



PESQUISA

ENVIRONMENT AS A RISK FACTOR FOR POSTOPERATIVE CLIENTS

AMBIENTE COMO FATOR DE RISCO PARA CLIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO

EL AMBIENTE COMO UN FACTOR DE RIESGO PARA LOS CLIENTES POSTOPERATORIAS

Amanda Nunes Oliveira ¹, Nébia Maria Almeida de Figueiredo ², Carlos Roberto Lyra da Silva ³, Elen Rocha Bravo ⁴

ABSTRACT

Objectives: Identify risks in the hospital from the speech of the clients in the postoperative period and analyze the risks found of interest to nursing. **Methods:** An exploratory descriptive study, a qualitative approach. **Results:** The sample was composed of 55 patients divided into surgical clinics. Ages ranged from 16 to 80 years. With respect to temperature, 63% of clients stated that the temperature is "good." With regard to noise, 51% of respondents said that the environment is "silent." **Conclusion:** Although the responses indicate that the context of hospitalization after surgery clients approaching an acceptable therapeutic environment, we must consider answers that are subjective and that still require decoding. **Descriptors:** Nursing, Post-operative, Environment.

RESUMO

Objetivos: Identificar os riscos no ambiente hospitalar a partir da fala dos clientes em pós-operatório e analisar os riscos encontrados de interesse para a enfermagem. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. **Resultados:** A amostra foi composta por 55 indivíduos, distribuídos em clínicas cirúrgicas. A faixa etária variou entre 16 a 80 anos. Com relação à temperatura, 63% dos clientes afirmaram que a temperatura é "boa". No que se refere ao ruído, 51% dos respondentes afirmaram que o ambiente é "silencioso". **Conclusão:** Muito embora as respostas indiquem que o contexto de internação desses clientes em pós-operatório se aproxima de um ambiente terapêutico aceitável, porém precisamos considerar que são respostas subjetivas e que ainda carecem de decodificação. **Descritores:** Enfermagem, Período Pós-operatório, Ambiente.

RESUMEN

Objetivos: Identificar los riesgos en el hospital desde el discurso de los clientes en el período postoperatorio y analizar los riesgos encontrados de interés para la enfermería. **Métodos:** Un estudio exploratorio descriptivo, un enfoque cualitativo. La muestra incluyó a 55 pacientes divididos en clínicas quirúrgicas. Edades entre 16 a 80 años. **Resultados:** Con respecto a la temperatura, el 63% de los clientes declaró que la temperatura es "buena". En lo que respecta al ruido, el 51% de los encuestados dijo que el ambiente es "silenciosa". **Conclusiones:** Aunque las respuestas indiquen que el contexto de la hospitalización de los clientes en postoperatorio está cerca de un ambiente terapéutico aceptable, debemos considerar que las respuestas son subjetivas y que aún requieren la decodificación. **Descriptor:** Enfermería, Post-operatorio, Ambiente.

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC - UNIRIO. E-mail: mandyfermeira@hotmail.com. ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIRIO - PPGENF. E-mail: nebia@unirio.br. ³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor e Chefe do Departamento de Enfermagem Fundamental. Professor do PPGENF UNIRIO. E-mail: profunirio@gmail.com. ⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem da UNIRIO. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC - UNIRIO. E-mail: elenzita@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Na enfermagem observa-se que os estudos sobre o ambiente são escassos e as enfermeiras ainda estão mais preocupadas com a doença e o cuidado que ela demanda, muito embora, nas proposições teóricas de enfermagem o ambiente é um dos metaparadigmas mais utilizados, contudo, o tema ainda é mais pesquisado pelos arquitetos.

No plano conceitual o ambiente pode ser entendido tal como um espaço íntimo e externo em que nascem e vivem, coexistem e convivem pessoas e coletividade; é histórico e engloba o ambiente físico, social, psicológico, familiar entre outros.¹ Em consonância com o conceito, o ambiente deve ser percebido e investigado não apenas do ponto de vista do espaço físico meramente geográfico, mais também, como um elemento capaz de gerar des(conforto), nesse sentido, cuidar do ambiente, onde o cliente se encontra, é reconhecer que esse ambiente também é terapêutico, cuja ação acontece da mesma forma quanto qualquer terapia externa ao corpo, e é tão relevante quanto o medicamento interno que é absorvido, distribuído pelo corpo e eliminado - como resposta de sua reação a ele.²

Provavelmente a preocupação da enfermagem com o ambiente em plano de investigação é recente, apesar de Florence Nightingale, a fundadora da enfermagem moderna no século XIX, durante a Guerra da Criméia ter chamado a atenção para o ambiente como restaurador de saúde.³ Para ela, uma enfermeira “especial” (no trato e no conhecimento) deveria estar atenta á luz, ao ruído, a aeração, a iluminação e a higiene do ambiente e do cliente.

