizar-se e envolver-se no cuidado ao paciente, oferecendo-lhe conforto, com ética profissional (BOSCH-ALCARAZ, 2018; ALLIGOOD, 2011).

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

Pensar e aceitar que o conforto possa ser considerado um qualificador da assistência de enfermagem não é um contrassenso, na terapia intensiva tão somente por ser um ambiente altamente tecnificado, com baixa temperatura e com excesso de ruídos advindos das falas dos profissionais e das tecnologias duras em grande quantidade, mas sim, muito mais pelas características inerentes a cada profissional que oferece esse cuidado. Na UTIP, isso se torna um dos desafios mais difíceis de se ultrapassar pela equipe (BOSCH-ALCARAZ, 2018).

Rêgo e Porto, 2005, resumem o termo qualidade com enfoque na área da saúde como um conjunto de métodos e/ou metodologias voltadas para o processo de melhorias contínuas das condições objetivas e subjetivas dos serviços, com vistas ao atendimento das necessidades, desejos e expectativas dos usuários, profissionais, instituições e sociedade.

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

A qualidade da assistência de enfermagem tem uma influência muito grande na percepção de segurança dos pacientes devido ao impacto das intervenções de enfermagem. Essa sensação de segurança facilita reduzir os efeitos colaterais da parte assistencial. Ferramentas ou estratégias deveriam ser criadas para ajudar a quantificar e identificar as causas do desconforto e, assim, permitir que a enfermagem consiga organizar melhor suas atividades e implementando um cuidado holístico visando conforto objetivo e subjetivo (BOSCH-ALCARAZ, 2018).

Um outro autor corrobora com essa assertiva ao dizer que: *“o conforto do doente era a primeira e a última consideração da enfermeira. Uma boa enfermeira punha os doentes confortáveis e a provisão do conforto era um fator primário determinante da habilidade e personalidade de uma enfermeira”*. Fica evidente que a capacidade em prover e manter conforto para o doente era considerada uma habilidade que qualificava uma enfermeira e seus cuidados prestados (AIKENS, 2008).

Estudo desenvolvido por Hyun-Seung, 2007, utilizou uma escala de conforto para avaliar o nível ideal de sedação em crianças graves que necessitavam de ventilação mecânica. Sedação e analgesia são componentes fundamentais no tratamento desses pacientes, uma vez que permitem que as enfermeiras consigam realizar procedimentos invasivos sem reduzir consideravelmente os níveis de conforto do paciente. Essa assertiva foi corroborada por mais três estudos (TWITE, 2005; NEE, 2014; KOLCABA, 2002) e se alinha ao referencial aqui aplicado. É importante ressaltar que Kolcaba ressalta que, para implementar os preceitos com sucesso, o cuidado do paciente antes e após as intervenções de conforto são essenciais (KOLCABA, 2006).

A partir da ordenação dos termos lexicais, foi verificado que os profissionais estão ainda muito preocupados com os aspectos físicos que envolvem o ambiente quando pensam em conforto em unidades hospitalares. Estes dados nos revelaram que a assistência de enfermagem e as medidas de conforto realizados na unidade de terapia intensiva pediátrica estava sendo realizada por uma equipe relativamente jovem e em processo de formação do espírito científico e pensamento reflexivo.

A prematuridade dos conhecimentos dos profissionais em relação a como o conforto influencia na qualidade da assistência de enfermagem pode ser evidenciado pelas suas falas, onde mostraram o quanto é importante realizar cuidados de enfermagem, apontando sua intenção primária em promover/manter o conforto a partir desses procedimentos: banhar o corpo, mudar o decúbito, adequar a iluminação e temperatura do ambiente quando possível etc.

Em uma tese de doutorado, foi apresentado termos lexicais emitidos por enfermeiras(os) e pacientes internados nas mais diversas unidades de internação e, em sua grande maioria, os termos mais frequentes foram aqueles relacionados com o contexto físico, mas, que estão presentes também no tipo de conforto alívio e tranquilidade propostos por Kolcaba (SILVA, 2008; KOLCABA, 2002; KOLCABA, 2001).

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

Ao avaliarmos a **Categoria II_ Conforto** como prioridade dos cuidados de enfermagem e a interferência do ambiente. pensar em conforto e suas interferências no plano da pragmática assistencial, não obstante, pensa-se, também nos fatores ambientais que vão ao encontro do tipo de conforto proposto por Kolcaba e iniciado com Florence.

A palavra conforto designa e relaciona ao cuidado de enfermagem, sentimentos, emoções e tudo aquilo que está adequado e adaptado, na assistência aos clientes, que consola e traz prazer, que é ajustado e apropriado, ou, que é ainda convenientemente oportuno (SCHMID, 2005).

