

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: reflexão à luz da teoria ambientalista de Florence Nightingale

Pediatric Intensive Care Unit: reflection in the light of Florence Nightingale's Environmental Theory

Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica: reflexión a la luz de la teoría ambientalista de Florence Nightingale

Soraya Bactuli Cardoso^I

Orcid: 0000-0002-4665-2421

Isabel Cristina dos Santos Oliveira^{II}

Orcid: 0000-0002-0664-1584

Tania Vignuda de Souza^{III}

Orcid: 0000-0003-1893-893X

Sandra Alves do Carmo^{III}

Orcid: 0000-0001-8413-0053

^IFundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Centro Municipal de Saúde Duque de Caxias. Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Cardoso SB, Oliveira ICS, Souza TV, Carmo AS.

Pediatric Intensive Care Unit: reflection in the light of Florence Nightingale's Environmental Theory.

Rev Bras Enferm. 2021;74(5): 20201267.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1267>

Autor Correspondente:

Soraya Bactuli Cardoso

E-mail: bactuli@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Maria Itayra Padilha

Submissão: 21-12-2020 **Aprovação:** 01-03-2021

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica à luz da teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Métodos:** Ensaio teórico-reflexivo de constructos relacionados à teoria ambientalista de Florence Nightingale e à legislação vigente quanto ao ambiente da unidade, sendo originado do estudo de conclusão de uma disciplina. **Resultados:** Os elementos "iluminação", "ruidos", "cores e variedades de objetos", "localização dos postos de enfermagem" e "odores" seguem os pressupostos de Florence Nightingale, enquanto os elementos "ventilação", "espaçamento entre leitos", "mobiliário" sofreram adaptações para se adequarem à estrutura atual da unidade. **Considerações finais:** A teoria ambientalista é um marco na história da enfermagem; apesar das transformações, tais como surgimento das unidades de terapia intensiva e permanência da família nessas unidades, a equipe de enfermagem deve manter a preocupação de Florence Nightingale quanto ao ambiente influenciando o processo saúde/doença e promovendo uma ambiência adequada para a assistência à criança e sua família. **Descritores:** Teoria de Enfermagem; Arquitetura Hospitalar; Enfermagem Pediátrica; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Criança Hospitalizada.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the environment of the Pediatric Intensive Care Unit in the light of the Florence Nightingale's Environmental Theory. **Methods:** A theoretical-reflexive essay of constructs originated from the final work of a discipline related to the Florence Nightingale's Environmental Theory and the current legislation regarding the environment of the unit. **Results:** The elements "lighting", "noise", "colors, and varieties of objects", "location of nursing units", and "odors" follow Florence Nightingale's assumptions while the elements "ventilation", "spacing between beds", "furniture" underwent adaptations to suit the current structure of the unit. **Final considerations:** The environmental theory is a milestone in the history of nursing. Despite the transformations, such as the emergence of intensive care units and the permanence of the family in these units, the nursing team must maintain Florence Nightingale's concern about the environment influencing the health/disease process and promoting an adequate environment for the care of the child and his family. **Descriptors:** Nursing Theory; Hospital Design and Construction; Pediatric Nursing; Intensive Care Units, Pediatric; Child, Hospitalized.

RESUMEN

Objetivo: Reflejar sobre ambiente de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica basada en teoría ambientalista de Florence Nightingale. **Métodos:** Ensayo teórico-reflexivo de constructos relacionados a teoría ambientalista de Florence Nightingale y a legislación vigente cuanto al ambiente de la unidad, originado del estudio de conclusión de una disciplina. **Resultados:** Elementos "iluminación", "ruidos", "colores y variedades de objetos", "localización de puestos de enfermería" y "olores" siguen los principios de Florence Nightingale, mientras los elementos "ventilación", "espaciamento entre lechos", "mobiliario" sufrieron adaptaciones para se adecuaren a estructura actual de la unidad. **Consideraciones finales:** Teoría ambientalista es un marco en la historia de enfermería; aunque las transformaciones, tales como surgimiento de unidades de terapia intensiva y permanencia de la familia en esas unidades, el equipo de enfermería debe mantener la preocupación de Florence Nightingale cuanto al ambiente influenciando el proceso salud/enfermedad y promoviendo un ambiente adecuado a la asistencia al niño y su familia. **Descritores:** Teoría de Enfermería; Arquitectura Hospitalaria; Enfermería Pediátrica; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Niño Hospitalizado.