Assim, a preocupação com o ambiente onde o cliente está inserido tem suas raízes na própria história da enfermagem. Nightingale dá ao ambiente físico uma importância merecida, pois este é capaz de evitar, reprimir e colaborar para as enfermidades, acidentes ou morte, destaca

ainda que uma das principais atividades da enfermeira é manusear o ambiente e, desta forma, podemos entender o ambiente (físico) como um fator *essencial* para o cuidado de enfermagem.³⁻⁴ No entanto, esse entendimento só não basta, há de se considerar como o ambiente interfere na saúde das pessoas, dos clientes e dos espaços onde se encontram.

Ambiente este que está mais efetivamente presente nos discursos dos ambientalistas, dos políticos, dos filósofos - ampliado para uma ecologia global onde todos são responsáveis pela saúde do planeta - e que diz respeito a uma questão macro. Em contrapartida, quando pensamos em um espaço micro - nos remetemos à enfermagem de um hospital, nesse caso, nossa preocupação com o ambiente advém, também, dos resultados obtidos no estudo sobre rastreamento de riscos em clientes no pós-operatório, realizado em um hospital universitário.² Neste, o ambiente apresenta-se como um risco, não só para quem é cuidado como também para quem cuida, pois nos deparamos com condições, na maioria das vezes, precarizadas que vão refletir diretamente na prática assistencial de enfermagem, inclusive, contribuindo para agravar a condição de saúde do cliente.

Questões que figuram no ambiente e que são de infra-estrutura, de riscos físicos, biológicos e químicos (calor, frio, bactérias ou outros microorganismos e soluções diversas), isso sem considerar os riscos das interações humanas, às vezes provocam muitos danos, cujas respostas, mesmo não sendo percebidas, favorecem o adoecimento tanto no plano físico quanto emocional dos indivíduos.

Riscos entendidos por nós como qualquer situação que coloque o cliente e seu corpo em estado de alerta, sejam estes fisiológicos ou não, ou seja, pode ser um problema real que ocorre no espaço (físico) onde ele se encontra, ou um

Oliveira AN, Figueiredo NMA, Silva CRL *et al.*

problema que aparentemente se mostra, impedindo uma restauração física, gerando adoecimento de ordem das emoções.

Nesse contexto emerge o objeto de investigação aqui delimitado como: decodificação do ambiente hospitalar a partir da fala dos clientes em situação de pós-operatório.

A questão norteadora é: Que riscos podem estar contidos no ambiente hospitalar capazes de causar danos á saúde dos clientes em pós-operatório?

Para responder essa questão traçamos os seguintes objetivos: Identificar os riscos no ambiente hospitalar a partir da fala dos clientes em situação de pós-operatório e analisar os riscos encontrados de interesse para a enfermagem no pós-operatório destacando suas implicações na prática do cuidado de enfermagem.

Se, anteriormente, afirmamos que o ambiente deve estar presente nas preocupações da enfermagem quando se prepara para cuidar de seus clientes, considerando ainda a carência de estudos realizados sobre ambiente como restaurador da doença ou indutor dela, acreditamos que este estudo é fundamental para identificar riscos do e no ambiente hospitalar e indicar necessidades de intervenções de cuidados de enfermagem direcionados aos clientes em pós-operatórios.

Não obstante, poderá também contribuir para o discurso de que o ambiente terapêutico descrito e recomendado em literaturas de enfermagem, tão almejado pelos clientes e talvez, na concepção teórica dos profissionais de saúde, ainda se encontra muito distante de uma realidade a qual a segurança para o cliente seja de fato efetivo no plano dos cuidados de enfermagem em pós-operatório.

Além disso, poderemos estar ampliando o discurso para uma ação macro, onde o ambiente de preocupação e de riscos se amplia para uma vertente mais ecológica (lixo/resíduo hospitalar),

onde todos somos responsáveis pela saúde do planeta e conseqüentemente de seus habitantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo/exploratório. Neste tipo de estudo, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem a interferência do pesquisador.⁵ Exploramos a partir das falas de clientes em pós-operatório - *sujeitos-objeto* - dessa investigação o que é risco no ambiente, registramos suas falas para poder obter dados possíveis de análise, classificação e interpretação.