O conforto e os cuidados confortantes, tal como outros indicadores de qualidade podem sim serem utilizados como parâmetros instrumentais de gerenciamento e mensuração capazes de contribuir para no mínimo, dois dos sete elementos que compõem os pilares da qualidade propostos por Donabedian, a eficácia e a aceitabilidade, sem os quais, a assistência de enfermagem nas unidades de terapia intensiva pediátrica teria seus resultados de cuidados comprometidos (DONABEDIAN, 1980).

Os cuidados de enfermagem na UTIP tem o propósito de restabelecer e ou manter as condições vitais, mas também, de desenvolver e aplicar a empatia. As crianças demandam desejos e anseios por serem cuidadas em um ambiente que os tornam ou o fazem sentir-se um estrangeiro por não compreenderem as terminologias neles praticadas, pelo contato com pessoas desconhecidas, pelos métodos altamente invasivos e dolorosos, dentre outros fatores que podem ser adversários no imaginário de uma criança, mas que irão salvar suas vidas.

A teoria de Nightingale contém três relações principais: (1) ambiente/doente, (2) enfermeira/ambiente e (3) enfermeira/doente. Das principais relações propostas, duas consideram o ambiente como fator determinante da sua relevância e um carácter facilitador ou dificultador na saúde, recuperação e prevenção de doenças, assim como, na promoção do conforto (MERHY, 1997).

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

Vários estudos realizados em unidades de terapia intensiva pediátrica concluíram que os níveis de ruído excederam o recomendado pela World Health Organization (WHO), demonstrando que é um dos fatores que causa desconforto nas crianças internadas, além de gerar vários efeitos psicológicos e fisiológicos (WHO, 1999; SALÚ, 2015; MENDES, 2020; JOHANSSON, 2012; OKCU, 2011; LAWSON, 2010; AL-SAMSAM, 2005). Outros estudos apontaram para outros fatores estressantes como a iluminação, que influencia no ciclo circadiano, conseqüentemente, causando alteração do sono dessas crianças (ENGWAL, 2014; VERCELES, 2013).

Os estudos citados corroboraram com o atual, demonstrando que os conceitos de relação enfermeira, doente e ambiente são aplicáveis em todos os quadros de enfermagem atuais. Esses princípios permanecem relevantes e sendo colocados em prática até hoje, visto que na fala da equipe de enfermagem este abordou 100 % das falas desses profissionais.

CONCLUSÃO

A abordagem metodológica atendeu plenamente à *esfera objetiva*, assim como a seus objetivos, pois favoreceu que os participantes da investigação expusessem livremente suas repostas acerca da temática. O mesmo ocorreu com o polo teórico, com a utilização da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

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

A partir de uma análise sistemática e final do problema/objeto desta dissertação, chegou-se, conclusivamente, a duas ilações de caráter lógico-analítico, que foram fundamentais para uma enfermagem/ciência: A primeira é que há uma necessidade de caracterização e enquadramento de um determinado conhecimento como científico e a segunda é que, foi possível aferir que para a caracterização de um determinado conhecimento como científico, com os atributos e características já descritos, é necessário que o pesquisador esteja atento a observância de um determinado sistema terminológico-conceitual, neste caso, conceito acerca do referente conforto.

Com as respostas dos profissionais de enfermagem envolvidos nesta pesquisa, foi possível construir e propor uma escala de conforto para clientes pediátricos em unidade de terapia intensiva que, quiçá, possa colaborar no âmbito da enfermagem para a prestação de uma assistência mais voltada para a satisfação de necessidades básicas que incluam os três tipos de conforto: **alívio, tranquilidade e transcendência** nos seus quatro contextos/dimensões: **físico, psicoespiritual, ambiental e social**, tal qual como indicador de qualidade dessa assistência em plano de cuidado.

Após a conclusão do trabalho vemos que, quando necessário e possível, o conforto deve ser abordado para além do contexto/dimensão físico(a), pois, confortar não é apenas aliviar a dor, ou ainda, mudar um decúbito, ou diminuir a luminosidade durante a noite.

Ao nos debruçamos sobre as respostas dos profissionais de enfermagem, tentamos nos aproximar o máximo possível dos postulados de Kolcaba. Encontramos, ainda que implicitamente os tipos de conforto: *tranquilidade, alívio e transcendência*, nas respostas desses *participantes* e que, para elas, são possivelmente promovidos, mantidos e experimentados pelos clientes quando são cuidados. O mesmo ocorreu em relação aos contextos em que o conforto pode se dar.