INTRODUÇÃO

A influência do ambiente hospitalar no processo de recuperação do paciente iniciou-se com Florence Nightingale (FN), no século XIX, a qual, em seu livro “Notas sobre enfermagem – o que é e o que não é”, conceitua ambiente como sendo o local em que se encontram o doente e/ou familiares, compreendendo as instituições de saúde e o domicílio. A autora não faz uma distinção entre os ambientes físico, social e psicológico, mas deixa claro que esses três componentes precisam ser entendidos de forma inter-relacionada e que o elemento-chave da teoria é a condição do paciente e a natureza⁽¹⁾.

FN destaca que os elementos importantes na manutenção de um ambiente saudável eram: ventilação; provisão de ar fresco e puro; iluminação; claridade e luz solar direta; hidratação, vestuário, o brincar, calor relacionado a evitar o resfriamento dos pacientes; limpeza para prevenção de infecções; os ruídos, necessidade de observância do silêncio; odores; e a alimentação. Acrescenta-se a isso, a variedade dos objetos, formas e cores aos quais os pacientes são expostos, além do fato de que a exposição aos temas bons contribui para recuperação física e mental⁽¹⁾.

Ainda em sua obra, ela enfatiza que as crianças são muito mais suscetíveis às influências nocivas do que um adulto, ou seja, são afetadas pelas mesmas causas, mas de forma muito mais rápida e séria. Para dar assistência adequada à criança, é necessário controle sobre: ar puro; calor; limpeza do corpo da criança; roupas; quarto e casa; oferecer alimentação em horário regular; não assustar a criança nem sacudir seu corpo; manter o ambiente iluminado e alegre; e usar vestimentas de cama e pessoais adequadas⁽¹⁾.

Vale ressaltar que o cenário apontado por FN, em sua teoria, é o ambiente domiciliar, no entanto, em sua obra “Notes on Hospitals”, publicada em 1863, prescreve os princípios para a construção de hospitais, tendo como referencial a harmonia entre o ambiente e a técnica de construção civil. Dentre os princípios, destaca-se a orientação do edifício em relação ao sol; ventos predominantes; dimensão e posicionamento de janelas e portas; resistência térmica de paredes e coberturas, bem como um ótimo desempenho em eficiência energética por meio da horizontalidade do edifício, denominado “pavilhonar”⁽²⁾.

A preocupação com o meio ambiente se reflete nos dias de hoje nos princípios da assistência humanizada, fundamentada no controle do ambiente ao redor do paciente, o qual é visto como um ser em relações e interações com o meio em que está inserido. O pensamento de FN tem influência primordial na atuação profissional da Enfermagem Moderna, levando à reflexão sobre o agir profissional, em especial no que tange à atual problemática ecológica relativa ao binômio saúde e meio ambiente⁽²⁾.

Essa reflexão deve ser intensificada em unidades que atendam a faixa etária pediátrica, pois é prioritário que haja o fornecimento de um ambiente estimulador, adequado às diferentes fases do crescimento e desenvolvimento da criança, proporcionando uma recuperação mais eficaz e uma hospitalização menos traumática para a criança e sua família.

As questões da ambiência de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) se mostraram muito relevantes em um estudo relacionado à percepção da criança hospitalizada sobre sua vivência nessa unidade, revelando que as crianças desejam

que esta seja mais alegre, com decoração infantil, janelas para poderem ver o exterior, menos ruídos e com atividades lúdicas de suas preferências⁽³⁾.

OBJETIVO

Refletir sobre o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) à luz da teoria ambientalista de Florence Nightingale.

MÉTODOS

Trata-se de um ensaio teórico do tipo reflexivo, originado de um estudo de conclusão da disciplina “A Enfermagem e a Saúde dos Grupos Populacionais”, do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Este estudo estabelece uma correlação entre os constructos da teoria ambientalista de FN e a legislação vigente quanto ao ambiente da UTIP.

Para apresentação das reflexões, foram utilizados os livros “Notes on Hospital” e “Notas sobre a Enfermagem: o que é, e o que não é”, de FN, artigos relacionados à temática da teoria ambientalista de FN, resoluções do Ministério da Saúde referentes à Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH).