O método de escolha recai sobre a pesquisa qualitativa que assume diferentes significados nas ciências sociais. A abordagem qualitativa traz um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.⁶

O mesmo ocorre nos estudos de enfermagem, onde pessoas em condições diversas de saúde são chamadas a falar sobre aquilo que queremos saber. Conseqüentemente suas respostas, conhecimento ou pensamento acerca de uma determinada questão, como por exemplo, o que existe no ambiente que é percebido por ele.

A pesquisa foi complementada com dados quantificados na tentativa de garantirmos a geometrização da representação.⁷

O estudo foi realizado em uma enfermaria de um Hospital Universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro-RJ, que interna os clientes em pós-operatório, após a aprovação do subprojeto pelo Comitê de Ética da instituição, sob o número do protocolo 023/2009. Os *sujeitos-objeto* foram voluntários lúcidos, orientados no tempo e no espaço e que vivenciaram a experiência de uma cirurgia, como critério de inclusão e que desejassem participar do estudo, nesse sentido, a amostragem foi não probabilística com população

Oliveira AN, Figueiredo NMA, Silva CRL *et al.*

acessível. A única exigência para que o indivíduo participasse da pesquisa foi já ter se submetido à procedimento cirúrgico, independente do porte, se pequeno, médio ou grande.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 20/09/2009 à 19/08/2010. O instrumento utilizado foi um roteiro com perguntas em forma de questionário estruturado, no qual as perguntas foram previamente formuladas e facilmente compreensíveis de maneira que os respondentes tivessem facilidade de resposta e assim, não fugir delas.⁸ Cabe destacar, que a pesquisa atendeu fielmente aos preceitos estabelecidos na Resolução 196/96 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde,⁹ a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e sigilo. Após aprovação e liberação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição os clientes foram contatados para saber quais os objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Considerou-se suficiente o quantitativo de entrevistas, quando ocorreu saturação das respostas.

O roteiro contemplou questionamentos sobre riscos químicos, físicos, biológicos, sentimentos e relação com a equipe multidisciplinar.

No que se refere ao trabalho das informações para organização de análise dos dados, objetivamos compreender um determinado fenômeno através das falas dos *sujeitos-objeto*, aproximando as idéias para posteriormente categorizá-las. Essa organização ocorreu a partir de 03 pólos: pré-análise; exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, seguida de categorização.¹⁰

A amostra foi composta por 55 indivíduos, sendo 23 do sexo masculino e 32 do sexo feminino, distribuídos em clínicas cirúrgicas e com as mais diversas indicações cirúrgicas. A faixa etária variou entre 16 a 80 anos.

Com relação a temperatura ambiente, as respostas variaram entre “boa - 63%”, “variável - 15%”, “fria - 11%”, “Quente - 07%”, “regular - 2%” e “ótima - 2%”.

Com relação ao ruído, as respostas variaram entre: “silencioso - 51%”, “ruidoso - 24%”, “normal - 09%”, “variável - 09%” e “regular - 07%”. Os tipos de ruídos predominantes foram “vozes - 51%” e “Televisão - 22%”.

Com relação às condições de limpeza e higiene do ambiente, as respostas variaram entre “boa - 59%”, “ótima - 35%”, “regular - 2%”, “variável - 2%” e “ruim - 2%”. Com relação ao odor, 80% clientes referiram não sentir odor ruim na enfermaria, 18% referiram sentir e 2% referiram sentir algum odor ruim às vezes.

Quanto à relação com a equipe multiprofissional 49% dos clientes afirmaram ter uma boa relação, 44% afirmaram ter uma ótima relação, enquanto 5% afirmam que variou conforme o plantão e 2% afirmam que tem uma relação “normal”.

A iluminação da enfermaria foi referida por 66% dos clientes como boa, 15% classifica como forte, 13% como ótima, 4% como normal e 2% como fraca.

Entre os sentimentos prevalentes durante a internação, os mais citados foram ansiedade (22%) e medo (13%).