Num contexto multidisciplinar tal como a UTIP, o conforto confere com um *referente* multifacetado, que pode ser polissemântico, mas, consolidado no cotidiano assistencial dos profissionais da UTIP como *coisa objetiva* e, ao mesmo tempo, *subjetiva*. Compreendemos que precisamos replicar essa experiência, aumentando o número de respondentes, assim como, o número de unidades hospitalares e de hospitais.

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

Espera-se que esse estudo possa contribuir para um entendimento, por parte do enfermeiro e sua equipe, de que o cliente hospitalizado é um ser excêntrico que requer conforto e cuidados de enfermagem em razão de sua condição clínica e de suas necessidades humanas afetadas. E que esses cuidados devem ser dados com a qualidade que é inerente à ética profissional.

Referente às limitações podemos destacar que esta pesquisa foi uni cêntrico correspondendo a uma pequena amostra, se levarmos em consideração ao número de profissionais de enfermagem e unidades de serviços de saúde no Brasil. Os resultados, portanto, expressam a subjetividade dos sujeitos/participantes envolvidos, sendo extremamente indicado reaplicações desta pesquisa em outras instituições a fim de fortalecer os resultados obtidos e consolidar o constructo.

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

REFERÊNCIAS

- 1 - MERHY, Elias E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnológico em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 2 - NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo:Cortez, 1989.
- 3 - SILVA, Carlos Roberto Lyra; CARVALHO, Vilma; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Aspectos epistemológicos do cuidado e conforto como objetos de conhecimento da enfermagem**. *Cogitare Enferm*; RJ, v.14(4), p.769-72, 2009.
- 4 - ABNT. NBR ISO 8402. Gestão da qualidade e garantia da qualidade – terminologia. 1994.
- 5 - SILVA, Carlos Roberto Lyra; CARVALHO, Vilma de. **O conceito de conforto da perspectiva de clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar**. Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 2008.
- 6 - KOLCABA, Katharine. **Definitions of concepts in Kolcaba's middle range Theory of Comfort**. 2010. Disponível em: <http://www.thecomfortline/home/faq.html>. Acessado: julho de 2019.
- 7 - RACOVEANU, N.T.; JOHANSEN, K.S. Calidad de la atención: tecnologia para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención. **Foro Mundial de la Salud**. V.16, p.158- 165, 1995.
- 8 - BRASIL. Ministério da saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília: Secretária de Políticas de saúde, 1998.
- 9 - PIVA, Jefferson Pedro, e col. **Terapia Intensiva Pediátrica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.
- 10 - Anvisa (BR). Resolução n 7, 2010 fev. 24: dispõe sobre os requisitos mínimos para Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Anvisa; 2010.
- 11 - BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Lista de Terminologias. Descritores em Ciências da Saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.desc.bvs.br>> . Acesso em: julho de 2019.

- 12 - SILVA, Roberto Carlos Lyra. O significado do cuidado em unidade de terapia intensiva e a (DES) construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas. Tese de Doutorado, EEN/UFRJ. RJ, 2006.
- 13 - TEIXEIRA, J.D.R.; CAMARGO, F.A; TRONCHIN, D.M.R. e MELLEIRO, M.M.: A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. Rev enferm. UERJ, v.14, n.2, Rio de Janeiro, jun., 2006.
- 14 - BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 Disponível: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso: 04 jan. 2024.
- 15 - BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro, Lisboa: Setenta, 1988.
- 16 - FREITAS, Henrique; MOSCAROLA, Jean. Análise de dados quantitativos e qualitativos: casos aplicados usando o Sphinx®. Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 2000.
- 17 - SPHINX. Sistema para pesquisa e análise de dados, 4.5. Canoas (RS): Sphinx Brasil. 2005. 1 CDROM.
- 18 - KOLCABA, Katharine.; KOLCABA, Raymond. An analysis of the concept of comfort. **Journal of advanced nursing**, v.16, p.1301-10, 1991(a). Disponível em: [thecomfortline.com/files/pdfs/1991-Analysis Concept of Comfort.pdf](http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991-Analysis%20Concept%20of%20Comfort.pdf). Acessado: fevereiro de 2020.
- 19 - SILVA, Sandra Rivelli; GOMES, Maria Auxiliadora. Conhecimentos de enfermagem sobre as práticas potencialmente melhores para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) na unidade neonatal. Dissertação de Mestrado, IFF/FIOCRUZ. RJ, 2009
- 20 - BOSCH-ALCARAZ, Alejandro; FALCÓ-PEGUEROLES, Anna; JORDAN, Iolanda. A literature review of comfort in the paediatric critical care patient. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 13-14, p. 2546-2557, 2018.
- 21 - Alligood, MR. & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.). Barcelona: Elsevier Mosby.
- 22 - Hyun-Seung, J., Mi-sun, Y., Seoung-Ian, K., Hye, S., Eun-hee, L., Eun-Ju, H. e Seong, J. Park The Efficacy of the COMFORT Scale in Assessing Optimal Sedation in Critically Ill Children Requiring Mechanical Ventilation. *Journal of Korean Medical Science*,22(4),693-7, 2007.
- 23 - RÊGO, M.M.S. e PORTO, I.S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. Acta Paul. Enf. São Paulo, v.18, n.4, p.434-8. 2005.
- 24 - AIKENS, C. **Making the patient comfortable**. The Canadian Nurse, 4(9), 422-424, 2008.
- 25 - Twite M.; Zuk, J., Gralla, J., & Friesen, R. (2005). Correlation of the Bispectral Index Monitor with the COMFORT scale in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*,6(6),648-653.
- 26 - Nee Y.; Fen, P., Nur, S., & Hau, J. (2014). Sedation guidelines, protocols, and algorithms in PICUS: a systematic review. *Pediatric Critical Care Medicine*,15,885-892.
- 27 - KOLCABA, Katharine.; WILSON, Linda. Comfort care framework for perianesthesia nursing. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 17, n. 2, p. 102-114, 2002.