Este estudo não foi submetido à uma avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois não houve nenhuma aplicação em seres humanos ou uso de documentos pessoais.

A ambiência como ferramenta de humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

A Unidade de Terapia Intensiva é uma unidade funcional que tem como atividades proporcionar condições de internar pacientes críticos em ambientes individuais ou coletivos, conforme grau de risco, faixa etária, patologia e requisitos de privacidade, monitoramento e assistência ininterrupta durante 24 horas por dia⁽⁴⁾.

Os serviços de tratamento intensivo dividem-se de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos, nas seguintes modalidades: UTI Neonatal – destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias; UTI Pediátrica – destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido conforme as rotinas da instituição; e UTI Adulto – destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir aqueles de 15 a 17 anos, se definido pelas normas da instituição⁽⁵⁾.

As resoluções que estabelecem padrões de normas e informações técnicas para a programação arquitetônica de uma UTI são a Resolução 50/2002 e a Resolução 7/2010, que ainda dispõem sobre os requisitos mínimos para o funcionamento da unidade, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente⁽⁴⁻⁵⁾.

A programação e a construção arquitetônica de uma UTI sempre são um grande desafio, pois é uma unidade em que se destaca o aparato tecnológico com grande valorização das tecnologias duras, as quais demandam conhecimentos técnico-científicos dos profissionais. Por outro lado, existe uma necessidade de buscar estratégias que envolvam a equipe de saúde, os pacientes e os

familiares, considerando a individualidade do cuidado, o enfrentamento da doença e a humanização da assistência. Sendo assim, a UTIP necessita de um ambiente propício para a melhor recuperação da criança e sua família.

Para FN, o profissional de enfermagem pode, por meio de pequenos ajustes e adaptações, melhorar o ambiente hospitalar, diminuindo o estresse e satisfazendo às necessidades dos doentes⁽¹⁾.

No que tange à humanização, em 2003, foi implantada a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual, por meio de orientações clínicas, éticas e políticas, apresenta as diretrizes estruturantes para a promoção do ambiente humanizado, sendo elas: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários⁽⁶⁾.

A ambiência é a “Diretriz Espacial” para as demais diretrizes da PNH, apontando-se um duplo desafio que é o de sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, ou seja, o conceito de ambiência é o método para a construção coletiva dos espaços de saúde⁽⁷⁾.

A ideia de ambiência segue primordialmente três eixos: a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos, a produção de saúde e de subjetividades; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e o espaço que visa ao conforto⁽⁷⁾.

O eixo escolhido deste estudo reflexivo é o espaço que tem por objetivo a promoção de conforto. Esse eixo aborda elementos como: morfologia, luz, cor, cheiro, som, sinestesia, arte, privacidade e individualidade⁽⁷⁾. A maioria desses elementos são citados na teoria ambientalista de FN, o que a torna um referencial para projetos de construções de unidades de saúde com foco na humanização.

Quanto à questão do conforto, a PNH ressalta que ele é um atributo positivo do espaço arquitetônico, não se limitando à supressão dos fatores indesejáveis, mas envolvendo algo a mais, um conjunto de valores: ambiental, social, cultural e de experiência das pessoas. A compreensão de conforto é subjetiva, porém existem componentes que podem ser observados e que qualificam os ambientes tanto nos seus desempenhos térmico, acústico e de iluminação quanto nas sensações que suas formas, cores, texturas e odores provocam nas pessoas que por ali passam ou trabalham⁽⁷⁾.

Esses componentes, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras que podem contribuir no processo de produção de saúde e espaços saudáveis⁽⁷⁾. Em contrapartida, FN enfatiza que, se um ou mais aspectos de um ambiente estiverem desequilibrados, o doente usa maior energia para contrabalançar o estresse ambiental e que a enfermeira deve intervir ao identificar qualquer desequilíbrio no ambiente a fim de harmonizar a energia, colocando o paciente na melhor situação, para que a natureza aja sobre ele, encorajando sua cura⁽¹⁾.

A autora destaca que o foco do cuidado de enfermagem é a higiene ambiental e enumera tarefas que o enfermeiro deve realizar para assistir os indivíduos enfermos, sendo que muitas delas são relevantes até os dias atuais⁽¹⁾.