A variação de temperatura é um fator ambiental que pode afetar, ainda mais, a saúde do cliente internado, quer seja quando exposto ao calor excessivo ou às baixas temperaturas. O conforto físico relacionado à variação de temperatura é um elemento comum, principalmente nas instalações do hospital

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Oliveira AN, Figueiredo NMA, Silva CRL *et al.*

investigado, haja vista que, principalmente durante o verão, as temperaturas externas influenciam diretamente a elevação da temperatura das enfermarias desprovidas de aclimatação controlada. Entretanto, identificou-se que a temperatura do ambiente não parece se comportar como um fator de riscos para a clientela investigada, considerando que o quantitativo maior dos respondentes refere que a temperatura do ambiente era “boa”.

Deve-se considerar a questão subjetiva do aspecto sensorial, o qual varia de acordo com algumas características pessoais, enquanto uns são mais sensíveis às variações de temperatura, outros, por sua vez, são mais resistentes. Somando-se a esse aspecto importante, a estação do tempo e a temperatura média do clima na ocasião da obtenção das respostas, entretanto, devemos, também, considerar o estado fisiológico e patológico do cliente e correlacioná-lo com outros fatores que mais influenciam durante a exposição ao calor ou ao frio.

Em um estudo realizado que possuía como objetivo a construção de um conceito de conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros, seus autores ao analisarem os discursos dos clientes puderam perceber que para os clientes, o conforto oriundo do processo de assistir que lhes proporcionavam o sentir-se bem estava diretamente relacionado com a sensação de segurança no tocante aos profissionais, não correlacionando a temperatura ambiental como característica do cuidado ao qual estavam submetidos.¹¹

Evidencia-se que a preocupação com a temperatura ambiental é constante entre os profissionais de enfermagem, fato constatado em um estudo sobre os relatos dos profissionais acerca das necessidades humanas básicas dos clientes em unidades de internação, sendo a característica destacada com maior frequência pela equipe de enfermagem.¹²

Nesse sentido, vale destacar e considerar: a idade, o peso, o estado físico, as condições orgânicas e a aclimatação ao calor, variáveis que não foram consideradas na investigação.

Com relação ao ruído, ainda que a maioria (51%) da amostra tenha referido que a enfermaria é silenciosa, quase a metade desse percentil referiu que a enfermaria é ruidosa, nesse sentido, destacam-se algumas características do cenário da pesquisa, sendo a principal, por se tratar de um hospital universitário, que além de clientes e equipe de saúde, participam também dessa realidade, estudantes de diversas áreas do conhecimento, o que corrobora com o aumento dos níveis de ruído no ambiente.

Muito embora a mensuração dos níveis de ruído expressos em decibéis, o ruído pode ser conceituado como um som desagradável e indesejável decorrente da exposição contínua a níveis de pressão sonora elevados, acarretando efeitos adversos ao organismo humano, tanto auditivos quanto extra-auditivos. Dos sintomas, os mais comuns são aqueles relacionados com a dificuldade de relaxamento e de conforto, sobretudo, quando a cefaleia se faz presente.¹³

A audição é um dos sistemas mais elaborados e sensíveis do organismo humano. Há muito tempo à ciência vem investindo no estudo desse sistema, de modo a possibilitar hoje o diagnóstico precoce de muitas alterações auditivas, permitindo intervenções terapêuticas cada vez mais eficazes. Estudos recentes dão conta que a poluição sonora vai muito além de um mero incômodo ou desconforto físico. Ruído em excesso pode até mesmo provocar a morte, é o que dizem os especialistas da Organização Mundial de Saúde em pesquisa realizada na Europa.¹⁴

A pesquisa aponta que os habitantes daquele continente, somados, perdem um milhão de anos de vida a cada ano em decorrência de problemas de saúde desencadeados pela exposição excessiva a ruídos.¹⁴

Oliveira AN, Figueiredo NMA, Silva CRL *et al.*

As condições de limpeza, na perspectiva dos respondentes, são adequadas, entretanto, ressalta-se que para eles, tal limpeza é tão somente a ausência de resíduos que possam ser evidenciados a olho nu, ou seja, não é possível mensurar a partir da fala desses respondentes que as condições de limpeza, mesmo que assim percebidas, são capazes ou não de oferecerem riscos a partir do ambiente, já que os microorganismos não podem ser evidenciados a olho desarmado.

Outro fator que deve ser levado em consideração é o parâmetro de limpeza/higiene dos respondentes, não consideramos seus conceitos de limpeza/higiene, mesmo sabendo que a variação nos conceitos implica na tolerância de sujidade de cada sujeito. Na maioria das vezes, as referências são aquelas vivenciadas no ambiente residencial, do bairro onde reside, do ambiente de trabalho, etc.

A limpeza consiste na remoção de sujeira ou contaminantes encontrados em superfícies, usando meios mecânicos (atrito), físicos (temperatura) ou químicos (desinfecção), durante determinado período de tempo.¹⁵

O propósito da limpeza é manter as superfícies visivelmente limpas, desinfetar superfícies tocadas com frequência mais vezes que as normalmente não tocadas, e limpar secreções, excreções e líquidos imediatamente após a verificação de sua presença.¹⁶

A avaliação visual da limpeza de forma isolada pode ser superestimada, pois em estudo que verificou as condições de limpeza junto aos pacientes em unidades de terapia intensiva, obtiveram em seus resultados que a inspeção visual, por si só, foi indicador não confiável de avaliação da limpeza das superfícies, assim como do protocolo de limpeza estabelecido.¹⁷

Com relação à iluminação da enfermaria, 66% dos respondentes referiram que a mesma é boa, porém 15% classificaram como forte. O papel

da iluminação é importante no ambiente, considerando o estado fragilizado dos pacientes e o período de permanência no hospital, muitas vezes, longos. A iluminação deve favorecer a realização de diversas atividades, como realizar exames, visitas, leituras, refeições, higiene, assistir televisão, dentre outras.¹⁸

Muitos dos efeitos da iluminação influenciam o estado biológico e psicológico do indivíduo. Podem causar fadiga, distorção da visão, redução da produtividade, alteração no ciclo circadiano e estresse ao sistema visual. O ciclo circadiano deve ser mantido sempre que possível. A luz forte pode despertar o ciclo que se tem durante o dia, preparando o organismo para as atividades diurnas e manter o estado de vigília dos pacientes à noite, interferindo na sua recuperação ou exigindo maior consumo de fármacos.¹⁹

Destaca-se deste modo a importância do sistema de iluminação para os pacientes, refletindo no seu conforto, segurança, orientação, territorialidade e ainda na realização da tarefa visual.¹⁸

Dentre os sentimentos prevalentes durante a internação, os mais citados foram o medo e a ansiedade. O medo, principalmente em um cliente que vivenciou uma cirurgia pode ser fracionado em medo do ambiente, medo de pessoas fazerem seu corpo apenas como local a ser operado; medo da morte; da doença e da invalidez. O medo é “um dos grandes vilões da alma” e por isso, talvez, o medo pode ser considerado como um risco ainda não julgado como um fenômeno a ser cuidado e que dependendo de sua intensidade pode ser o inibidor de respostas no corpo em pós-operatório.²⁰⁻²¹

Já a ansiedade, é compreendida como aquela que pode ser expressa como transitória e caracterizada por “sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso

Oliveira AN, Figueiredo NMA, Silva CRL *et al.*

autônomo”, sendo definido como uma relação existente da pessoa com o meio e fatores neurofisiológicos, visto que estes podem acarretar complicações no trans e pós-operatório, uma vez que influem diretamente no fisiológico da pessoa, elevando a frequência cardíaca, pressão arterial, glicemia, ventilação, dentre outros efeitos.²²⁻²³⁻²⁴

Provavelmente estes sentimentos, medo e ansiedade, existentes em qualquer procedimento cirúrgico, variam de intensidade e forma conforme a cirurgia a ser realizada, sem esquecer que as pessoas têm características culturais, sociais e individuais que a diferenciam da outra e, sendo assim, sentem de formas diversas sentimentos comuns.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Inicialmente cabe destacar que este estudo se trata de uma experiência primeira, neste sentido faz-se extremamente relevante a realização de outras pesquisas no intuito de se ampliar as discussões sobre a temática abordada.

Conforme apresentado inicialmente a condições ambientais se encontram diretamente relacionadas com o processo de assistir da prática assistencial de enfermagem, sendo objeto de questionamento e intervenções desde o tempo de Florence Nightingale.

A temática do ambiente como fator de risco se faz presente a todo instante do decorrer de nossa prática profissional, onde estamos sujeitos à repercussões destes fatores a todo instante, tanto nós profissionais quanto nossos clientes, cada qual com sua particularidade.

No sentido de auxiliar na redução dos riscos e conseqüentemente minimização de seus efeitos se faz veemente a realização de pesquisas e discussões acerca desta temática, no intuito de propiciar uma melhoria no conforto dos clientes, e nas condições de trabalho para os profissionais.

Convém destacar que os objetivos da presente pesquisa foram parcialmente alcançados, uma vez que nos possibilitaram identificar os riscos no ambiente hospitalar a partir da fala dos clientes (1° objetivo).

Muito embora as respostas indiquem que o contexto de internação desses clientes em pós-operatório se aproxime de um ambiente terapêutico aceitável do ponto de vista da temperatura e do ruído, considera-se que são respostas subjetivas e que ainda carecem de decodificação por parte dos clientes, principalmente, no tocante aos conceitos e parâmetros de “normal”, “razoável” e “regular”, isto porque, não utilizamos, ainda, a mensuração da temperatura ambiente, muito menos, a decibeliimetria das enfermarias.

Embora não tenhamos encontrado riscos de interesse para a enfermagem (2° objetivo), existe a implicação de permanente vigília para que o ambiente não se torne um risco para os clientes em pó-soperatório, uma etapa do tratamento, no qual ele necessita de conforto físico e emocional para seu descanso necessário e melhor adapção.²⁵ Entretanto, este estudo poderá ser comparado com outros posteriores que levem em consideração as respostas e resultados dessa investigação com as mensurações de temperatura e ruído.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo NMA, Machado WCA. Corpo e saúde. Condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada; 2009.
2. Silva CRL. O conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidade de internação hospitalar [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery; 2008.
3. Nightingale F. Notas sobre Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.

Oliveira AN, Figueiredo NMA, Silva CRL *et al.*

4. Murray R; Zentner J. *Nursing concepts in health promotion*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1985.
5. Lobiondo-Wood G; Harber J. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2007.
7. Bachelard G. *A formação do espírito científico*. Rio de Janeiro: Ed. Contraponto; 1996.
8. Lakatos EM, Marconi MA. *Técnicas de pesquisa*. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas; 1996.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. *Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. p. 83-91.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
11. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA. Predicações de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiros. *Cogitare Enferm*. 2011 Jan/Mar [acesso em 15 Ago 2012]; 16(1):49-55. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21111/13937>.
12. Angerami ELS, Mendes IAC, Pedrazzani JC. Análise crítica das anotações de enfermagem *Rev. Bras. Enf.* 1976 [acesso em 11 nov 2011]; v.29, p.28-37. Disponível em: <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo8fin.pdf>.
13. Russo ICP. Noções gerais de acústica e psicoacústica. In: Nudelmann AA, Costa EA, Seligman J, Ibanez RN. *Perda auditiva induzida pelo ruído*. Porto Alegre: Bagagem, 1997. p. 49-75.
14. Grandelle R. Poluição sonora aumenta incidência de doenças e mortes. *Jornal O globo*. 03/04/2011. Saúde.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2010. 116 p.
16. Boyce JM. Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection. *J Hosp Infect*. 2007;65(Suppl. 2):50-4.
17. Ferreira AM, Andrade D, Rigotti MA, Ferreira MVF. Condições de limpeza de superfícies próximas ao paciente, em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun 2011 [acesso em: 15 Ago 2012]; 19(3):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_15.pdf.
18. Cavalcanti PB. *Qualidade da Iluminação em ambientes de Internação Hospitalar* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
19. Costi M. Iluminação em hospitais. *Lume arq* [Internet]. 2000 [acesso em 20 nov 2011];16-21. Disponível em: <http://www.ocuidador.com.br/arquivos/67.pdf>.
20. López EM. *Quatro gigantes da alma: o medo, a ira, o amor, o dever*. Tradução: Cláudio de Araújo Lima. 16ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1996.
21. Braune M, Figueiredo NMA, Munay MN. Rastreamento de riscos em clientes no pré-operatório: identificação de necessidades de intervenção de enfermagem. *Rev. de Pesq Cuidado é Fundam Onl* [Internet]. 2010 [acesso em 20 nov 2011]; 2(4):1376-86. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/inde>

Oliveira AN, Figueiredo NMA, Silva CRL *et al.*

x.php/cuidadofundamental/article/view/887/pdf_213.

22. Peniche ACG, Chaves EC. Surgical patient and anxiety: some consideration. *Rev latinoam enferm.* 2000 Jan; 8(1): 45-50.
23. May R. O significado de ansiedade. Rio de Janeiro: Zahar; 1980. p. 66-103.
24. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A; 2005.
25. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA, Tonini T. Conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2011 Abr/Jun [acesso em 21 nov 2011]; 16(2):357-60. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17093/14220>.

Recebido em: 13/03/2012

Aprovado em: 06/07/2012