- 28 - Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory. A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*,36(11),538-544.
- 29 - KOLCABA, Katharine. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. **Nursing Outlook**, v.49, n.2, p.86-92, 2001 (b). Disponível em: www.financialaccountingpdf.info/free-nursing-theory-concept-comfort/Acessado: jul 2019.
- 30 - SCHMID, Aloísio Leoni. **A ideia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído**. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.
- 31 - DONABEDIAN, Avedis. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Health Administration Press, Michigan, EUA, 1980.
- 32 - FITZPATRICK, J & WHALL, A. **Conceptual models of nursing**. Bowie, MD: Prentice Hall, 1983.
- 33 - Who (Int.). Guidelines for community noise: 4 guidelines values [internet]. 1999 [last accessed on 2019 jan. 13]. Available from: <http://www.who.int/docstore/peh/noise/Commnoise4.htm>.
- 34 - SALÚ M.S., *et al* **Níveis de pressão sonora em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**. Rev. enferm UFPE on line., Recife, 9(supl. 2):918-26, fev., 2015. <https://pdfs.semanticscholar.org/c8ae/5edf555dd1fbf1dace55a726d266e98c12e4.pdf> acessado em 16 de maio de 2019
- 35 - Mendes C.A., Silva C.R.L., Souza L.V., Cabral J.A., Dutra L.B., Raphael B.N., Garcia A., Bridi A.C., Salú M.S., Barroso N. (2020) Evaluation of Sound Pressure Levels in a Pediatric Intensive Care Unit. *Open Science Journal* 5(2) <https://osjournal.org/ojs/index.php/OSJ/article/view/2415>. Acessado em: 18 de maio de 2020. DOI: <https://doi.org/10.23954/osj.v5i2.2415>
- 36 - Johansson, L., Bergbom, I., Wayne, K.P., Ryherd, E., & Lindahl, B. (2012). The sound environment in an ICU patient room - a content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive Critical Care Nursing*,28,269-279.
- 37 - Okcu, S., Ryherd, E., Zimring, C., & Samuels, O. (2011). Soundscape evaluation in two critical healthcare setting with different designs. *The Journal of Acoustical Society of America*,130(3),1348-1358.
- 38 - Lawson, N., Thompson, K., Saunders, G., Saiz, J., Richardson, J., Brown, D., & ... Pope, D. (2010). Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. *American Journal of Critical Care*,19(6),e88-e98.
- 39 - Al-Samsam, R.H., & Cullen, P. (2005). Sleep and adverse environmental factors in sedated mechanically ventilated pediatric intensive care patients. *Pediatric Critical Care Medicine*,6:562-567.
- 40 - Engwal, M., Fridh, I., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2014). Let there be light and darkness. Findings from a prestudy concerning cycled light in the Intensive Care Unit Environment. *Critical Care Nursing Q*,37(3),273-298.
- 41 - Verceles, A.C., Liu, X., Terrin, M.L., Scharf, S.M., Shanholtz, C., Harris, A., & ... Netzer, G. (2013). Ambient light levels and critical care outcomes. *Journal of Critical Care*,28,110e1-110e8.