No que refere à ventilação, qualidade do ar, FN enfatiza a necessidade de ar puro e fresco, janelas sempre abertas e a atenção quanto à origem da ventilação do ambiente no momento de projetar uma unidade. Naquela época, era preferencial que os edifícios hospitalares fossem de pavimentos únicos, pois os sistemas de ventilação não eram capazes de climatizar e filtrar

o ar das alas; com isso, o ar contaminado e aquecido invadia o piso superior⁽²⁾.

Atualmente, sabe-se que a UTIP é um ambiente fechado, climatizado e com controle de temperatura. Para a UTI com leitos fechados, a temperatura deve ser ajustada individualmente, com variação entre 24 °C e 26 °C e umidade relativa do ar de 40% a 60%. A UTI deve possuir um termômetro de ambiente. Todas as entradas de ar devem ser as mais altas possíveis, e tanto o ar condicionado quanto o aquecimento devem passar por sistemas de filtragem apropriados. A tomada de ar deve respeitar uma distância mínima de 8 m de locais onde haja disseminação de agentes infecciosos ou gases nocivos⁽⁴⁾.

No tocante aos ruídos, FN aponta para a necessidade de observância do silêncio, pois o barulho intermitente e repentino afeta mais o paciente do que o repetitivo⁽¹⁾. Isso posto, sabe-se que a UTI é um ambiente onde a quantidade de ruídos é grande devido aos alarmes dos monitores, equipamentos, campainhas, telefones, televisão e ruídos provenientes da comunicação entre os profissionais. Ademais, o conforto acústico apresenta relação com os níveis de ruídos do ambiente, que são medidos em decibéis. Portanto, é recomendável que os níveis de ruído não ultrapassem 45 db; e, na UTI, deve ser adotada a utilização de paredes e pisos que absorvam as ondas sonoras⁽⁴⁾.

Ainda, a exposição a altos níveis de ruído deixa os enfermeiros de unidades de cuidados críticos suscetíveis a ter sua produtividade afetada, prejudicando sua capacidade efetiva de tomar decisões e regular as emoções, afetando também a qualidade do cuidado prestado⁽⁸⁾.

Considerando que o ambiente da UTIP é cercado de pessoas e equipamentos com alarmes acústicos, é preciso verificar o nível de ruídos dentro da unidade por meio de um decibelímetro a fim de melhorar a qualidade da assistência e também do ambiente de trabalho das equipes.

Para o conforto lumínico, é recomendável a inclusão controlada de iluminação natural com vista externa, constituindo importante aspecto de orientação sensorial e perceptivo ao paciente; e, para não incomodar o paciente deitado, sugere-se luz indireta. O nível de iluminação recomendado para uma UTIP é de 100 a 200 lux (geral) e 150 a 300 lux (leito)⁽⁴⁾.

FN destaca que a cama do paciente deve ficar posicionada de forma que ele veja a janela, e o ambiente deve ser bem claro e com luz solar direta, uma vez que, para ela, sem luz solar, o corpo e a mente degeneram. Ainda, ela recomenda que as alas contenham uma janela para cada dois leitos, com distância de 1,21 m. O peitoril deve distar de 60 a 90 centímetros do piso e 30 centímetros do teto⁽¹⁻⁹⁾.

Um estudo desenvolvido com crianças em idade escolar internadas na UTIP constata que elas desejavam que a unidade tivesse menos ruídos e fosse menos clara, visto que esses fatores prejudicavam o sono e o repouso. Além disso, foi relatada a necessidade de haver janelas no setor, para que pudessem visualizar como estava o tempo fora da unidade⁽³⁾.

No conforto visual, as abordagens estão relacionadas às cores, identidade visual e sinalização. A cor é um item essencial na composição arquitetônica externa ou interna. Na área interna, a cor atua direta e intensamente sobre as pessoas, influenciando de acordo com a faixa etária, estrutura psicológica e condicionantes culturais

do indivíduo. Na UTI, as cores das paredes devem proporcionar descanso e propiciar um ambiente tranquilo⁽⁴⁾.

Vale ressaltar que, na UTIP, além da utilização das cores, é de suma importância que o ambiente tenha caracterizações infantis, a exemplo do Aquário Carioca do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) e do Projeto Submarino Carioca do Hospital Municipal Jesus, ambos localizados no município do Rio de Janeiro.

A preocupação com a cor e decoração do ambiente também está presente nas obras de FN, segundo a qual o ambiente deve ter variedade de formas e cores e não deve ser privado de flores⁽¹⁾. Como confirmação disso, os dados de um estudo com crianças escolares revelam que elas gostariam que a UTIP fosse mais colorida e decorada com motivos infantis e abstratos⁽³⁾.

No que concerne ao conforto olfatório, FN destaca que é preciso se livrar do odor nocivo do corpo causado pela doença e ter muito cuidado com o odor advindo do ambiente⁽¹⁾. A percepção de odores muitas vezes é um item marcante na experiência de uma internação e pode estar relacionada diretamente ao ambiente hospitalar. Com isso, refletindo sobre os conceitos da autora, deve-se ter cuidado de manter o local do expurgo com a porta sempre fechada e localizado de forma a ficar longe do paciente (isso deve ser pensado no momento da produção do projeto de construção da unidade). Além disso, é preciso estar atento aos produtos utilizados na desinfecção e descontaminação da unidade e dos materiais, para que esse odor não seja prejudicial aos pacientes.

Por outro lado, a presença do familiar/acompanhante na UTIP envolve os estímulos olfativos decorrentes do vínculo criança-família resultantes do toque ou mesmo do contato com o corpo do familiar, sendo que o cheiro reconhecido pela criança pode transmitir tranquilidade e confiança.

No que tange à sala de enfermagem ou posto de enfermagem, FN afirma que o local deve estar em posição em que seja possível obter uma visão panorâmica e privilegiada de todos os espaços, com mobiliário para descanso e disposição de local para armazenamento e controle de materiais usados nos procedimentos⁽¹⁾.

O posto de enfermagem de uma UTIP deve ser centralizado segundo a proporção mínima de 1 para cada 12 leitos e prover uma área confortável, de tamanho suficiente para acomodar todas as funções da equipe de trabalho, com dimensões mínimas de 6 m²⁽⁴⁾.

O mobiliário da unidade do paciente também é destaque nos estudos de FN, que o descreve como sendo composto pelo leito; cadeira com apoio de braço, posicionada próxima ao sistema de aquecimento; duas mesas; e biombo para privacidade. Os utensílios utilizados devem ser constituídos por material de fácil limpeza, e os leitos, por sua vez, devem ter colchões duráveis e de material suscetível à mínima contaminação, sendo recomendado o de crina de cavalo (não absorve umidade, tem alta durabilidade, repele insetos e não altera a temperatura corporal), ou ainda o uso de colchões de ar ou água para leitos cirúrgicos e para pacientes em anasarca ou com dificuldade de movimentação^(2,9).

Além disso, FN estabelece em seus estudos que o espaçamento entre os leitos não pode permitir a estagnação do ar e deve favorecer a movimentação de pessoas para a execução concomitante de procedimentos. As medidas sugeridas são de

4,5 metros para o pé direito e 45,30 m³ entre as camas, com 3 a 3,5 metros entre as camas opostas^(2,9).

Atualmente, a unidade do paciente de uma UTIP deve ser provida de cama, uma bandeja para instrumentais, um biombo, um suporte de *hamper*, uma cadeira universitária, um suporte de soro, uma mesa de cabeceira, uma mesa de refeição, uma escada com dois degraus, uma mesa para instrumental, uma lixeira⁽⁴⁾.

Vale dizer que, além desses equipamentos descritos na Resolução 50/2002, deve-se considerar a cadeira utilizada pelo acompanhante da criança e os principais equipamentos usados nessa unidade intensiva, tais como: bombas infusoras, monitor multiparâmetro e equipamentos para suporte ventilatório invasivo e não invasivo⁽⁴⁾. Ademais, hoje em dia, dificilmente são encontrados biombo nas unidades, pois na maioria delas existem cortinas fazendo a separação dos leitos e, por sua vez, proporcionando privacidade ao paciente. Ainda, na referida resolução, é estimada uma área mínima de 9 m² por leito de UTIP, com o mínimo 1 m entre leitos e paredes⁽⁴⁾.

No que se refere ao colchão do leito, é indispensável atentar-se para o uso de colchão pneumático ou de espuma de alta densidade, que deve ser encapado por material impermeável, resistente e de fácil higienização.

Em relação à ambiência e ao direito ao acompanhante, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dispõe que “os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”, contudo não descreve as condições para que ocorra a permanência⁽¹⁰⁾.

O direito da criança de ter um acompanhante requer a adição de mobiliário (cadeira ou poltrona reclinável) e objetos utilizados pelo acompanhante, reduzindo o espaço da unidade da criança, e isso pode trazer algumas implicações de conforto que interferem na interação profissional de saúde-criança.

A PNH destaca que não basta garantir o direito ao acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-lo nos diversos ambientes das unidades de saúde, de maneira que ele possa também ter momentos de encontro, diálogo, relaxamento e entretenimento, como assistir televisão ou ouvir música⁽⁷⁾.

Diante dos limites e possibilidades impostos pelo contexto da UTIP, torna-se essencial a garantia da presença do familiar/acompanhante no cuidado à criança tendo em vista os benefícios físicos e psicológicos inerentes a tríade criança-família-equipe.

FN também enfoca a escolha do material para revestimento dos elementos construtivos (pisos, paredes, teto), que deve ser impermeável, lavável e de secagem rápida⁽²⁾. Essa orientação é utilizada ainda nos dias de hoje nos estabelecimentos assistenciais de saúde.

Portanto, cabe destacar que elementos como iluminação, ruídos, cores e variedades de objetos, localização dos postos de enfermagem e odores seguem os pressupostos de FN. No entanto, elementos como ventilação, espaçamento entre leitos, mobiliário sofreram adaptações para se adequarem à estrutura atual da UTIP.

As divergências entre as propostas de FN e aquelas praticadas na atualidade são identificadas em decorrência de a teoria ambientalista da autora ser instituída no século XIX e não prever os avanços hospitalares. Ela aponta a criança como o ser mais vulnerável aos elementos do ambiente. Além disso, não se antevia a presença

de muitos equipamentos, aumento do número de profissionais de saúde e de suas categorias nem a presença da família na UTIP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria ambientalista de FN é um marco na história da enfermagem, e suas contribuições são valorizadas até os dias atuais, sendo um referencial para a construção de qualquer estabelecimento assistencial de saúde, principalmente no que tange à questão da humanização.

Apesar das transformações, como o surgimento das Unidades de Terapia Intensiva e permanência da família nessas unidades, a

equipe de enfermagem deve manter a preocupação de FN quando se refere ao ambiente influenciando o processo saúde-doença e promovendo assim uma ambiência adequada para a assistência à criança e sua família.

Diante das recomendações apontadas no texto, a equipe de saúde (em destaque, o enfermeiro) deve estar atenta para a adequação do ambiente da UTIP quanto aos elementos essenciais que promovem o conforto e bem-estar, a fim de estabelecer como meta o cuidado centrado na criança e sua família.

As adequações propostas não implicam necessariamente elevados custos, e sim, na maioria das vezes, revisões e atualizações das práticas assistenciais bem como capacitação periódica da equipe.

REFERÊNCIAS

1. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.
2. Draganov PB, Sanna MC. Desenhos arquitetônicos de hospitais descritos no livro "Notes on Hospitals" de Florence Nightingale. *Hist Enferm Rev Electron* [Internet]. 2017[cited 2020 Sep 7];8(2):94-105. Available from: <http://here.abennacional.org.br/here/v8/n2/a04.pdf>
3. Santos PM, Silva JOM, Makuch DMV, Souza AB, Silva LF, Depiant JRB. A percepção da criança hospitalizada quanto ao ambiente da unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Inic Cient Ext* [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 7];3(1):331-40. Available from: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/19>
4. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimento assistenciais de saúde. Departamento de Normas Técnicas. Brasília [Internet]. 2002 [cited 2020 Sep 7]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília [Internet]. 2010 [cited 2020 Sep 7]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF; 2013.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 7]. Available from: http://redehumanizaus.net/wpcontent/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf
8. Hickman RL. Evidence-Based Review and Discussion points. *Am J Crit Care*. 2015;24(5):385-6.
9. Nightingale F. Notes on Hospitals: two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool, in October, 1859 with evidence given to the Royal Commissioners on the state of the army in 1857. 3rd ed. London: Savill & Edwards printers; 2015.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990 [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 7]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm