



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

ALINE DE ALMEIDA PEREIRA

**O CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS ADULTOS EM
OBSERVAÇÃO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24h)**

Rio de Janeiro
2016

ALINE DE ALMEIDA PEREIRA

**O CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS ADULTOS EM
OBSERVAÇÃO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24h)**

Dissertação apresentada ao corpo docente do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro
2016

P436 Pereira, Aline de Almeida.
O conceito de conforto na perspectiva de usuários adultos em observação em Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) / Aline de Almeida Pereira, 2016.
77 f. ; 30 cm

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Conforto. 3. Emergências. 4. Assistência à Saúde. I. Silva, Carlos Roberto Lyra da. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73

ALINE DE ALMEIDA PEREIRA

**O CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS
ADULTOS EM OBSERVAÇÃO EM UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO (UPA 24h)**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

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

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado
1º Examinador (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago
2º Examinador (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof^a. Dr^a. Eva Maria Costa
1ª Suplente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

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

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades que tive de estudar, me formar e pós Graduar.

Agradeço a minha mãe (Sr^a. Denise Nogueira da Luz) por todo incentivo e paciência durante minha caminhada.

Ao Meu amigo e colega de profissão Enf. Me em Enfermagem Elson Santos de Oliveira por me incentivar a chegar até aqui.

E ao meu Orientador Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva, pelos ensinamentos, pela paciência, oportunidade e confiança dedicados a mim.

Agradeço a todos os colegas da turma do mestrado Acadêmico/2014, pelo companheirismo e ajuda uns aos outros sempre que precisamos.

RESUMO

PEREIRA, Aline de Almeida. O Conceito de Conforto na perspectiva de usuários adultos em observação em Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs), 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

A Unidade de Pronto Atendimento constitui hoje um importante componente na assistência à saúde, fazendo parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de nosso país. Objetivando garantir sempre uma melhor organização da assistência, articulação de serviços, definição de fluxos e referências resolutivas. Esta investigação foi motivada ao longo dos últimos três anos atuando nestas unidades. Tendo em vista que o objeto emergente é real e faz parte do cotidiano de cuidar e assistir pacientes, algumas inquietações permeiam minhas reflexões críticas acerca do ambiente UPA. Assim emerge o objeto de estudo desta proposta: O conforto na perspectiva de usuários em observação por mais de 24hs em Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Partindo deste, definimos os seguintes objetivos: Construir um conceito de conforto a partir de usuários em observação por mais de 24hs em UPA à luz de Kolcaba; específicos: 1- identificar os contextos e tipos de conforto mais afetados pelos usuários da UPA na perspectiva de Kolcaba; 2- descrever a forma verbal denotativa do referente conforto; 3- categorizar a matriz lexical acerca da palavra conforto pelo usuário à luz de Zipf. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo e natureza qualitativa; para instrumento de pesquisa optou-se pela modalidade de entrevista semi-estruturada. Os instrumentos foram aplicados em 36 sujeitos (usuários), divididos por oito UPAs do Estado do Rio de Janeiro. Como referencial teórico principal buscou-se a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, abordando também outras teóricas de Enfermagem como fonte de apoio e a teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg. Para tratamento dos dados optamos pela análise de conteúdo de Bardin e a utilização do software Iramuteq 7.2. Após tratamento dos dados o software definiu três tipos de análise: 1- Análise Estatística Textual, 2- Classificação Hierárquica Descendente e 3- Análise de similitude. Apresentando como resultado: 36 n^o de textos, 465 formas, 104 segmentos de textos, 1721 ocorrências e 72,12% de retenção de segmentos de textos. Dividindo a amostra em 06 classes diferentes conforme afinidade entre as palavras e maior valor semântico. Após interpretação minuciosa definimos 02 categorias: CATEGORIA I – O conforto resultante do ambiente e espaço vivido, aqui identificamos o alívio e a tranquilidade como tipo de conforto mais afetado dentro do contexto físico e ambiental; e CATEGORIA II – A casa como espaço cotidiano de conforto, nesta categoria identificamos a tranquilidade como tipo de conforto mais afetado dentro do contexto psico-espiritual e social. Concluimos que em ambas as categorias o Ambiente é fator determinante para quem cuida e é cuidado, seguido da sensação de alívio proporcionado pelas necessidades humanas satisfeitas pela equipe de enfermagem.

Palavras chaves: Conforto; cuidado em enfermagem; emergência.

ABSTRACT

PEREIRA, Aline de Almeida. The concept of comfort in the perspective of adult patients in observation at Emergency Care Units (ECUs 24hs) 2016. Dissertation (Master Thesis in Nursing), Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Center of Biological and Helth Sciences.

The "Emergency Care Unit" (ECU) represents today an important component in health care, being part of the "Emergency and Urgency Network" (EUN) in our country. These units are aimed at a better organization of assistance, a better articulation of services, the definition of workflows and an archive of resolution references. This research was motivated by the past three years acting on these units. In view that the object emergent is real and is part of the daily life of caring and assist patients, some anxieties permeate my critical reflections about the ECU environment. Thus emerges the object of study of this proposal: The comfort in the perspective of patients in observation for more than 24hs in Emergency Care Units (ECUs). Starting from this, we defined the following work objectives: To build a concept of "Comfort" from patients in observation for more than 24hs inside ECUs in the light of Kolcaba's "comfort theory" ; Specific: 1- Identify the contexts and types of "comfort" more affected by users of the Emergency Care Units using Kolcaba's perspective; 2- Describe the verbal denotative form regarding the word "comfort"; 3- Categorize the lexical matrix about the word "comfort", by the patient, in the light of Zipf's Law. This is a study of an exploratory, descriptive and qualitative nature; We opted for the modality of semi-structured interviews regarding research instruments. The interviews were applied to 36 subjects (patients), divided by eight ECUs, in the State of Rio de Janeiro/Brazil. As the main theoretical framework our basic source was the "comfort theory" by Katharine Kolcaba, using other theoretical works for support, and also to the "Concept Theory" by Ingetraut Dahlberg. For data processing, we choose Bardin's "Content Analysis" and the computer software "Iramuteq 7.2". After data processing, by the software, three types of analysis was defined: 1- Statistical Textual Analysis, 2- Descending Hierarchical Classification and 3- Similarity Analysis. The result is: 36 text numbers, 465 forms, 104 text segments, 1721 occurrences and 72,12% of text segments retention. By dividing the sample in six(6) different classes of affinity between words and by greater semantic value and after thorough interpretation we defined two(2) main categories: Category I - The comfort resulting from the environment and living space - here we identified the "relief" and the "tranquility" as type of comfort more affected within the physical and environmental context; and Category II - The House as daily space of comfort - in this category we identified the "tranquility" as type of comfort more affected within the context for Psycho-spiritual and social. We conclude that in both categories, the environment is a determinant factor for those who care and for the patients, followed by the feeling of relief provided by meeting the needs of human beings by the nursing team.

Keywords: comfort; nursing care; emergency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01: Porte das UPAs	19
FIGURA 02: Estrutura Taxonômica de Conforto	29
FIGURA 03: Micro e Macroambiente	31
FIGURA 04: Triângulo Conceitual	32
FIGURA 05: Sala Amarela Adulto	37
FIGURA 06: Tabela Ponto de Transição de Goffman	42
FIGURA 07: Gráfico Diagrama de Zipf	43
FIGURA 08: Dendograma I da CHD	44
FIGURA 09: Dendograma II da CHD	45
FIGURA 10: Árvore de Similitude	46
FIGURA 11: Nuvem de Palavras	47
FIGURA 12: Tabela de Variáveis	47
FIGURA 13: Classes da CHD	50
FIGURA 14: Gráfico Valor x Tipo de Conforto	50
FIGURA 15: Gráfico Grau de Importância x Tipo de Conforto	51
FIGURA 16: Gráfico Valor x Contexto de Conforto	52
FIGURA 17: Gráfico Representatividade de Conforto	53

LISTA DE SIGLAS

CHD	Classificação hierárquica descendente
CIB	Comissão de Intergestores Bipartites
CIT	Comissão de Intergestores Tripartites
CLT	Consolidação das leis do Trabalho
CGRs	Colegiados de Gestão Regionais
GPLv ₂	General Public Licence
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPs	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPs	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs	Norma Operacional Básica
OS	Organização Social
RUE	Rede de Atenção as Urgências e Emergências
SAA	Sala Amarela Adulto
SAMU	Serviço de Atendimento móvel de urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UCE	Unidade de contexto elementar
UCI	Unidade de contexto inicial
UPA 24hs	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	11
1.1- CONTEXTUALIZAÇÃO	11
1.2- OBJETIVOS	12
1.3- JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	13
II – REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1- A SAÚDE NO BRASIL: MARCO HISTÓRICO E O SUS	15
2.2- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E AS UPAs 24hs	15
III – REFERÊNCIAL TEÓRICO	19
3.1- O CUIDADO DE ENFERMAGEM E O CONFORTO: FONTES TEÓRICAS DE APOIO	19
3.1.1- Florence Nightingale	19
3.1.2- Ida Jean Orlando	21
3.1.3- Jean Watson	22
3.1.4- Madeleine Leininger	24
3.1.5- Virginia Henderson	25
3.1.6 – Josephine Paterson e Loretta Zderad – Teoria Humanística	26
3.2- TEORIA DO CONFORTO: BASE TEÓRICA QUE SUSTENTA O OBJETO DA PROPOSTA DE ESTUDO (KATHARINE KOLCABA)	27
3.3- AMBIENTE CORPO E TRANQUILIDADE	29
3.4- A TEORIA DO CONCEITO DE INGETRAUT DAHLBERG	31
IV – METODOLOGIA	33
V – TRATAMENTO DOS DADOS	37
5.1- ANÁLISE DE CONTEÚDO	37
5.2- O SOFTWARE	39
VI – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
6.1 - ANÁLISE ESTATÍSTICA TEXTUAL	41
6.2- CLASSIFICAÇÃO HIERARQUICA DESCENDENTE	43
6.3 - ANÁLISE DE SIMILITUDE E NUVEM DE PALAVRAS	46
VII – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	47
VIII- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
CATEGORIA I – O CONFORTO RESULTANTE DO AMBIENTE E ESPAÇO VIVIDO	54
CATEGORIA II – A CASA COMO ESPAÇO COTIDIANO DE CONFORTO	56

IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
X – REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	
Apêndice 1	67
Apêndice 2	69
Apêndice 3	70
Apêndice 4	72
ANEXOS	
Anexo 1	74
Anexo 2	75
Anexo 3	76

I – INTRODUÇÃO

1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO.

É por constituir um importante componente na assistência à saúde que os serviços de urgência e emergência de um hospital, acabam tornando-se a porta de entrada da população; que com o aumento da demanda destes serviços nos últimos anos, acabou por sobrecarregar as unidades hospitalares, gerando a necessidade de instituir um processo de aperfeiçoamento no atendimento aos serviços no país, capaz de assegurar assistência intermediária e garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para doentes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os doentes agudos não graves, estando estes serviços abertos nas 24hs do dia; acolhendo os pacientes de urgência propriamente dita, os desgarrados¹ da atenção primária e das especialidades, bem como as urgências sociais.

O Ministério da Saúde mediante este processo aprovou e regulamentou Portarias estabelecendo princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, bem como os serviços de atendimento pré-hospitalar, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Esta regulamentação permite uma melhor organização da assistência, articulação dos serviços, definição de fluxos e referências resolutivas, elementos indispensáveis na promoção à universalidade do acesso e a integralidade na atenção prestada à saúde.

Neste contexto, surge a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), que será melhor retratada à frente bem como o processo de implantação. Cabe ressaltar que o trabalho nestas unidades traz reflexões críticas sobre algumas inquietações que permeiam o ambiente da UPA, do usuário e dos profissionais de saúde envolvidos neste contexto.

Empiricamente observa-se uma alta rotatividade de usuários que dão entrada na Unidade, recebem o atendimento necessário e são liberados, entretanto, a preocupação maior é com aquele que permanece por mais de 24hs em observação e por isso se confunde com outra clientela, aquela internada em hospital geral. Muito embora não seja filosofia de Unidade de Pronto Atendimento tal como determina em suas competências, art 2º, inciso XIII a Portaria nº 1601 de 07 de Julho de 2011, entretanto, na perspectiva do usuário sua condição se configura sim como um momento de internação.

É nesta perspectiva, que o usuário se encontra, num ambiente desconhecido, em situação de agravo a saúde e sendo cuidado por profissionais das mais variadas especialidades

¹ Paciente fora de acompanhamento e ou tratamento na Rede Básica ou Especialidade.

e, nas mais das vezes, rotineiramente na ausência de um familiar ou ente querido; motivo pelo qual seu nível de estresse e desconforto poderá aumentar, cabendo aos profissionais a identificação de situação problema que possa evidenciar desconforto, manifesto ou não no corpo do usuário, quer seja através da leitura corporal a partir dos recursos semiológicos, mais especificamente a inspeção, quer seja no momento da anamnese a partir das respostas emitidas pelo mesmo. Este diagnóstico deverá ser observado e realizado no momento do acolhimento com classificação de risco, que está voltada para a classificação de agravos à saúde.

O problema desta proposta caracteriza-se diretamente pelo “desconforto” dos usuários manifestado pelos gestos, atitudes e suas expressões corporais num contexto de Unidade de Pronto Atendimento que devem ser decodificados pelo enfermeiro e demais membros da equipe para o diagnóstico de possível situação de desconforto, no entanto, devido ao caráter subjetivo deste fenômeno cabe tão somente ao usuário, aquele que experimenta a partir das suas sensações o estado de desconforto e será capaz de afirmar se o que de fato sente, é uma situação confortável ou de desconforto.

Assim emerge como **objeto**: O conforto na perspectiva de usuários em observação por mais de 24hs em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Algumas **questões norteadoras** poderão ser respondidas com os objetivos que adiante serão elencados:

- ❖ Como os usuários da UPA predicam o referente conforto?
- ❖ Qual a forma verbal denotativa de conforto na perspectiva dos usuários da UPA?
- ❖ Qual / Quais os contextos e tipos de conforto propostos por Kolcaba mais comuns no ambiente da UPA na perspectiva dos seus usuários?

1.2 - OBJETIVOS:

Geral: Construir um conceito de conforto a partir de usuários em observação por mais de 24hs em Unidade de Pronto Atendimento à luz de Kolcaba.

- 1- Identificar os contextos e tipos de conforto mais afetados pelos usuários da UPA na perspectiva de Kolcaba.
- 2- Descrever a forma verbal denotativa do referente conforto.
- 3- Categorizar a matriz lexical acerca da palavra conforto compreendida pelo usuário da UPA à luz de Zipf.

1.3- JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.

A motivação inicial para pesquisa se justifica na observação do cuidado prestado e no possível (*des*)conforto resultante da ação de cuidar. Supõe-se que as organizações de saúde convivam com problemas ou resultados indesejáveis que geram grandes variáveis em seus processos, muitos dos quais, não estão sob controle ou não são previsíveis, como o desconforto, que está presente no cotidiano de quem cuida e de quem é cuidado, muitas das vezes manifestado pelo usuário e percebido pelos profissionais de enfermagem na forma de reclamações e insatisfações dessa clientela.

A relevância assistencial é caracterizada diretamente pela prática de enfermagem e têm uma íntima ligação com o ensino e a educação nos serviços de saúde, razão esta que justifica a necessidade de estimular o olhar crítico do enfermeiro e equipe, para a realidade dos serviços e assim, estabelecer o nexo entre trabalho e pesquisa – Ação e Investigação de forma a resgatar o processo de capacitação e desenvolvimento dos serviços, fomentando ainda mais a área de educação na saúde e enfermagem.

Nesta pesquisa, o ambiente vivenciado é o cenário das urgências, o qual se constitui de equipes divididas por especialidades limitadas pela graduação e ainda bastante insuficientes no que diz respeito à reflexão crítica da prática de enfermagem no seu dia a dia.

Outro ponto a destacar deste ambiente de pesquisa; é a estrutura / modelo de serviço ofertado que é inovador e crescente no país, se comparado às emergências hospitalares, pronto socorro e unidades de internação; haja vista o quantitativo de 269 unidades segundo fonte do Ministério do Planejamento em todo o país, sendo o estado do Rio de Janeiro a unidade federativa com o maior número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) em funcionamento, totalizando 52 unidades, sendo a mais antiga com oito anos.

E vale ressaltar a contribuição para a agenda de pesquisa do Orientador desta linha, em seu projeto institucional, a partir da replicação da abordagem teórica e objeto de investigação do estudo.

II - REVISÃO DE LITERATURA.

2.1 – A SAÚDE NO BRASIL: MARCO HISTÓRICO E O SUS.

Conhecendo o sistema de atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde, que têm como tema introdutório a saúde como direito de todos e dever do Estado, podemos evidenciar de forma breve sua trajetória histórica e os principais eventos que marcaram a construção do sistema de saúde no Brasil.

A atenção à saúde no País, como conhecemos hoje, com as garantias de universalidade, equidade, integralidade e participação popular teve início a partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, prevendo a redução do risco de doenças e outros agravos.

Na época anterior ao SUS, às atividades de saúde, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde Estadual e Municipal dos centros urbanos, se resumiam às atividades de promoção de saúde (educação sanitária) e prevenção de doenças (vacinação e combate a enfermidades como tuberculose, hanseníase e outras). O restante da população, que não tinha carteira de trabalho assinada, recorria às práticas populares ou às Santas Casas.

Diferentemente das Caixas de Aposentadorias e Pensão que deram origem aos IAPs e na sequência INPS e ao INAMPS; foi resultante do movimento da Reforma Sanitária, tendo como marco principal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986.

A organização da rede de serviços de saúde, de forma regionalizada (local, municipal, regional, estadual e federal) e hierarquizada (atenção básica, ambulatorial, atenção de média complexidade e alta complexidade hospitalar), se deu com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da lei nº 8.080 e a lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que evidenciou ao SUS uma de suas principais características, o controle social e a participação dos usuários.

Foi com todo este processo de trabalho e a necessidade de garantia da consolidação progressiva e da autonomia para os Municípios definirem melhor suas prioridades em saúde e principalmente a transferência dos recursos financeiros que a partir de 1991 por meio das NOBs, o MS formalizou a relação e as competências entre Municípios, Estados e União e a constituição dos fóruns de decisão do SUS; comissão de Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartites (CIT) e os instrumentos fiscalizadores. Neste processo foram editadas a NOB-SUS nº 01/91, NOB-SUS nº 01/93 e NOB-SUS nº 01/96.

Alguns anos de trabalho se passaram e o contínuo movimento de pactuação entre as três esferas de gestão, a divisão de responsabilidades e aprimoramento do SUS permaneceu, resultando assim na Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS – NOAS-SUS-01/02.

Nosso Sistema não é um sistema pronto e acabado, está em constante aperfeiçoamento e mudanças mediante políticas econômicas e sociais, a fim de suprir necessidades de saúde que não puderem ser resolvidas por instâncias inferiores o MS editou em 2006, o Pacto pela Saúde. Definido como um conjunto de reformas institucionais para realizar a gestão do SUS, e está composto pelas seguintes dimensões:

- ❖ Pacto pela Vida
- ❖ Pacto em Defesa do SUS
- ❖ Pacto de Gestão

Destaca-se aqui que o Pacto pela Saúde contribuiu para alavancar o processo de regionalização e implantação das Regiões de Saúde, que são definidas como “espaços territoriais nos quais são desenvolvidas as ações de atenção à saúde, objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão regional. A política de regionalização prevê a formação dos colegiados de gestão regionais (CGRs), que têm a responsabilidade de organizar a rede de ações e serviços de atenção à saúde das populações locais”. (MS, 2010)

Sendo assim, com o compromisso de gestão, coube aos municípios a responsabilidade pela totalidade das ações na atenção básica; as regiões de saúde ficam com a responsabilidade do desenvolvimento de ações para assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, e finalmente coube ao Estado realizar as ações de atenção de alta complexidade que não conseguem cobertura pela região de saúde.

2.2 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E AS UPAs 24hs.

A política Nacional de Atenção as Urgências têm seu embasamento na NOAS e no Pacto pela Saúde, surgindo assim o regulamento técnico dos sistemas Estaduais de urgência e emergência de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Secretarias Municipais de Saúde, a fim de responder ao quadro de morbimortalidade em território nacional gerado pelas urgências e agravos a saúde.

Em 2002 o Ministério da Saúde estabelece o Regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de urgência e emergência, Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002, nela entendemos por atendimento pré-hospitalar fixo aquela assistência prestada num nível de

atenção aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, psíquica ou social, que possa gerar algum tipo de sofrimento, seqüela ou morte; no seu capítulo três a definição para unidades não hospitalares, item 2.1 diz que: “São estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências” (2002).

Dada sua relevância pública, a política nacional estabelece normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, conforme preceitua o artigo 1º e 15 da lei 8.080 os objetivos da Política Nacional são:

- ❖ Implantar e implementar o processo de regulação da atenção às urgências, a partir de centrais de regulação médica, que integram o complexo regulador da atenção, conforme previsto na Portaria nº 356 de 22 de setembro de 2000 e NOAS-SUS 01/2002.
- ❖ Estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, desafogando as emergências dos prontos-socorros.
- ❖ Garantir a adequada referência regulada para os pacientes que tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessita de acesso aos meios adicionais de atenção.
- ❖ Adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira.

No decorrer deste processo em 29 de setembro de 2003 institui-se a Política Nacional de atenção as Urgências, Portaria de nº 1863 que têm como um dos componentes fundamentais a organização de Redes loco regionais de atenção integral às urgências; fazendo parte dela o componente Pré-hospitalar fixo; o componente Pré-hospitalar móvel/SAMU e Pós-hospitalar. Dentro do mesmo ano institui-se também o componente pré-hospitalar móvel da Política, pela portaria nº 1864 de 29 de setembro, redefinida em 2012 pela portaria 1010 de 21 de maio com diretrizes para implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua central de regulação das urgências; citado aqui por compor junto a UPA a rede de atenção às urgências.

Com a crescente demanda do serviço, duas novas portarias surgiram. A Portaria nº 1020 de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Pré-hospitalar fixo para a organização de Redes loco regionais de atenção integral às urgências e a Portaria nº 1566 de 13 de julho de 2009 que habilita Unidade de Pronto Atendimento UPA. Posteriormente a portaria 1020 foi revogada pela Portaria nº 1600 de 07 de julho de 2011,

estabelecendo diretrizes para a implantação do componente UPA 24hs e o conjunto de serviços de urgência 24hs da Rede de Atenção às Urgências.

O Ministério da Saúde em constante observação à necessidade de ampliação e ao aprimoramento para implantação de todos os componentes que integra a malha de serviços e demanda nas urgências, mantém revisão e redefinição dos textos/Portarias atualizados, considerando sempre as diretrizes do SUS e da Política Nacional de Humanização.

As três Portarias mais atuais que discorrem sobre UPA 24hs são: Portaria 2648 de 07 de novembro de 2011, a Portaria 342 de 04 de março de 2013 e a Portaria nº 104 de 15 de janeiro de 2014. A primeira redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento UPA 24hs e o conjunto de serviços de urgências 24hs, considerando a Portaria: 1600, já citada anteriormente e essa última altera e redefine a portaria nº342 e suas diretrizes dispendo também sobre o conjunto de serviços de urgências 24hs não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para nova UPA 24hs (UPA NOVA) e UPA 24hs ampliada (UPA AMPLIADA) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Estes serviços articulados devem compor um conjunto de atenção à saúde e sua implantação se dá em locais e/ou unidades estratégicas para melhor integração da rede de urgências, atendendo a um dos princípios do SUS o da acessibilidade, sempre em conformidade com a lógica de Acolhimento com Classificação de Risco, evidenciando uma das maiores marcas/prioridade da Política Nacional de Humanização que na totalidade são quatro:

- ❖ Reduzir as filas e o tempo de espera ampliando acesso com atendimento acolhedor e resolutivo;
- ❖ Informação aos usuários pelos profissionais em atendimento;
- ❖ Direitos garantidos segundo código do SUS e
- ❖ Gestão participativa com educação permanente aos trabalhadores Humaniza SUS (2004).

Todas essas prioridades geram mais *conforto* e segurança ao paciente e aos familiares direta e indiretamente durante atendimento.

A UPA 24hs deverá funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos; acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento e possuir equipe multidisciplinar compatível com seu porte, conforme Portaria nº 2648 (2011).

Algumas competências referentes às Unidades de Pronto Atendimento merecem destaque, as mesmas deixam claro seu dinamismo e funcionamento:

- ❖ Articular-se com as Redes Básicas, pré-hospitalar móvel e pós-hospitalar, entre outros serviços de apoio diagnóstico, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência;
- ❖ Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou trauma, estabilizando os pacientes e encaminhando conforme necessidade;
- ❖ Fornecer retaguarda a Rede de Atenção Básica e funcionar como local de estabilização para pacientes provenientes do SAMU;
- ❖ Manter os pacientes em observação por um período de até 24hs, para elucidação diagnóstica e ou estabilização clínica. Os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas dentro deste prazo devem ser encaminhados aos serviços hospitalares pela central de regulação.

Esta última deixa clara a ligação direta com a problemática do estudo desta pesquisa e a relação de (*des*)conforto possivelmente gerada por períodos de observação com mais de 24hs. Ainda relacionada às competências das UPA 24hs e atendendo diretamente as diretrizes específicas por nível de atenção da Política Nacional de Humanização, compete ao gestor responsável da UPA em seu Art. 8º da Portaria nº342 (2013):

“I- Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com a gravidade do caso; II- estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; III- garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da unidade”.

As Unidades são classificadas em três diferentes portes, de acordo com população do município sede, capacidade de instalação (área física), número de leitos disponíveis, gestão/Rh de pessoas e a capacidade diária de realizar exames médicos. Conforme figura 01 do Anexo da Portaria 104 (2014):

Figura 01: Porte das UPAs

Definição dos portes aplicados as UPAs	População da área de abrangência da UPA	Área física mínima	Número de atendimento médico em 24hs	Número mínimo de médico por plantão de 7 às 19h	Número mínimo de médico por plantão de 19 as 07h	Número mínimo de leito de observação
Porte I	50.000 a 100.000 hab.	700 m ²	150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 hab.	1.000 m ²	300 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
Porte III	200.001 a 300.000 hab.	1.300 m ²	450 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

Fonte: Tabela adaptada Portaria 104 de 2014, MS.

III - REFERENCIAL TEÓRICO

Buscando a etimologia da palavra conforto veremos que se origina da palavra latina *confortare*, com um olhar fora da área da saúde e tão somente para seu significado, quer dizer alívio, consolação, consolo, refrigério, fortalecer, restituir forças, fortificar ou solidariedade. Se considerarmos o conforto de modo subjetivo veremos que talvez o conforto para o usuário vá além daqueles cuidados prestados diariamente pela equipe como: *higiene e conforto*; pode estar ligada também a integralidade do cuidado; a equidade da assistência e a universalidade de acesso as redes e serviços de saúde.

O Enfermeiro neste sentido é aquele que promove o fortalecimento e o conforto desde o Acolhimento ao cuidado de maior complexidade na Unidade de Pronto Atendimento.

Nesta pesquisa buscou-se, sobretudo, como referencial teórico a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, o cuidado de enfermagem de Florence Nightingale e a teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg.

3.1- O CUIDADO DE ENFERMAGEM E O CONFORTO: FONTES TEÓRICAS DE APOIO.

3.1.1- Florence Nightingale

Considerada a matriarca da enfermagem moderna, iniciou os seus estudos em 1851 em Kaiserwoth na Alemanha e tornou-se popular três anos depois ao ser “convocada” para atuar na Guerra da Criméia, onde expôs os problemas ambientais do local (falta de saneamento, sujeira, contaminação, doenças oportunistas e vetores).

Ao regressar da guerra Florence além dos elogios dos soldados e da família real ganhou reconhecimento e fundos, que utilizou para fundar uma instituição de ensino para enfermeiras e foi relatando suas experiências e descrevendo as condições sanitárias que a identificaram como uma cientista e investigadora empírica.

Em seus estudos, revela a necessidade da aquisição de um conhecimento de natureza distinta daquela buscada pela medicina; enfatizando a capacidade da enfermeira de observar atentamente e descrever com propriedade, conferindo-lhe um caráter intelectual e científico à profissão. Em *Notes of Nursing*, Nightingale destacou que:

(...). Nunca se deve perder de vista para o que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou fatos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar o nível de saúde e o conforto. (1859, p.70, *apud* Oliveira, 2013).

Ainda na mesma leitura a autora definiu bem os conceitos de ambiente do paciente no que se refere aos aspectos físicos, emocionais ou sociais, concluindo-se aparentemente que todos constituem o mesmo ambiente. Segundo Silva (2008), é fácil identificar a importância que a autora dá ao ambiente *físico*, sua preocupação vai além dos cenários hospitalares, preocupa-se com as condições *físicas* de vida dos usuários.

A Teoria de Nightingale apresenta três relações principais:

- ❖ Ambiente / paciente
- ❖ Enfermeira / ambiente
- ❖ Enfermeira / paciente

Dentro destas relações podemos observar o *conforto* proporcionado ao paciente; já naquela época Florence não deixou claro uma teoria descritiva e explicativa e tão pouco tentou criar uma teoria de enfermagem, mas já se preocupava em definir ciência e a arte da enfermagem. Demonstrou o conforto no contexto físico ao descrever a melhora dos soldados ao enfrentarem as geadas e ulcerações em decorrência delas, bem como o aparecimento das doenças oportunistas; ganhando destaque e sendo reverenciada perante os mesmos.

O contexto ambiental na concepção de conforto ao usuário também foi bem descrito por Florence, seu destaque foi tão importante que deu nome à sua Teoria Ambientalista, muito à frente do seu tempo, a Teórica não só descreveu o microambiente hospitalar e a importância da segurança do paciente quando se preocupava com a higiene (do ambiente, do paciente e dos profissionais enfermeiros) quando definia e exigia o banho aos pacientes diariamente e a lavagem das mãos, apesar da prática não ser uma norma; como também reconheceu as mudanças sociais da sua época e o impacto no estado de saúde do paciente.

Florence nunca usou o termo *ambiente* especificamente em seus relatos, mas foi definido como “todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo e que são capazes de impedir, reprimir ou contribuir para a doença, acidente ou morte.” Alligoog e Tomey (2004).

Descreveu em seus relatórios a condição de saúde e sanitária de sua cidade acreditando na influência destes, “o ambiente circundante saudável era necessário aos cuidados de enfermagem adequados. A sua teoria dos cinco componentes essenciais da saúde ambiental (ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz)” Alligoog e Tomey (2004); são tão essenciais quanto hoje.

Outro tipo de conforto evidente nos relatos de Florence Nightingale é a tranquilidade que pode ser experienciada pelos pacientes, e o contexto social bem descrito na relação com as profissionais. O barulho deve ser evitado e o sossego um objetivo alcançável pelas enfermeiras, que possuíam segundo a Teórica o controle do Ambiente, tanto física quanto administrativamente. Por último, Nightingale acreditava nas enfermeiras como agente moral entre os pacientes, relatando a relação interpessoal entre *Enfermeiro / paciente*, e a tomada de decisão clara para o cuidado dos mesmos.

3.1.2- Ida Jean Orlando

Iniciou os seus estudos pela faculdade de Medicina de New York, Flor Hospital Escola de Enfermagem Medical College e obteve seu diploma de Bacharelado em 1947; estudou Saúde Pública pela Universidade de St John no Brooklyn em 1951 e tornou-se Mestre em 1954 em Saúde Mental no Teachers College da Columbia University.

Em sua teoria de enfermagem Orlando evidencia a relação recíproca entre o usuário e a enfermeira, o que ambos fazem e dizem influenciam um ao outro. Ela foi uma das pioneiras a identificar os elementos do processo de enfermagem e a participação do usuário neste processo. Utilizou-se de método qualitativo para obter resultados a partir de situações reais em campo, cujo foco, era a relação enfermeira-paciente.

Afirma que a função da enfermeira é idealizada com o objetivo de descobrir a necessidade imediata do doente, de identificar e se possível satisfazê-las; conforme Alligoog e Tomey (2004). Fundamenta-se com maior profundidade pela abordagem da teórica à disciplina do Processo de Enfermagem, proposta por ela que seja composta por três elementos básicos:

- ❖ Comportamento do doente,

- ❖ Reação da enfermeira e
- ❖ As ações de enfermagem concebidas para benefício do usuário.

A Teórica não faz nenhuma alusão direta em seus estudos a outras teóricas, mas pode-se identificar elementos que julgou ser importante como fez Florence Nightingale ao *ambiente* e quando este interfere direta e indiretamente no paciente, a *observação*, a relação *enfermeira / paciente* e a *tomada de decisão*.

Fazendo novamente uma ligação com o tipo de conforto que será descrito por Kolcaba mais adiante, percebemos o Alívio evidente em sua teoria, Orlando descreve que é de responsabilidade da enfermeira a ajuda de que o paciente precise e que suas necessidades sejam satisfeitas, assegurando-lhe bem-estar físico e mental. Afirma que “a função da enfermagem profissional é conceptualizada com o objetivo de descobrir a necessidade imediata de ajuda por parte do paciente”, Orlando (1972).

Em seu pressuposto deixa claro o Alívio quando afirma que “as enfermeiras devem ajudar a aliviar o mal-estar físico ou mental e não devem aumentar a angústia do paciente” Orlando (1972). Deixando evidente assim outro tipo de conforto a tranquilidade proporcionada diretamente pelo cuidado da enfermeira.

Por tanto para a Teórica o processo de enfermagem existe na inter-relação / contato entre enfermeira e usuário, originando o processo de ação feito pela enfermeira. E que tanto o profissional como o paciente distinguem, pensam, sentem e agem de maneiras diferentes, reconhecendo ainda mais a subjetividade deste processo; salientando que um usuário pode agir com angústia (desconforto) a qualquer aspecto de um ambiente (inter-relação) que é projetada para propósitos terapêuticos e de cuidados.

Ela descreve também a percepção que as Enfermeiras têm deste desconforto evidenciado pelo comportamento do paciente gerando um sentimento nas mesmas; define os elementos dessa reação imediata como:

- ❖ Percepção de qualquer estímulo físico por um dos cinco sentidos
- ❖ O pensamento automático sobre a percepção que ocorre na mente de um indivíduo
- ❖ Um sentimento estimulado pelo pensamento.

As reações da enfermeira precipitam então em ações de enfermagem.

3.1.3- Jean Watson

Formou-se Bacharel em Enfermagem pela Universidade do Colorado em 1964, Mestre em saúde psiquiátrica e em 1973, Doutora em psicologia e aconselhamento educativo. Em

suas publicações Watson reflete a evolução de sua teoria do cuidar, ela refere-se ao cuidar como essência da prática de enfermagem e afirma que ela é uma ideia moral, mais que um comportamento orientado pelas tarefas da profissão e inclui características como o momento do cuidar real e do cuidar transpessoal, fenômenos que ocorrem quando existe um relacionamento verdadeiro entre enfermeira e usuário.

Durante suas pesquisas para fundamentar sua teoria Watson buscou estudar o conceito de *cuidar*, recolhendo dados a fim de utilizar na classificação de comportamentos do cuidado, tentando descrever semelhanças e diferenças entre o que enfermeiras e usuários consideravam cuidar, e assim chegar a uma hipótese testável de conceito de *cuidar* em enfermagem, observou a questão sobre diferença de valores em situações diversas e suscitou a importância de se satisfazer necessidades mínimas de cuidados antes que eles mesmos possam ser avaliados.

(...) De acordo com Watson, cuidar é um termo de enfermagem que representa os fatores que as enfermeiras utilizam para prestar cuidados de saúde aos doentes. Afirma que, ao responder aos outros como indivíduos únicos, a pessoa que cuida entende os sentimentos do outro e reconhece a sua singularidade, Alligoog e Tomey (2004).

Na filosofia e ciência do cuidar, ela refere-se à prática como essência da enfermagem, em seus estudos reconhece outras obras de importantes Teóricas como Nightingale, Henderson e Leininger citadas neste estudo.

Watson também enfatiza o verdadeiro relacionamento entre *enfermeiro / paciente*, e acreditava que através da “auto compreensão” o paciente viria aceitar a si próprio. Para ela alguns fatores do cuidar são importantes nessa relação como a formação de um sistema de valores humanista-altruísta (sentido da vida); o papel do enfermeiro na instalação da fé-esperança, auxiliando da promoção do bem-estar e que o paciente adote comportamento saudável; sensibilidade para consigo e para com os outros e o cuidar transpessoal.

Todos estes fatores remetem ao que Kolcaba chamou de contexto psico-espiritual, Watson também destaca o contexto ambiental quando afirma que:

(...) as enfermeiras têm de reconhecer a influência que os ambientes internos e externos têm sobre a saúde e doença dos indivíduos. Os conceitos relevantes para o ambiente interno incluem o bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo. Para além das variáveis epidemiológicas, outras variáveis externas incluem o conforto, a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético. Alligoog e Tomey (2004).

E à medida que reconhece as necessidades biofísicas, psico-espiritual, psicossocial dos pacientes a fim de satisfazê-las oferece ao usuário a possibilidade de experimentar os três tipos de *conforto* satisfeito.

3.1.4- Madeleine Leininger

Iniciou seus estudos antes da década de 50 e em 1954, Leininger formou-se Mestre em enfermagem psiquiátrica pela Catholic University of America em Washington. É fundadora e líder na enfermagem transcultural e na teoria do cuidar humano tornando-se mais tarde Doutora em antropologia cultural e social. Enquanto trabalhava, descobriu que poucos profissionais se interessavam pelos fatores culturais no diagnóstico e tratamento dos clientes e durante sua investigação em campo, orientou muitos estudantes e enfermeiros quanto à enfermagem transcultural, utilizando-se do método qualitativo para pesquisa.

Sua teoria descende da antropologia e da enfermagem, definindo enfermagem transcultural como a área que concentra seus estudos e análise numa comparação de culturas e subculturas diferentes. Em relação ao cuidar, as expressões crenças da saúde e comportamento, objetivam sempre desenvolver um conhecimento científico e humanista na prática do cuidado de enfermagem.

(...). Durante mais de quatro décadas, Leininger defendeu que o cuidar é a essência da enfermagem e o aspecto dominante, distintivo e unificador da enfermagem. Afirmo que o cuidado é complexo, ilusório e frequentemente implantado na estrutura social e noutros aspectos da cultura. Defende que existem diferentes formas, expressões e padrões do cuidar que são diversos e alguns universais, Alligoog e Tomey (2004).

A enfermagem transcultural para a teórica vai além do entendimento da ciência até o ponto de usar o conhecimento da cultura do cuidar em enfermagem para praticar um cuidado culturalmente responsável e congruente, correspondente ao indivíduo e ao paciente. Deixando clara a subjetividade e a individualidade observadas em seu método direcionado ao usuário na prática de enfermagem e em consequência disso, no conforto gerado por ela, apesar de não citar diretamente este conceito em seus estudos e pesquisa.

Porém torna-se claro quando afirma que as enfermeiras devem empenhar-se no cuidado transcultural para promover o “bem-estar” dos usuários; para aceitar a morte e salvaguardar a sobrevivência das culturas humanas ao longo do tempo.

Outro ponto interessante de observação e relação com outros estudos é quando Leininger concebe a sua Teoria da Diversidade Cultural “base na crença de que as pessoas com culturas diferentes são capazes de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidado que desejam ou necessitam; a cultura influencia nas decisões e ações da vida” Leininger (1991).

Podemos olhar a cultura e os costumes como parte do meio externo com ação indireta na saúde do paciente e as enfermeiras devem utilizar-se deste conhecimento para desenvolver o seu cuidado.

3.1.5- Virginia Henderson

Henderson iniciou seus estudos em Enfermagem no início da década de 20 e tornou-se mestre ao final dela, teve uma longa carreira como estudiosa, pesquisadora e autora, escrevendo grandes obras que influenciaram a enfermagem a exemplo *The Nature of Nursing*, publicada em 1966 que descreve o conceito e função única e primária da enfermagem. Alguns autores entusiasmaram-na neste e em outros trabalhos, buscando registros sobre técnicas e rotinas de enfermagem; equilíbrio fisiológico do doente; higiene e assepsia; necessidades fundamentais do ser humano; independência do doente e na relação *enfermeira-paciente*, citada por *Ida Jean Orlando* e outras Teóricas.

A pesquisadora fundamentou sua teoria a partir de princípios fisiológicos e psicológicos dentro da prática de enfermagem, logo supôs que uma definição de enfermagem deveria implicar numa apreciação do princípio do equilíbrio fisiológico.

“É óbvio que o equilíbrio emocional é inseparável do equilíbrio fisiológico, uma vez que percebi que uma emoção é, na realidade, a nossa interpretação da resposta das células às flutuações na composição química dos fluidos intercelulares.” Segundo Henderson, *apud* Alligoog e Tomey (2004).

Henderson definiu que a única função da enfermeira era assistir o usuário doente ou saudável, no desempenho de suas atividades, não definiu um estado de saúde, mas o comparou com a independência do usuário em poder desempenhar suas funções sem auxílio da enfermagem, assim como as teóricas anteriores, ela também deu a devida importância ao ambiente, não obstante, acreditava que a união de todas as condições e influências externas colaborava com a vida e o desenvolvimento do organismo.

Em sua teoria ela definiu quatorze necessidades básicas do doente que compreendem os cuidados de enfermagem, e incluem:

- 1- Respirar normalmente
- 2- Comer e beber de forma adequada
- 3- Eliminar os resíduos corporais
- 4- Movimentar-se e manter a postura correta
- 5- Dormir e descansar

- 6- Escolher a roupa, vestir-se e despir-se.
- 7- Manter a temperatura corporal normal
- 8- Manter o corpo limpo e cuidado, tegumentos protegidos.
- 9- Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros
- 10- Comunicar-se com os demais, expressando emoções necessidades temores e opiniões.
- 11- Realizar pratica religiosa segundo a fé de cada um
- 12- Trabalhar de modo a sentir-se realizado
- 13- Jogar ou participar de diversas formas de recreação
- 14- Aprender descobrir ou satisfazer a curiosidade a modo a conduzir o desenvolvimento e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

Observamos em Henderson o *conforto* implícito dentro da sua teoria quando observa as necessidades do usuário dentro do cuidado de enfermagem, à medida que ela confere importância ao ambiente; as relações interpessoais; psico-espiritual e ao corpo físico. De acordo com a Teórica “a Enfermeira deve ser capaz de apreciar não só as necessidades do doente, como as condições e estados patológicos que as alteram (...) a Enfermeira pode alterar o ambiente sempre que achar necessário” Alligoog e Tomey (2004).

3.1.6- Josephine Paterson e Loretta Zderad – Teoria Humanística.

Paterson e Zderad nasceram nos Estados Unidos da América, a primeira formou-se enfermeira e tempos mais tarde recebeu o título de doutora atuando na área de psiquiatria e saúde mental; Zderad após formar-se enfermeira e dedicar muitos anos da profissão a enfermagem humanística, recebeu o título de doutora em filosofia. Encontraram-se profissionalmente por compartilharem pensamentos parecidos dentro da profissão.

A Teoria de Enfermagem Humanística surgiu num período em que vigorava o modelo biomédico e assistencialista, têm como objetivo um olhar diferenciado ao outro ser que necessita de ajuda e ao que está disposto a ajudar demonstrando o cuidado de enfermagem como um encontro vivido e dialogado. O cuidado proposto pelas pesquisadoras apresenta além de conceitos de meio ambiente e a prática de enfermagem, terminologias que interligam a pesquisa com a prática clínica, evidenciando o encontro já conhecido da relação de diálogo com escolhas compartilhadas; possibilidades de bem-estar; a busca em descrever e compreender o vivido e experienciado, tanto individualmente quanto coletivamente.

Entendem a enfermagem como disciplina humana que possibilita o encontro, a reciprocidade a toda experiência compartilhada, deixando claro que é necessário ir além da utilização de conhecimentos técnicos científicos. A enfermagem envolve um ser humano ajudando o outro numa inter-relação de subjetividade, partindo do pressuposto que a teoria se desenvolve a partir das experiências vividas entre enfermeiros e enfermos.

Fica clara a conexão que pode ser feita ao *conforto* proposto por Kolcaba na relação interpessoal entre *Enfermeiro / paciente*, quando a teórica busca se pautar também na teoria Humanística de Peterson e Zderad. O conforto pode ser experienciado de várias maneiras no contexto social e até psico-espiritual neste binômio *enfermeiro / paciente*.

Enfatizando o diálogo e o relacionamento criativo entre profissional e usuário a fim de encontrar-se, relacionar-se e estar presente para conclusão de um cuidado.

3.2- TEORIA DO CONFORTO: BASE TEÓRICA QUE SUSTENTA O OBJETO DA PROPOSTA DE ESTUDO (KATHARINE KOLCABA).

Formou-se enfermeira em 1965 e passou pouco mais de 20 anos na prática e assistência em enfermagem, e em 1987 especializou-se em gerontologia e foi trabalhando com psiquiatria que começou a teorizar sobre conforto, em 1997 titulouse Mestre em enfermagem e iniciou o seu trabalho teórico, quando realizou o diagrama de sua prática de enfermagem logo no início do Doutorado. Inicialmente, fez uma análise do conceito, começando por uma extensa revisão crítica de literatura sobre conforto dentro e fora da enfermagem. Buscando bases teóricas em Nightingale, Orlando, Henderson, Watson, Paterson e Zderad.

A partir de suas origens, Kolcaba fundamentou e explicou os aspectos do conforto com base na ergonomia e na ligação direta do conforto ao desempenho da função da enfermeira; utilizando-se de três teorias de enfermagem para apoiar sua concepção no modo de sintetizar ou derivar o que ela chama de tipos de conforto:

O alívio² foi sintetizado a partir de conceitos de Orlando (1961) que, por sua vez, afirma que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes;

A tranquilidade³ foi sintetizada a partir dos princípios de Henderson (1966), que descreveu quatorze (14) funções básicas dos seres humanos necessitando serem mantidas para a própria manutenção do equilíbrio homeostático;

² A condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica. Kolcaba (2003)

³ O estado de calma ou contentamento. Kolcaba (2003)

A **transcendência**⁴ foi extraída de proposições de Paterson e Zderad (1975, 1988), que afirmavam acreditar que os doentes podiam superar suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

Segundo Kolcaba (2003), conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. Para a enfermagem o objetivo do conforto em curto prazo é aliviar o desconforto dos usuários e assisti-los durante a experiência de dor. Por outro lado, Kolcaba preocupa-se com a avaliação, considerando o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o estresse.

O conceito de conforto ou desconforto está sujeito às mudanças e condições fisiológicas, psicológicas, espirituais, socioeconômicas e físicas em que estão inseridos os pacientes. Uma boa avaliação não pode ser feita se não houver intensa observação, a falta de observação e delimitação do conforto pode resultar em um cuidado “inacabado”.

A teórica extraiu da literatura sobre o holismo os quatro contextos nos quais os três estados de conforto são experimentados:

- ❖ O contexto **físico** que diz respeito às sensações corporais;
- ❖ O contexto **social** pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais;
- ❖ O contexto “**psico-espiritual**” à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconhecimento, sexualidade e sentido de vida, e
- ❖ O contexto **ambiental** que envolve aspectos como a luz, barulho, equipamentos (mobiiliários), cor, temperatura, elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003).

E a elaboração da Teoria se deu através de três tipos de raciocínio lógico: indução, dedução e abedução.

- ❖ Indução: ocorre quando são feitas generalizações (universalizar) a partir de um número de circunstâncias específicas observadas.
- ❖ Dedução: ocorre quando são inferidas (deduzidas) conclusões específicas a partir de premissas, proposições ou princípios mais gerais; procede do geral para o particular. A fase dedutiva do desenvolvimento da teoria resultou da relação do conforto com outros conceitos para produzir a teoria.
- ❖ Abedução: é uma forma de raciocínio lógico que origina ideias, este tipo aplica-se em áreas nas quais existam poucas teorias disponíveis.

⁴ A condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento. Kolcaba (2003)

Assim para o desenvolvimento de sua teoria e para análise de conceito que forneceu a estrutura taxonômica de conforto através de um trabalho qualitativo identificou a utilização histórica do conceito na enfermagem e quando uma medida de conforto (intervenção) é colocada como objetivo para satisfação das necessidades de conforto holístico do doente em procedimentos e cuidados específicos, o conforto do doente pode ser melhor trabalhado através de uma diretriz prévia, critério ou linha de base (instrumento cuidadosamente adaptado), Alligoog e Tomey (2004).

Figura 02: Estrutura Taxonômica de Conforto

ESTRUTURA TAXONOMICA DE CONFORTO		TIPOS DE CONFORTO		
		ALÍVIO	TRANQUILIDADE	TRANSCENDÊNCIA
CONTEXTO DE CONFORTO	FÍSICO			
	PSICO-ESPIRITUAL			
	AMBIENTAL			
	SOCIAL			

Fonte: Adaptado de “Teóricas de Enfermagem e sua Obra, cap. 24 – Katharine Kolcaba, pg. 491, 5ª Ed, 2004)

3.3 – AMBIENTE CORPO E TRANQUILIDADE.

Após abordar as fontes Teóricas e seus Conceitos sobre o trabalho de enfermagem, duas pesquisadoras merecem destaque nesta dissertação, uma por falar da relação de ajuda na assistência e a outra por também mostrar o ambiente como fator determinante no processo de saúde. Ambas se fundamentam nas Teorias de Enfermagem e seus Conceitos.

Vilma de Carvalho fala da relação de ajuda e a totalidade da prática de enfermagem enfatizando o relacionamento entre *Enfermeiro / paciente* e a comunicação.

Na análise da relação de ajuda depende-se a assistência de enfermagem como conceito fundamental dessa relação. Assim como Henderson, Carvalho acredita que na sua função básica a Enfermeira deve auxiliar o paciente a fim de torná-lo o mais independente possível.

Neste processo de trabalho a interação é algo intrínseco entre o profissional que cuida e quem é cuidado, gerando assim outras relações interpessoais num contexto social entre grupos humanos, equipe, família e a coletividade. Por mais inerente que seja a relação de ajuda na assistência de enfermagem, ela não ocorrerá se não houver interesse, empenho,

propósito e objetividade entre as partes. Logo, “a competência de quem ajuda tem como contrapartida a confiança da pessoa ajudada” (Carvalho, 2013).

Para a autora existem vários tipos de ajuda na esfera assistencial, uns solicitam por atendimento e *ajuda* as suas necessidades básicas, caracterizando o alívio como tipo de conforto experienciado, outros esperam orientação específica que satisfaça à carência de *saber* sobre seu tratamento, por exemplo, configurando-se um tipo de tranquilidade, e há aqueles que desejam tão somente uma palavra de *conforto* e esperança.

Através desse processo inter-relacional pode-se afirmar que “a relação de ajuda é uma situação estruturada / ordenada” dentro da enfermagem por haver intencionalidade, propósito e objetivo assistencial, exigindo cooperação.

Outro conceito muito abordado pelas Teóricas é o *ambiente*, cabe pensar aqui se não o de maior destaque entre elas. Não se pode falar em espaço de cuidar sem pensar que o ambiente torna-se elemento do cuidado, a partir do momento que entendemos a influência deles na saúde dos usuários.

Quase todas as Teóricas buscaram Florence Nightingale e o ambiente como fator determinante para a saúde; ao longo do desenvolvimento de suas teorias, este conceito foi ampliado e aprofundado por elas, demonstrando que ele pode ser restaurador à saúde dos usuários se as enfermeiras souberem coloca-los nas melhores condições.

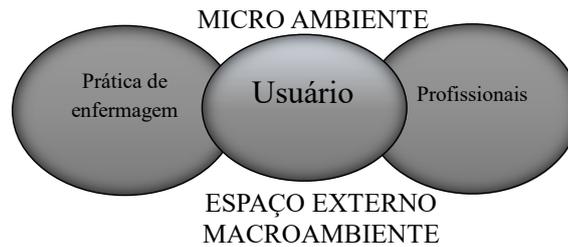
Nébia Figueiredo ao abordar enfermagem fundamental e a prática do cuidar, destaca o ambiente ampliado no espaço de cuidar, este vai além do ambiente hospitalar, podendo ser o espaço de viver, trabalhar e aprender, incluindo todos os profissionais.

Esta pesquisadora utiliza-se do conceito de ecologia, a partir da prática levando-o ao ambiente de cuidar. Emprega o termo *Enfecologia*, isto porque toda a base do entendimento de ambiente por Florence está na natureza, neste sentido é apropriado dizer que esta ecologia indica três hipóteses:

- ❖ Ecologia de enfermagem;
- ❖ Eco-ambiente de enfermagem e
- ❖ Eco-cuidado de enfermagem

Estas três hipóteses podem ser a base para o entendimento do ambiente externo e a influência no usuário, pois o usuário e a enfermagem estão num macroambiente e microambiente, onde o micromundo pode ser pensado nos espaços em que se cuida e encontra o paciente. Segundo Figueiredo, o ambiente do cuidado está inserido no ecossistema hospitalar que por sua vez faz parte de uma política de saúde; uma sociedade; um Município; um Estado e um País.

Figura 03: Micro e Macro Ambiente



Fonte: Próprio autor, PEREIRA, 2016.

3.4 – A TEORIA DO CONCEITO DE INGETRAUT DAHLBERG.

Para delimitar e definir o conceito de conforto o Estudo aprofundou-se na Teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg nela, entende-se que o homem, para designar os objetos de sua circunstância e traduzir os pensamentos formulados pelos mesmos, emprega palavras, conjunto de símbolos e formas verbais. Pode-se dizer então que a linguagem constitui a capacidade do homem em designar os objetos que o circundam assim como de comunicar-se com os seus semelhantes.

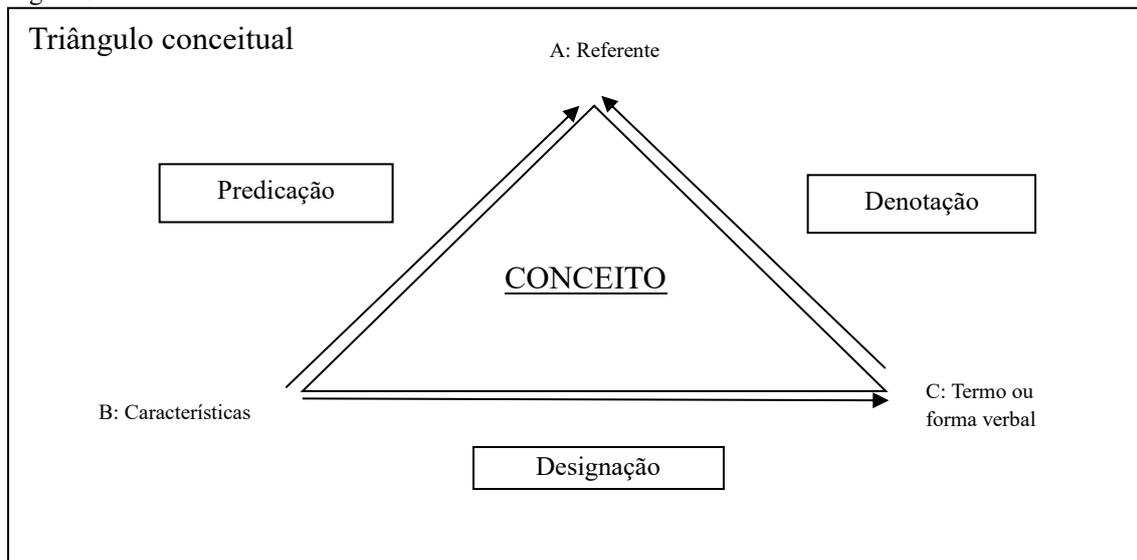
A preocupação com o conceito das coisas e dos fatos, tendo em vista a construção de sistemas de classificação e linguagem, não é recente, desde o século XVII filósofos desenvolveram mais trabalhos voltados para análise das coisas e noções do que para palavras da linguagem natural. O princípio da Teoria do Conceito mostra-se útil para esta pesquisa, pois, através da linguagem é possível formular enunciados a respeito dos conceitos, e é a soma total dos enunciados verdadeiros sobre um mesmo objeto, que ele é formado. Esta teoria destina-se a servir de fundamento para análises conceituais de toda e qualquer iniciativa que diga respeito ao estudo e à padronização de termos, ela implica em que cada conceito tem um referente (Dahlberg, 1978).

A Teoria analítica do conceito orientada para o referente é fundamentada no entendimento de que, o homem é capaz de formular enunciados corretos sobre os itens da sua cognição direta e indireta no mundo, assim, as características dos conceitos são seus elementos constituintes e sua soma total representa os próprios conceitos ou “unidades de conhecimento”, através desses enunciados chega-se ao reconhecimento ou à separação das características do que ela chama de “conceitos-elementos” dos próprios conceitos que nesta teoria, é definida como:

(...) “sínteses rotuladas de afirmações verdadeiras feitas a respeito de objetos do pensamento, com as afirmações-predicações conduzindo à identificação ou à separação das características dos conceitos que também podem ser vistas como elementos dos conceitos”, Conforme Dahlberg 1978.

Dahlberg desenvolveu um triângulo conceitual para simbolizar o modelo por ela desenvolvido para a construção de conceitos a replicação a baixo demonstra graficamente o que foi dito:

Figura 04



Onde; A: Item de Referente (IR); B: Predicações verbais (PV) sobre (IR); C: Síntese das PV sobre IR, por meio de um termo ou nome.

Fonte: “Triângulo conceitual” adaptada de Dahlberg, 1978

Referente

Alusivo, relativo à unidade de pensamento. Para Silva (2008), pode existir fisicamente, forma material ou pode ser um constructo mental, na cabeça de um indivíduo apenas subjetivo. Se considerarmos *conforto* como *referente* objetiva ou subjetivamente, em ambos os casos utilizaremos *predicados* supostamente “verdadeiros”.

Características

O que constitui o caráter distintivo, a particularidade de uma pessoa ou de uma coisa. Ao analisarmos um objeto ou um referente, identificamos nele suas propriedades, conferindo-lhes o que corresponde às características, (...) “Se o conceito ainda não tem nome é possível formulá-lo pela síntese das características descobertas”, Dahlberg (1978).

Termo ou Nome

Percebemos então que o conceito não é composto por partes distintas, está contido no *referente* (fatos, coisas, processos e etc.), nas características (predicações feitas a ele) e na forma verbal adotada para designá-lo, logo a ideia é única composta pelos elementos que o definem pelo que chamamos de *termo*.

Essas três formas de expressão estão em constante elo mostrando-se profícua para elaboração de tesouros lexicais por fornecerem bases seguras tanto para o estabelecimento das relações, como para a determinação de um termo verbal. Ao contrário dos tradicionais dicionários de língua nos quais se parte de uma palavra para saber os significados que ela pode ter, nos *tesouros* parte-se de um significado, de uma ideia, para se chegarem às palavras que melhor a representam, como um esquema de classificação; seu valor consiste em ser uma estrutura de conceitos relacionados entre si (Campos, 2001).

IV – METODOLOGIA.

MÉTODO

Para o desenvolvimento desta pesquisa optou-se por um estudo de caráter exploratório, descritivo, cujo método foi qualitativo, por melhor traduzir a percepção da assistência e do conforto na perspectiva do doente, considerando que não se pode ignorar a interdependência significativa entre o objetivo e o subjetivo, entre o mundo real e o individual.

Retomando ao objeto de estudo desta pesquisa que trata do conceito de conforto na perspectiva de usuários em observação por mais de 24hs em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Minayo 2013 afirma que todo conceito é historicamente construído e para que se mensure a dimensão do seu alcance ou para reformulá-los, nas ciências sociais, é necessária uma análise crítica de sua origem e de seu percurso, entender seu sentido histórico e sociológico de sua definição bem como as combinações que ela produz.

A pesquisa qualitativa vem responder a questões muito particulares, dentro das Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, *et al.*, 2002, p.21). Entretanto, para aumentar ainda mais o rigor dos dados obtidos utilizou-se a análise lexicográfica o que permitiu determinar quantitativamente a ocorrência de palavras com a

frequência absoluta, porcentual, χ^2 e grau de significância ou P(significância) que foram obtidos a partir do processamento das respostas dos questionários pelo software Iramuteq 7.2.

Deste modo, esta modalidade de estudo visa esclarecer situações e a desencadear uma tomada de consciência aos problemas vivenciados pelo pesquisador no que se refere, tanto as causas geradoras quanto aos meios de resolvê-las, pois a saúde e a doença possuem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, atribuindo lhes conceitos à condição humana. Segundo Silva (2008, p.42):

“A pesquisa qualitativa na área de saúde oferece ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pela qual os sujeitos-objeto dessa investigação pensam e reagem frente a situações de cuidar e ser cuidado, – confortar e ser confortado -, possibilitando que as pessoas envolvidas nesse contexto se manifestem a partir de sentimentos, valores, crenças, e atitudes. Esse conhecimento possibilita ao pesquisador planejar ações que valorizem o ser que está incluído, ou, por detrás da pesquisa, pois se consegue, pelos dados coletados, conhecer em melhor a experiência vivida de forma única e singular por cada sujeito incluído no objeto de estudo.”

Neste estudo conhecer as histórias, anseios, expectativas e as necessidades do paciente e principalmente seu modo de ver o *(des)conforto* permitirão aclarar as ações de assistências e o conceito de conforto sob a perspectiva de usuários em observação em Unidades de Pronto Atendimento.

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Na pesquisa qualitativa o instrumento da coleta de dados deve desdobrar-se e aprofundar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes que contemplem a abrangência das informações esperadas. Para este estudo optou-se pela modalidade de entrevista semiestruturada que assegura a abordagem das teorias e pressupostos durante as entrevistas tendo o cuidado de explorar as relevâncias trazidas pelos entrevistados no cenário, com isso o instrumento foi composto por cinco partes.

Na primeira, busca-se o perfil sócio epidemiológico desses usuários que fizeram parte do estudo. Na segunda, constam perguntas abertas que abordaram a perspectiva de conforto dos usuários em observação por mais de 24hs na sala amarela adulto das UPAs investigadas. A partir da terceira parte os tipos de conforto e contextos abordados no questionário, foram detalhadamente explicados aos usuários conforme apêndice II, os dados coletados foram tratados à luz de Kolcaba.

A terceira parte aborda os tipos de conforto experienciado pelos usuários bem como uma avaliação da sua percepção e do seu grau de importância para o conforto.

Para o grau de percepção do conforto, trabalhou-se subjetivamente com uma escala simplificada de valores tal como: 0 (zero) não se aplica, 1 nada confortável, 2 pouco confortável, 3 mais ou menos confortável, 4 muito confortável e 5 totalmente confortável. Para o grau de importância trabalhou-se com a escala: MI- muito importante, I- importante, PI- pouco importante, ID- indiferente.

Na quarta parte foram abordados os contextos de conforto propostos por Katharine Kolcaba, sendo eles: físico, psico-espiritual, ambiental e social. Para cada contexto os pacientes atribuíam um valor que confere com 0 (zero) não se aplica, 1 nada confortável, 2 pouco confortável, 3- mais ou menos confortável, 4- muito confortável e 5 totalmente confortável.

Na quinta e última parte do instrumento de coleta foram listadas sete palavras que remetem ao contexto de conforto conforme pesquisas anterior e solicitada à seleção de três palavras pelos participantes da pesquisa.

AMOSTRAGEM

Na escolha da amostragem, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e muito mais com o aprofundamento da pesquisa, sua amplitude e a diversidade no processo de compreensão, segundo (Minayo 2013).

A amostra será um subconjunto da população acessível incluída neste estudo, especificada nas características clínicas, demográficas e temporais, conforme instrumento de pesquisa.

Seu critério, portanto, não é numérico com delimitação de pessoas entrevistadas, dimensão e delimitação do espaço embora se façam importante sua justificativa, considera-se uma amostra qualitativa ideal a que reflete a totalidade e dimensão do objeto de estudo. “Em pesquisa clínica, a amostra do estudo é frequentemente composta por indivíduos que atendem aos critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador. Por essa razão recebe o nome de amostragem de conveniência” Huller (2001).

Os sujeitos dessa pesquisa foram pacientes lúcidos com mais de 24hs de observação na Sala Amarela Adulto das Unidades de Pronto Atendimento. Num primeiro momento optou-se por uma amostra de 40 pacientes, sendo finalizada com 36 participantes, devido às dificuldades encontradas por parte dos usuários que se recusaram a participar. Durante a coleta, o grau de dificuldade enfrentado foi em relação à baixa escolaridade dos participantes, o não interesse em responder ou de darem respostas curtas a fim de finalizar o mais rápido possível a entrevista.

Todo o processo de obtenção dos dados seguiu a Resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa que envolva seres humanos; buscando atender aos princípios de bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e da justiça. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado somente após explicações detalhadas sobre o estudo proposto e em concordância com o participante, neste caso sujeito da pesquisa. CAAE N° 30925214.6.0000.5285.

A coleta de dados teve início somente após aprovação do comitê de ética em pesquisa e das referidas Unidades de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Os dados foram obtidos em oito UPAs cada qual em uma região administrativa diferente: Copacabana, Botafogo, Tijuca, Marechal Hermes, Ricardo de Albuquerque, Realengo, Bangu e Mesquita; de 27 de outubro de 2014 a 02 de dezembro de 2014.

O AMBIENTE

O ambiente do estudo confere com oito Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da rede pública no Estado do Rio de Janeiro, escolhidas aleatoriamente em regiões diferentes e perfis diversificados de usuários; estas unidades possuem livre demanda e porta de entrada aberta 24hs por dia, tanto para atendimento em consultório/hipodermia quanto para internação em leito de observação.

A equipe atuante dentro da sala tem um número fixo de funcionários, um médico, uma enfermeira e três técnicos de enfermagem, todos contratados por regime de CLT pelas empresas que prestam serviço ao Governo do Estado as Organizações Sociais (OS).

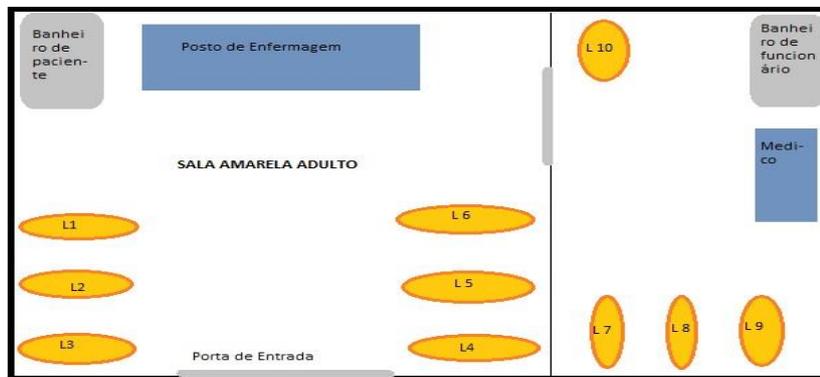
Os diagnósticos dos pacientes são bem diversificados, o que exige da equipe de enfermagem conhecimento científico, tecnológico e observação do processo de cuidar para seu melhor gerenciamento.

Um das causas mais comuns que demandam o atendimento nestas unidades são: pico hipertensivo, infarto agudo do miocárdio, infecções, edema agudo, abdômen agudo, crise convulsiva, glicemias descompensadas, rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória .

O setor de Observação na Sala Amarela Adulto é composto por 10 leitos, todos com grades, saída de oxigênio, ar comprimido e vácuo. Três leitos possuem monitores multiparâmetros (frequência cardíaca pressão arterial não invasiva, frequência respiratória e saturação de oxigênio) e bombas infusoras de precisão. Segue, abaixo, um esquema referente à sala amarela de observação adulta que é o padrão utilizado nas UPAs do Rio de Janeiro de

porte II, o desenho original da planta consta no Anexo II, sendo utilizada como exemplo a unidade de Realengo.

Figura 05: Sala Amarela Adulto UPA.



Desenho esquemático de uma sala amarela adulto de observação em unidade de pronto atendimento UPA 24h porte II - 10 leitos.

Fonte: Próprio autor; PEREIRA, 2016.

V – TRATAMENTOS DOS DADOS.

5.1 – ANÁLISE DE CONTEÚDO.

Originado de uma longa prática de abordagens de textos de forma interpretativa, a análise de conteúdo se destaca a partir do século XX pela preocupação com recursos metodológicos que validem suas descobertas, sua principal pretensão na verdade é vislumbrar a possibilidade de fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado de um texto ou de um conjunto de textos ao invés de uma tabela com valores. Portanto, nesta investigação a análise de conteúdo se encaixa perfeitamente na metodologia proposta para pesquisa qualitativa, pois, permite uma análise eficaz e objetiva das informações obtidas a partir do relato dos participantes.

Na teoria de Bardin sobre análise de conteúdo depreende-se que a prática da interpretação revela um processo hermenêutico, que estabelece toda e qualquer compreensão e interpretação de manifestação linguística, chegando assim ao principal objetivo desde método no seguinte aspecto; o que o pesquisador julga ver na mensagem está efetivamente contida nela, podendo esta visão pessoal ser compartilhada por todos.

A técnica visa à inferência através da identificação e descrição objetiva e sistemática de características específicas nas mensagens, "estes saberes deduzidos dos conteúdos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica ou econômica", afirma Bardin (1977).

A fim de tornar replicáveis e validar conhecimentos de dados (quantitativos ou não) de um contexto que envolve procedimentos especializados, a inferência nada, mas é que uma operação intelectual na qual se passa de uma verdade a outra, "o interesse não reside na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (classificados) relativamente a outras coisas" Bardin (1977).

A Análise de Conteúdo pode ser usada para analisar em profundidade cada expressão específica de uma pessoa ou grupo envolvido em um debate permitindo observar motivos de satisfação, insatisfação ou opiniões subentendidas, natureza de problemas, entre outras. É um método de observação indireto, já que a expressão verbal ou escrita do sujeito é que será analisada possibilitando explorar as entrelinhas das respostas. O pesquisador utiliza-se das mensagens já preparadas para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimento sobre o emissor ou sobre seu meio pesquisado.

Neste sentido diferencia-se análise Léxica de análise de Conteúdo, onde a primeira começa pela organização completa do vocabulário utilizado, mais do que palavras consiste em averiguar ou medir a dimensão das respostas, o léxico é então por definição, a lista de todas as formas gráficas utilizadas. E a segunda consiste em uma leitura aprofundada de cada resposta onde se decodificando cada uma obtém-se uma ideia sobre o todo.

"Se a descrição (enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem explícita e controlada de uma à outra" segundo Bardin (1977).

Alguns conceitos dão sustentação ao desenvolvimento da análise de conteúdo e permitem instrumentalizá-los como objetividade; sistematicidade; unidades de registro; unidades de contexto; construção de categorias; análise categorial; condições de produção e a já citada inferência.

Durante a interpretação do material deste estudo utilizou-se a técnica conforme Bardin, dividida nas seguintes etapas:

- ❖ Pré-análise: descrição analítica ou definição do *corpus*, transformação sistemática dos dados em unidades nos permitindo uma descrição das características do conteúdo. Este *corpus* foi preparado de acordo com as exigências do Iramuteq versão 7.2, codificado de acordo com as variáveis e digitado em bloco de notas.

- ❖ Análise categorial: codificação, enumeração ou quantificação simples de frequência ou análise fatorial com representação em gráficos e diagramas, gerando classificação dos diferentes elementos.

Para estar em conformidade com o Iramuteq 7.2 procedeu-se as seguintes decodificações das variáveis: sujeitos participantes da pesquisa (suj_1 até suj_36), sexo (sex_1= masculino e sex_2=feminino), idade (ida_1=18 a 39anos, ida_2=40 a 59anos, ida_3> ou = 60anos), escolaridade (esc_1=1ºgrau, esc_2=2ºgrau, esc_3=3ºgrau), dias de internação (int_1= 1 a 2 dias, int_2= 3 a 5 dias, int_3> ou = 6 dias). Exemplo: **** *suj_1 *sex_1 *ida_1 *esc_1 *int_2.

- ❖ Inferência: nesta etapa ocorre a dedução de maneira lógica, descrição e análise das diferentes classes encontradas pelo software, estabelecendo de maneira consciente uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas, sociológicas, ambiental e física. Fazendo sempre uma correlação com os tipos e contextos de conforto de Kolcaba.
- ❖ Interpretação: possibilita retornar ao referencial teórico, buscando embasar a análise dando sentido a interpretação. Visto que a interpretação pautada em inferências busca o que está subentendido no significado das palavras para um enunciado mais aprofundado dos discursos.

Dentro da análise de conteúdo desta pesquisa, apresenta-se de forma relevante a matriz lexical e sua categorização. Nesta operação os elementos da matriz lexical são separados ou reagrupados em razão dos caracteres comuns destes elementos por critérios semânticos, léxicos, sintáticos ou expressivos. Ver Apêndice IV.

5.2- O SOFTWARE.

O Iramuteq é um software gratuito que foi desenvolvido de acordo com a lógica *open source* e está licenciado pela General Public Licence (GPLv2). Seu fundamento estatístico ancora-se no software R e na linguagem Python.

Este software possibilita diferentes tipos de análises de dados textuais, dos mais simples como no caso da lexicografia básica (frequência de palavras), até a realização de análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente - CHD e Análise de Similitude), além de organizar sistematicamente a distribuição do vocabulário com representação gráfica em forma de árvore e nuvem de palavras.

O processamento da análise lexical no Iramuteq tem início na identificação e reformatação das unidades de textos, que transformam as unidades de Contextos Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE). Em seguida, a quantidade de palavras é mensurada o que possibilita a identificação da frequência média entre as palavras, destacando a quantidade de palavras que não se repete os Hapax; realiza a pesquisa do vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes, este processo é denominado lematização, por fim, cria o dicionário de formas reduzidas identificando formas ativas e suplementares.

Quando realiza análise de especificidades o Iramuteq é capaz de associar diretamente os textos do banco de dados com as variáveis pré-determinadas pelo seu usuário, assim, é possível analisar a produção textual em função dessas variáveis. Esta análise configura-se análise de contrastes em que o *corpus* é dividido em função da variável escolhida pelo usuário. Por exemplo, é possível comparar a produção textual entre jovens e idosos em relação a determinado tema.

O método da CHD foi proposto por Reinert (1990) e utilizado pelo software Alceste que classifica seguimentos de textos em função dos seus vocabulários respectivos, sendo seu conjunto repartido com base na frequência das formas reduzidas. O objetivo desta análise é obtenção de classes de UCE, sendo cada classe composta por vocabulário semelhante entre si e ao mesmo tempo diferente das UCE de outras classes.

Partindo da CHD, o Iramuteq fornece ao usuário outra forma de apresentação dos resultados que se dá por meio de uma análise fatorial de correspondência que têm por base a CHD, este processo é chamado de Análise Pós-Fatorial, cuja representação se dá num plano cartesiano com as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD.

A Análise de Similitude está baseada na teoria dos grafos e por sua vez proporciona a identificação das coocorrências entre as palavras, cujo resultado pode indicar a conexidade entre as palavras, auxiliando assim na identificação da estrutura de um *corpus* textual, não obstante, diferencia também, as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) que são identificadas na análise (Marchand e Ratinaud, 2012).

A representação em nuvem de palavras se dá pelo agrupamento e organização lexical em função da frequência dessas palavras, trata-se de uma análise lexical mais simples, entretanto, com uma ilustração gráfica que permite com facilidade e rapidez a identificação das palavras-chave de um corpus.

Enquanto *corpus* textual entende-se como o conjunto de unidades de contexto inicial (UCI) que se pretende analisar, e é constituído pelo pesquisador. Cada conjunto de entrevistas a que a análise foi aplicada será um texto.

VI – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.

6.1 – ANÁLISE ESTATÍSTICA TEXTUAL.

No resumo inicial o *software* analisou e dividiu o *corpus* em 36 textos, 1721 ocorrências, 465 formas, 201 hapax, sendo este 11.68% das ocorrências em 54.62% das formas – hápax, que são as palavras apresentadas nos textos somente uma vez. A média de ocorrências por texto de 47.81.

Foram utilizadas as 1721 palavras, incluindo os hapax na aplicação da Lei de Zipf (1940) pelo Iramuteq, que determina a relação entre a ordem de série de uma palavra em ordem de frequência, possibilitando identificar aquelas de alta e baixa frequência.

Na primeira lei de Zipf, temos $R.F=C$, onde R é a ordem de série em que se encontram as palavras, F é a frequência da palavra e C a constante, (dados disponíveis na Tabela, figura 06). Estudando a 2ª Lei de Zipf, referente às palavras de baixa frequência pode-se aplicar a fórmula derivada por W.Goffman que indica aproximadamente as ordens de série nas quais se devem encontrar as palavras significativas de um texto, ou seja, “o ponto de transição de Goffam”.

As palavras apresentadas pelo software foram agrupadas em conjunto conforme frequência de apresentação e ordenadas de maneira decrescente em uma tabela (série r); começando pelas palavras com maior frequência (f). Estas são apresentadas na ordem de série 1, as que aparecem em segundo maior número de ocorrência, receberam a ordem de série 2,5 e assim sucessivamente.

A ordem de série de duas ou mais palavras diferentes com a mesma frequência, procedeu-se a ordem de mm , a partir da divisão da soma de suas ordens de série, pelo número de palavras a elas correspondente. Exemplo: a ordem de série 2,5 da tabela foi obtida, somando-se os números 2 e 3 (ordens de série) e dividindo o resultado por 2 (número de palavras). O número da ordem de série seguinte será aquele que não foi envolvido na soma.

A fim de se obter a constante e para verificar a conformidade com a primeira Lei de Zipf, foi calculado o produto da ordem de série *versus* a frequência de palavras. A segunda Lei de Zipf estudada e modificada por Booth (1967) foi utilizada para demonstrar se ocorre ou não a constante com as palavras de baixa frequência. A equação utilizada foi: $I_n / I_1 = 2 / n(n+1)$, onde I_n é o número de palavras que ocorre n vezes, I_1 qualquer palavra que ocorra uma única vez. O número 2 representa uma constante válida para língua inglesa, segundo Booth; validade que pode ou não se manter para outras línguas.

Esta equação foi utilizada para as constantes de I_2 a I_5 , e seus resultados foram sucessivamente 67, 33.5, 20.1 e 13.4; todos eles relativamente próximos de 56, 27, 17 e 9 conforme o número de palavras na frequência de 2 a 5.

Para identificar o ponto (T) de transição proposto por Goffman utilizou-se a equação $T = -1 + \sqrt{1 + 8I_1} / 2$, cujo resultado final é uma ordem de série T que indica aproximadamente as ordens nas quais se devem encontrar as palavras significativas do texto.

Onde:

T- ordem de série qualquer

8- constante fixa para qualquer idioma.

I_1 - frequência 1, correspondente à ordem de série mais alta

2- constante válida para língua inglesa

$$T = -1\sqrt{8.98 + 1} / 2$$

$$T = 14$$

Encontramos como resultado da equação $T=14$, aproximadamente tem um $R= 14,5$ que dentro dos dados da pesquisa refere-se a duas palavras *um* e *que*, sem valor semântico significativo, porém ao observamos as duas palavras acima e as duas abaixo constatamos não só o valor semântico como a zona de transição que define o tema central da análise bibliométrica, neste caso com base em Zipf (1940). Estas palavras seriam *ambiente/ hospital* e *confortável/sentir*, respectivamente. É justamente nesta zona que o conceito de conforto em unidades de pronto atendimento deverá ser considerado. As palavras poderão ser melhor visualizadas o Apêndice IV.

Figura 06: Tabela Ponto de Transição de Goffman

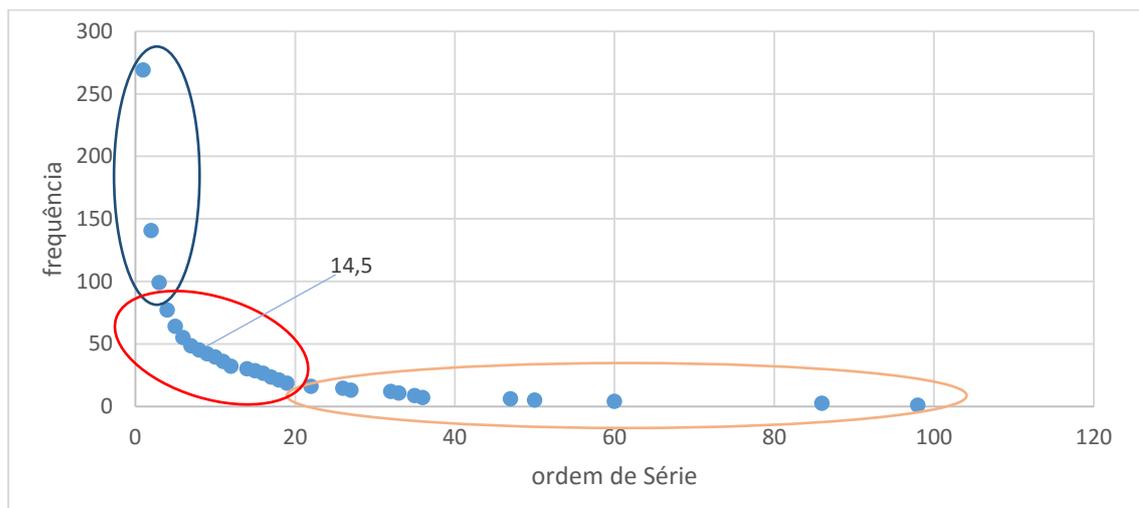
<i>N palavras</i>	<i>f</i>	<i>R</i>	<i>log (f)</i>	<i>produto total f.n palavras</i>	<i>R.f=C</i>
1	98	1	1,991226076	98	98
2	86	2,5	1,934498451	172	215
1	60	4	1,77815125	60	240
1	50	5	1,698970004	50	250
1	47	6	1,672097858	47	282
1	36	7	1,556302501	36	252
2	35	8,5	1,544068044	70	297.5
2	33	10,5	1,51851394	66	346.5
1	32	12	1,505149978	32	384
1	27	13	1,431363764	27	351
2	26	14,5	1,414973348	52	377
1	22	16	1,342422681	22	352
4	19	18,5	1,278753601	76	351.5
1	18	21	1,255272505	18	378
4	17	23,5	1,230448921	68	399.5
2	16	26,5	1,204119983	32	397.5
2	15	28,5	1,176091259	30	427.5
1	14	30	1,146128036	14	420

3	12	32	1,079181246	36	384
5	11	36	1,041392685	55	396
2	10	39,5	1	20	395
3	9	42	0,954242509	27	378
3	8	45	0,903089987	24	360
4	7	48,5	0,84509804	28	339.5
9	6	55	0,77815125	54	330
9	5	64	0,698970004	45	320
17	4	77	0,602059991	68	308
27	3	99	0,477121255	81	297
56	2	140,5	0,301029996	112	209
201	1	269	0	201	269
				Total = 1721	

Fonte: Dados de Pesquisa; PEREIRA, 2016.

Na interface dos resultados pode-se visualizar também o diagrama de Zipf abaixo, que ilustra a distribuição da frequência das palavras no *corpus versus o rang*.

Figura 07: Gráfico Diagrama de Zipf



Fonte: Dados de Pesquisa; PEREIRA, 2016.

6.2 – CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD).

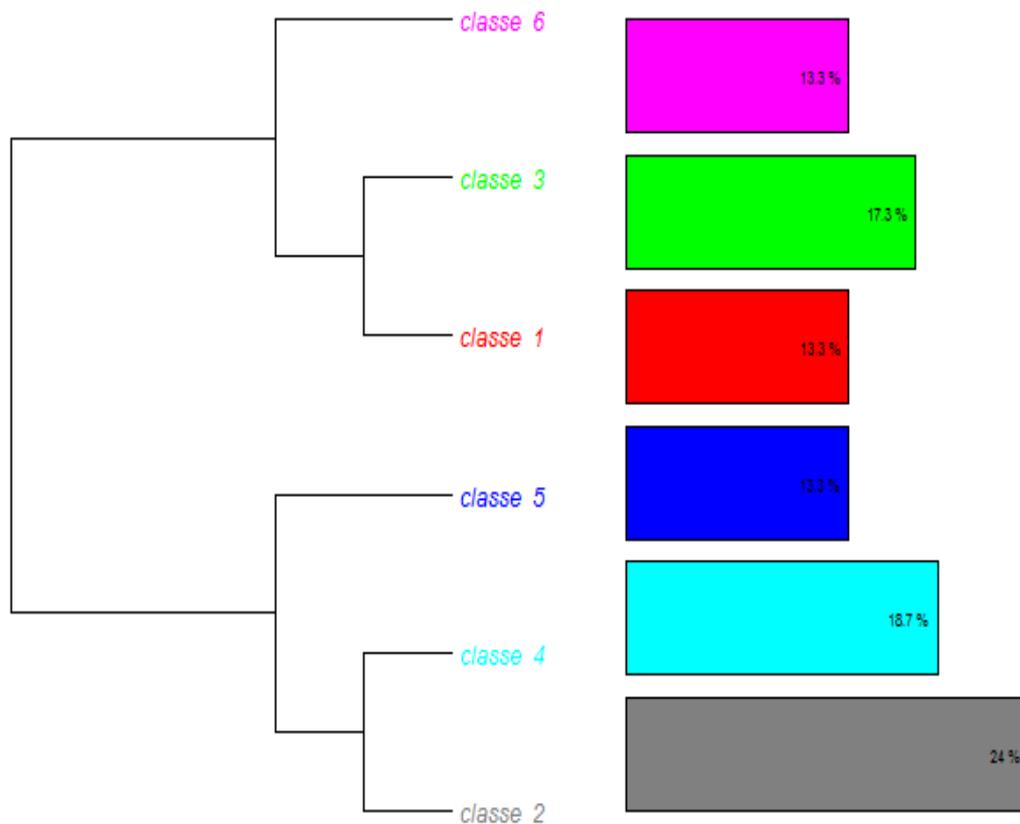
Aqui, a análise hierárquica descendente nos possibilita três escolhas diferentes junto ao Iramuteq; Double SUR SRT - não utilizada geralmente pelo baixo aproveitamento do corpus; Simple SUR ST - recomendado para análise de segmentos de texto com respostas mais longas e o Simple SUR Textes - que realiza a análise considerando os textos sem dividi-los em segmentos de texto, recomendado para respostas mais curtas, utilizado nesta pesquisa.

Nesta parte da descrição dos resultados analisados pelo software as principais características encontradas foram:

- ❖ Números de textos – 36
- ❖ Números de segmentos de textos: 104
- ❖ Números de formas: 465
- ❖ Números de ocorrências: 1721
- ❖ Números de formas ativas: 301
- ❖ Números de formas distintas: 41
- ❖ Números de formas ativas presentes em uma frequência $\geq 3:72$
- ❖ Retenção de segmentos: 75 segmentos classificados de 104 (72.12%)

Na CHD o software também nos possibilitou a divisão final das classes representada graficamente por um Dendograma⁵ de leitura da esquerda para direita e a identificação lexical contida em cada uma das classes.

Figura 08: Dendograma I da CHD

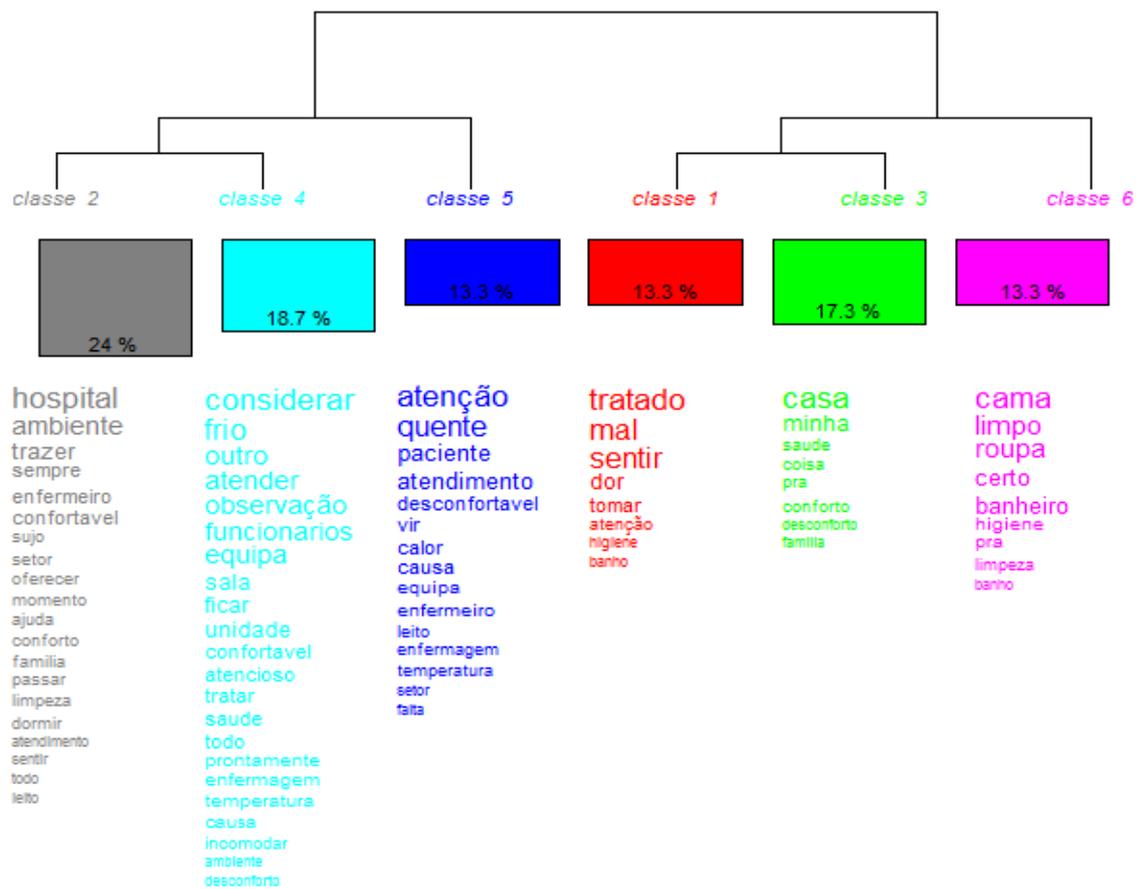


Fonte: software Iramuteq 7.2

⁵ Representação diagramática ramificada da inter-relação de um grupo de itens que participam de alguns fatores comuns (Tutorial Iramuteq)

A leitura do Dendograma é feita da esquerda pra direita conforme a afinidade entre as classes; primeiro o software divide a amostra em dois grupos, destes dois grupos surgem três classes em cada um delas e dentro destes subgrupos podemos perceber que ele aproxima ainda mais os vocábulos entre as classes. Tornando clara a afinidade entre elas, a classe 2 e 4 por exemplo e seu distanciamento da classe 6. A descrição de cada classe pode ser melhor observada no capítulo seguinte, referente interpretação dos resultados.

Figura 09: Dendograma II da CHD



Fonte: software Iramuteq 7.2

Ao analisar os perfis propostos pelo *Iramuteq* suas classes são agrupadas conforme variáveis que são: o *Type*- classe gramatical das palavras; o *chi2*- X^2 de associação da palavra com a classe; *P*- identifica o nível de significância da associação da palavra com a classe; a *Porcentagem*- porcentagem de ocorrências da palavra nos segmentos de textos de cada classe;

2ª Parte (Perspectiva de Conforto)

Em relação à interpretação das análises feitas pelo software Iramuteq o mesmo reteve 72.12% dos segmentos totais analisados e este percentual compôs as classes já apresentadas pelo software, verifica-se:

❖ **Classe 1:** Maioria de homem com idade entre 40 a 59 anos segundo grau completo, de 3 a 5 dias de internação na unidade; numericamente: 71,5% homem e 28,5% por mulheres; idade 85,7% na idade 2, 14% na idade 3 e 0 na idade 1; escolaridade 1 – 14%, escolaridade 2 – 57% e escolaridade 3 – 29%.

Dentro da Classe 1 o percentual obtido referente a contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelos ST foi de 13,3% com χ^2 maior para as palavras *tratado* e *mal*. Ao fazer a leitura minuciosa dos dados obtidos durante coleta percebemos a importância do tratamento oferecido pelo enfermeiro, pela cordialidade e atenção recebida durante o período de internação, sugerindo a *tranquilidade* como tipo de conforto experienciado no contexto *social*.

❖ **Classe 2:** Composta na maioria por pacientes do sexo feminino, com idade até 39 anos e mais que 60, de baixa escolaridade e máximo de 5 dias de internação; numericamente 72% mulheres e 28% homens; idade 1 e idade 3 - 43% e idade 2 - 14%; escolaridade 1 - 57%, escolaridade 2 - 43%, escolaridade 3 - 0; para dias de internação 1 e 2 - 43%, internação 3 - 14%.

Seu percentual obtido na análise de classe formada pelo ST foi de 24% com maior χ^2 para as palavras *hospital* e *ambiente* referindo conforto. Sugerindo o *alívio* como tipo de conforto no contexto *ambiental*, também após leitura dos dados num comparativo com a análise.

❖ **Classe 3:** Composta na maioria por homens com idade igual ou maior que 60 anos, de baixa escolaridade e tempo de internação na maioria de 1 a 2 dias ou mais que 6 dias; numericamente 86% homens e 14% mulheres; idade 1 – 0, idade 2 – 14% e idade 3 – 86%; escolaridade 1 – 86%, escolaridade 2- 0 e escolaridade 3 – 14%; internação 1 – 43%, internação 2 – 14% e internação 3 – 43%.

Na classe 3 o percentual obtido referente a contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelos ST foi de 17,3% com χ^2 maior para as palavras *casa* e *minha*. Após leitura minuciosa e comparativa com análise do software percebemos a importância para estes usuários em estar em casa ou se sentir como se estivesse nela, nos sugere como tipo de conforto a *tranquilidade* experienciado no contexto *psico-espiritual* e *social*.

❖ **Classe 4:** Há um equilíbrio nesta classe de pacientes homens e mulheres de idade entre 40 a 60 anos ou mais, seu perfil de escolaridade é relativamente equilibrado prevalecendo o nível superior e com maior dias de internação. Numericamente 50% de homens e 50% de mulheres; idade 1 – 0, idade 2 e idade 3 – 50%; escolaridade 1 e 2 – 25% e escolaridade 3 – 50%; internação 1 e 2 – 25% e internação 3 – 50%.

O percentual obtido na análise de classe formada pelos ST foi de 18,7% com χ^2 maior para as palavras *considerar* e *frio* referindo-se ao atendimento e a unidade. Sugerindo a *tranquilidade* como tipo de conforto no contexto *físico* e *ambiental*, experienciado por estes pacientes, também após leitura dos dados num comparativo com a análise.

❖ **Classe 5:** Esta classe também demonstra um equilíbrio entre os usuários homens e mulheres com idade de 40 a 59 anos, com primeiro e segundo grau, permanecendo internados na unidade de 3 a 5 dias. Numericamente 50% homens e 50% mulheres; idade 1 – 33%, idade 2 – 50%, idade 3 – 17%; escolaridade 1 e 2 – 50% e escolaridade 3 – 0; internação 1 – 33%, internação 2 – 50% e internação 3 – 17%.

Para percentual analisado da classe obtivemos 13,3% com χ^2 maior para as palavras *atenção* e *quente* referindo conforto ao atendimento e ao ambiente. Revelando o *alívio* como tipo de conforto no contexto *físico*.

❖ **Classe 6:** Composta na maioria por pacientes mulheres com 60 anos ou mais, de pouca escolaridade e com média de internação de 2 a 5 dias. Numericamente temos 40% homens e 60% mulheres; idade 1 – 0; idade 2 – 20 %, idade 3 – 80%; escolaridade 1 – 60%, escolaridade 2 – 40 % e escolaridade 3 – 0; internação 1 e 2 – 40 % e internação 3 – 20%.

A classe 6 obteve percentual de 13,3% referente a contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelos ST com χ^2 maior para as palavras *cama* e *limpo*. Após leitura comparativa com a análise do software percebemos o conforto referido na *tranquilidade* experienciado no contexto *ambiental* ligado diretamente ao mobiliário e higiene.

Figura 13: Classes da CHD

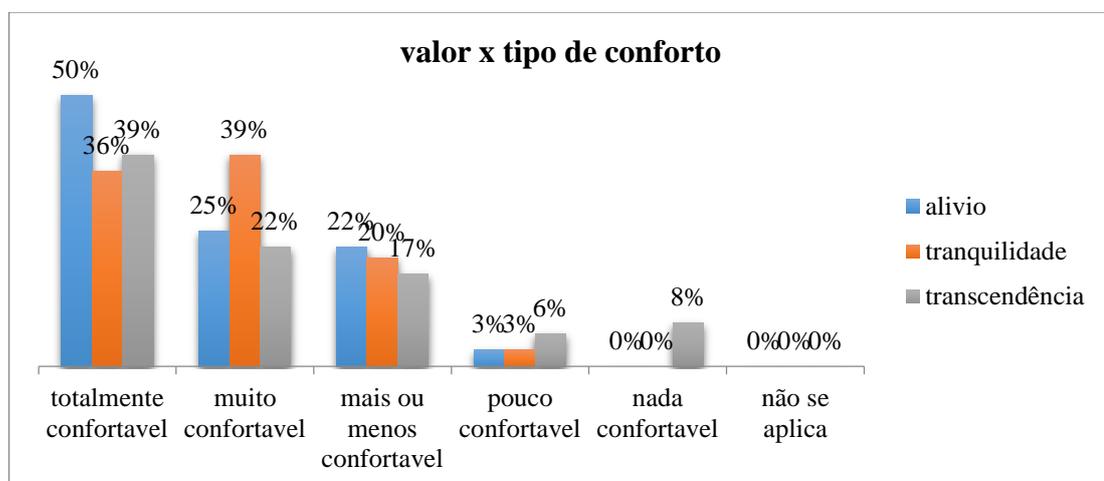
CHD	Retenção de ST	Palavras de Chi ² >	Tipo de conforto X Contexto de Conforto
Classe 1	13,30%	Tratado e mal	Tranquilidade x Social
Classe 2	24%	Hospital e ambiente	Alívio x Ambiental
Classe 3	17,30%	Casa e minha	Tranquilidade x Psico-espiritual e social
Classe 4	18,70%	Considerar e frio	Tranquilidade x Física e Ambiental
Classe 5	13,30%	Atenção e quente	Alívio x Físico
Classe 6	13,30%	Cama e limpo	Tranquilidade x Ambiental

Fonte: Iramuteq 7.2 e dados de pesquisa. PEREIRA, 2016.

3ª Parte (Tipos de Conforto – alívio, tranquilidade e transcendência)

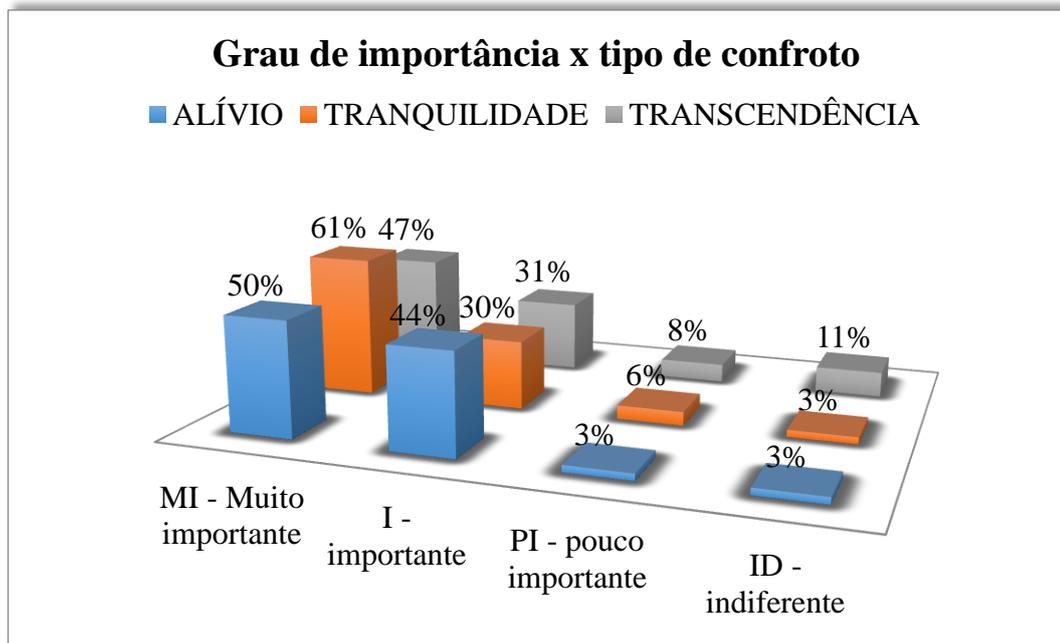
Nesta etapa da entrevista foi solicitado que os sujeitos atribuíssem valor de zero a cinco conforme sua prioridade aos tipos de conforto, lembrando que (0 – não se aplica, 1- nada confortável, 2- pouco confortável, 3- mais ou menos confortável, 4- muito confortável e 5- totalmente confortável) e um grau de importância a cada um deles (MI- muito importante; I- importante, PI- pouco importante, ID- indiferente). Como eles não tinham que escolher entre um tipo de conforto ou outro, após análise minuciosa de cada sujeito, observou-se uma valorização dos três tipos de conforto podendo ser observado nos gráficos abaixo; lembrando que os sujeitos poderiam abster-se de alguma resposta.

Figura 14: Gráfico valor x tipo de conforto.



Fonte: dados de pesquisa, PEREIRA, 2016.

Figura 15: Gráfico Grau de importância x tipo de conforto.



Fonte: dados de pesquisa, PEREIRA, 2016.

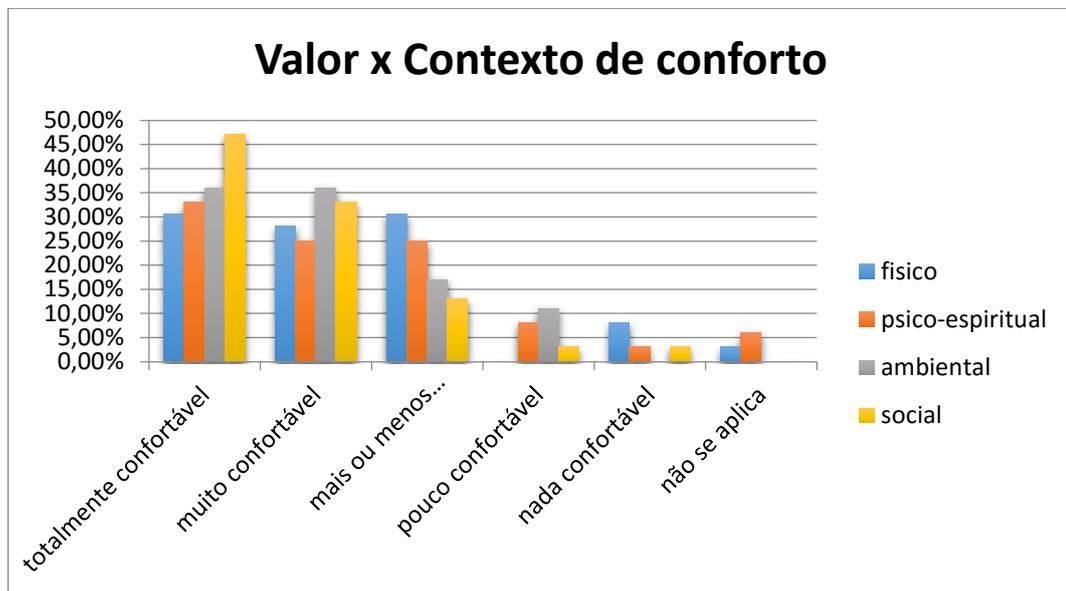
4ª Parte (Contextos de Conforto – Físico, Psico-espiritual, Ambiental e Social)

Nesta fase da entrevista foram avaliados os diferentes contextos onde o conforto pode ser experienciado. Foi solicitado aos usuários que dessem valor de 0 a 5 a cada um deles, (lembrando que 0 – não se aplica, 1 – nada confortável, 2 – pouco confortável, 3 – mais ou menos confortável, 4 – muito confortável, 5 – totalmente confortável). Mais uma vez observa-se a importância dada aos quatro contextos de conforto com destaque maior para o contexto social.

Aqui há uma diferença entre o contexto de maior destaque apresentado após análise do software e após valor atribuído pelos usuários. O que não ocorreu na terceira parte, houve destaque para os mesmos tipos de conforto (alívio e tranquilidade) em ambas as análises.

Porém, podemos considerar que essa diferença do contexto ambiental apresentado pelo programa e o social dado pelo valor atribuído pelo usuário seja discreta tendo em vista que os sujeitos da pesquisa valorizaram de alguma maneira todos os tipos e contextos de conforto, julgando-os importantes de um modo geral.

Figura 16: Gráfico Valor x Contexto de Conforto.



Fonte: dados de pesquisa, PEREIRA, 2016.

5ª Parte (Prioridade dada às palavras que representam conforto)

Na última etapa da entrevista foram oferecidas sete palavras que representem *conforto* aos usuários, palavras estas retiradas de dados de pesquisas anteriores e trazendo para esta Dissertação referência aos dados obtidos na Tese de Doutorado de Silva (2008).

Os sujeitos da pesquisa escolheram três palavras que melhor predicam o referente *conforto* dentre as sete listadas. Fazendo um *ranking* de pontuação entre as palavras mais escolhidas pelos usuários, observamos as maiores pontuações para *profissionais capacitadas*; *harmonia e tranquilidade*; e *bem-estar*.

Os léxicos apresentados corroboram qualitativamente com os resultados apresentados na Tese de Silva (2008), onde 55% da amostra de sujeitos / pacientes entrevistados predicam conforto como “*bem-estar*”; 33% “*sentir-se bem*”; e 12% para “*ambiente adequado e profissional capacitado*”.

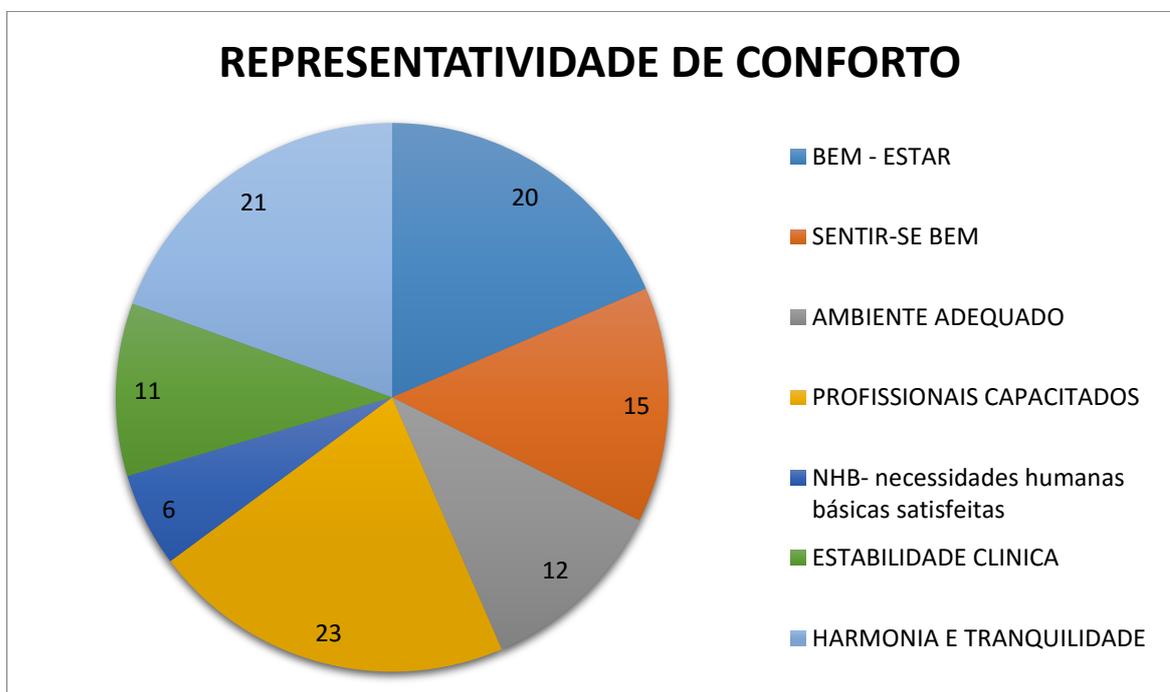
Apesar da variabilidade predicativa emitida pelos usuários em ambas as pesquisas, percebemos o conforto juntamente com “*alívio, tranquilidade e a calma*”, quando apontamos o bem-estar como predicado.

Nesta pesquisa não foi investigado a predicação para conforto frente aos profissionais de saúde. Em sua Tese Silva (2008) também observa “*bem-estar*” para 61% da amostra de

enfermeiras entrevistadas, destacando o mesmo predicado para pesquisa anterior a Silva, referente ao conceito de conforto.

Observamos então que para as Enfermeiras o conforto parece ser uma unidade única com uma relação direta a tudo aquilo que possa ser a ausência de condições de desconforto e que julgam indesejáveis aos usuários. A equipe de saúde apesar de preocupar-se com o “bem-estar” psicológico, físico e social, tem um olhar focado na condição clínica e em tudo aquilo que leve ao equilíbrio e a manutenção da homeostase do usuário. Segue abaixo:

Figura 17: Gráfico Representatividade de Conforto



Fonte: dados de pesquisa, PEREIRA, 2016.

Concluimos nesta etapa da coleta dos dados que a sensação de segurança se faz presente quando apontam para “profissionais capacitados”, característica bastante relevante neste estudo. Embora haja semelhança nos predicados apontados, o Ambiente de uma Unidade de Pronto Atendimento gera insegurança; incerteza e ansiedade, tendo em vista seu perfil de urgência e emergência.

E é frente a este cenário que o usuário da UPA irá encontrar maior conforto e segurança junto aos profissionais capacitados.

VIII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

CATEGORIA I – O CONFORTO RESULTANTE DO AMBIENTE E ESPAÇO VIVIDO.

Conforto, portanto, é de fato consolo, e isto não restringe se não abre o campo do conforto ambiental, a ponto de impor-lhe a interdisciplinaridade como única alternativa de sobrevivência. Espero que o conforto não seja somente ideia e se concretize nos ambientes, dando-lhes sentido. (Schmid 2005, p.329)

Início esta discussão buscando o significado que o espaço tem na vida do ser humano; não se trata do espaço matemático e geometrizado no conceito da ciência, que aprendemos conceber de maneira abstrata, homogênea e isotrópica. Trata-se da noção de espaço vivenciado, sentido por nosso corpo e percebido por nossa mente. O espaço vivenciado é rico e complexo ao mesmo tempo, Bollnow (2008).

Discutir conforto no ambiente construído pode tornar-se limitador se não forem observados os diferentes aspectos que compõe o conforto e que se interligam; para o autor o espaço vivenciado transcende o espaço geométrico e toma qualidades sentimentais e humanas.

Outro autor que fala da “produção do espaço” é Henri Lefebvre (1974), destacando o espaço social e sua interferência no modo de produção, ou seja, a espacialidade se altera de acordo com as sociedades. Entendemos que o conceito de espaço contempla não somente a espacialidade geográfica, mas sim os aspectos mentais, culturais, sociais e os históricos. Cabendo ressaltar o carácter espacial da existência humana, isto é, o espaço experimentado e vivido pela existência humana.

Assim entender o significado de conforto no ambiente construído e espaço vivido é o principal objetivo desta categoria; a evolução do conceito de conforto vai além do estudo na área da saúde, perpassa pela Arquitetura e Engenharia, buscando aspectos subjetivos na satisfação do ser humano. São muitos os estudos de outras Áreas que se preocupam com o conceito e a percepção do conforto representado pelo usuário em diferentes ambientes. E para formular tais conceitos é unanime que as ciências observem os contextos onde o conforto pode ser experienciado a fim de melhorar a qualidade de um serviço ou produto.

Do mesmo modo que Kolcaba, Schmid (2005) descreve os quatro tipos de contextos e recorre ao campo da saúde para melhor descrever como os sentidos interferem na percepção do conforto, concluindo que houve uma evolução do conceito, “a realização do conforto

ocorre através de diferentes contextos Schmid (2005)”.

A fim de verificarmos o primeiro objetivo, os tipos de conforto e contextos mais afetados pelos usuários da UPA na perspectiva de Kolcaba bem como sua forma verbal denotativa nesta categoria, identificamos primeiro as classes que a compõe: CLASSE 2, CLASSE 4 e CLASSE 5 (visualizado no Dendograma 1 e 2 da CHD, figura: 8 e 9). A partir das análises apresentadas anteriormente e interpretação dos resultados, observamos como o meio vivido pelo usuário e as sensações físicas experimentadas por eles interferem no conceito de conforto desta categoria.

Torna-se claro a valorização do ambiente hospitalar e toda sua construção histórica referente à higiene, organização, temperatura, silêncio e a tranquilidade que o ambiente hospitalar deve transmitir. O conforto físico diretamente ligado ao espaço geométrico e vivido pelo usuário além do alívio percebido nas sensações corporais.

Para estes pacientes, outra construção histórica também nos torna visível, a da função da Enfermeira e seu papel tranquilizador como função nata no exercício do cuidar. Por tanto, evidenciamos nosso segundo objetivo, a forma verbal **Ambiente** como denotativa do referente conforto.

Listo abaixo os atributos dos contextos e tipos de conforto identificados respectivamente, e exemplos de algumas falas dos sujeitos evidenciando tais características:

- ❖ Físico e Ambiental: Garantem o conforto do ponto de vista da integridade humana, estão ligados às necessidades físicas dos mecanismos corporais e metabólicos; à ideia de alívio frente ao desconforto, em consequência de sensações de dor ligadas intuitivamente a exposição direta ao ambiente natural e ao perigo. Para cada variável ambiental (luz, temperatura, luminosidade, acústica, odores, cores, mobília) há características específicas ligadas as sensações humanas.
- ❖ Alívio e Tranquilidade: Garantia de conforto quando a necessidade imediata do doente é prontamente descoberta e satisfeita pela enfermeira, na preservação do equilíbrio emocional e fisiológico. As falas em destaque deixam evidentes as teorias de enfermagem abordadas no capítulo três por *Florence, Orlando, Henderson e Carvalho* ao enfatizar a relação enfermeira / paciente / ambiente (vivenciado pelo usuário).

Suj 1: “limpeza cama confortável e ambiente legal” , “está muito quente muito desconfortável por causa do calor”.

Suj 2: “Hospital limpo”; “hospital sujo”; “está muito quente muito desconfortável por causa do calor duas noites sem dormir quando a equipe demora para o atendimento seria melhor se a equipe e a enfermeira interagissem mais conosco a temperatura tem que estar confortável”

Suj 3: *“porque aqui todas as equipes são ótimas me tratam bem desde que cheguei a equipe de enfermagem me trata bem e me atende prontamente a estrutura física é boa nada no momento me deixa insatisfeita”*

Suj 5: *“peguei vinculo me afeiçoei com os pacientes e com os profissionais ser ajudada pela enfermeira a subir no leito só me incomodou os choros das crianças na madrugada anterior poder me relacionar com quem está no ambiente no setor e com a equipe de enfermagem”.*

Suj 15: *“sentir se bem em um lugar”; “não me sentir bem em um lugar”; “ambiente agradável cama confortável quando a enfermeira ajuda a reposicionar no leito para dormir isto me traz conforto, acho o hospital bom”.*

Suj 16: *“um ambiente de hospital bom”; “não considero o hospital confortável por causa da equipe de trabalho alguns funcionários são bons outros não, a temperatura está muito fria prejudicada pelo refrigerador”.*

Suj 17: *“conforto pra mim é ser bem tratada”; “desconforto pra mim é ser mal tratada”; “considero o hospital confortável em alguns momentos e outros não na maioria das vezes o ambiente me traz conforto”.*

Suj 21: *“dentro do possível considero o hospital confortável em comparação ao serviço de saúde ruim oferecido pelo país é uma unidade boa e organizada aqui a temperatura é muito fria”.*

CATEGORIA II – A CASA COMO ESPAÇO COTIDIANO DE CONFORTO.

“Lar é qualquer espaço que consiga tornar mais consistente e disponível para nós as verdades importantes que o mundo mais amplo ignora, ou que nosso eu distraído e indeciso tem dificuldades de manter”. (Botton, 2007, p.121)

Todo espaço verdadeiramente habitado traz consigo a essência da noção de casa. Intuitivamente a mente humana trabalha a imaginação para construir “paredes” e reconfortar-se com a ilusão de proteção.

Quando pensarmos no “homem primitivo” e no desconforto proporcionado pela hostilidade ambiental tomando como exemplo as tempestades; extremos de temperatura; inimigos e doenças; conseqüentemente pensaremos na construção de um abrigo e observaremos a segurança como um atributo primordial para se vivenciar o conforto. Para Bachelard (1978), na *Poética do Espaço* a casa tem antes de tudo a função de abrigar e proteger, levando o homem ao seu próprio recolhimento. Em sua positividade a casa

efetivamente “vivida” é preenchida de pensamentos e sonhos, o verdadeiro “bem-estar” no lar possui um passado e uma história.

O homem necessita de um lugar (referência) no qual se sinta enraizado no espaço e pertença a ele, criando facilmente a ideia de conforto no Lar, que difere do modo como é sentido em outros lugares. Na casa espera-se encontrar “calor”, conforto e proteção; e a verdadeira casa habitada exige a família como coadjuvante.

Quando consideramos os atributos primordiais para que o usuário vivencie o conforto no espaço cotidiano da casa, além da *segurança e proteção* evidenciamos outros dois a *tranquilidade e paz*: o lar é território destinado ao aconchego, à paz interior, onde deixamos fora dele os aborrecimentos, dores e preocupações; e a *privacidade e o relacionamento familiar*: composto por cada sujeito fazendo a base sólida da coletividade, o convívio interno em que cada sujeito necessita de um momento íntimo ou compartilhado intimamente. Assim para Bachelard,

“O espaço compreendido pela imaginação não pode ficar sendo o espaço indiferente abandonado à medida e reflexão do geômetra. É vivido. E é vivido não em sua positividade, mas com todas as parciaisidades da imaginação. Em particular, quase sempre ele atrai. Concentra o ser no interior dos limites que o protegem.” Bachelard, (1978).

A casa pode ser considerada, de certo modo, parte do corpo ou extensão dele, onde o homem se identifica e se corresponde com o espaço circundante maior (exterior). Entendemos que a ligação íntima do usuário com a casa se mostra não somente na impressão que ele transmite ao ambiente (seu espaço de habitação), mas quando retroage sobre ele em igual intensidade e é determinado pelo espaço circundante, Schmid (2005).

Consequentemente revela-se nesta categoria as CLASSES 1, 3 e 6 também visualizadas no Dendograma 1 e 2 da CHD, figuras: 8 e 9 . Caracterizando assim a *tranquilidade* como tipo de conforto mais afetado no contexto *psico-espiritual e social*.

Para o usuário desta categoria o conforto vai além do ambiente hospitalar, este vivencia e experimenta o conforto no espaço cotidiano da casa, e tudo que a ele possa estar interligado, a relação familiar e o amparo do lar.

Kolcaba descreve a tranquilidade como estado de calma e contentamento, buscando Henderson como fonte teórica de apoio, observaram também os princípios fisiológicos e psicológicos no conceito de sua teoria. O equilíbrio emocional é inseparável do equilíbrio fisiológico, uma vez que uma emoção reflete-se diretamente no estado das células.

A tranquilidade emocional fica notória nas falas dos sujeitos em exemplos apresentados abaixo; assim como o contexto social caracterizado no relacionamento

interpessoal (família e equipe de saúde).

Suj 3: *“ter e estar na minha casa com a minha costura e o meu dinheiro”; “ver os meus filhos mal e minha família”; “em relação a tudo na vida trabalho dinheiro família e saúde”.*

Suj 4: *“conforto pra mim é estar em casa e com saúde”; “estar em um lugar que não me deem condição de me sentir bem”; “é desconfortável a demora para fazer o exame do coração que ainda não realizei”; bem tratada e cuidada, limpeza roupa de cama trocada na hora certa e limpa sempre que necessito”; “a maneira como entrei grave doente com infarto e fui atendida rápido e acredito que os profissionais estão aqui para passar o amor e para nos tratar”; “ambiente bom”.*

Suj 11: *“conforto é viver bem com boa situação financeira, poder comprar alguma coisa para minha família”; “não ter uma cama confortável pra dormir”.*

Suj 13: *“estar no conforto da minha casa em um local onde passo mal e sou bem tratada”; “é minha primeira vez internada a equipe do hospital é legal”.*

Suj 18: *“conforto pra mim é comodidade, receber carinho e amor, é quando uma pessoa trata a outra mal”; “considero o ambiente do hospital confortável porque a equipe toda é maravilhosa estava com falta de ar e a enfermagem instalou oxigênio, se o paciente não tiver fê ele não tem nada”; “ambiente do hospital é excelente não deixa a desejar em nada relação a outros hospitais”.*

Suj 30: *“conforto pra mim é estar na minha casa, na minha cama e cuidar das minhas plantas. Não gosto de barulho e som alto isso é desconfortável.” “Considero o ambiente da sala de observação do hospital confortável, pois me tratam bem quando solicito as coisas sou atendida prontamente e sou bem tratada.”.*

Suj 31: *“conforto é ter meu cantinho e estar em casa ter minha família perto de mim me traz muito conforto”; “desconforto é não ter um canto pra ficar e não poder ser cuidada em minha casa”.*

IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente é importante lembrar que, na presente pesquisa, tivemos como objetivo geral construir um conceito de conforto a partir de usuários em observação por mais de 24hs em Unidade de Pronto Atendimento à luz de Kolcaba e como objetivos específicos: Identificar os contextos e tipos de conforto mais afetados pelos usuários da UPA na perspectiva de Kolcaba; descrever a forma verbal denotativa do referente conforto e categorizar a matriz lexical da palavra conforto compreendida pelo usuário da UPA à luz de Zipf.

Com base nas categorias emergentes a partir das respostas dos 36 sujeitos de pesquisa, cumpre-nos adiantar que os objetivos foram alcançados. A abordagem metodológica atendeu plenamente ao objeto proposto, bem como aos seus objetivos, pois permitiu que os sujeitos respondessem livremente ao instrumento de pesquisa acerca do assunto proposto.

O mesmo aconteceu com os referenciais teóricos utilizados; a Teoria do Conceito proposta por Ingetraut Dahlberg onde foi possível formular enunciados a respeito do referente; a soma total dos enunciados verdadeiros sobre o *conforto* exposto pelos usuários nos permitiu conceitua-lo e a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba fundamentando os tipos e contextos de conforto, mostrou-se necessária ao afirmar que para existir conforto (zona de conforto de Kolcaba) é obrigatório também que exista primeiro o desconforto (zona de desconforto de Kolcaba).

A totalidade dos resultados foi analisada exaustivamente, culminando como *termo* ou *forma verbal denotativa* do referente conforto e categorização lexical à luz de Zipf – “**Ambiente**”. Nosso terceiro objetivo foi o mais desafiador para nossa análise, entretanto vislumbramos- o no momento em que encontramos o ponto de transição de Goffman na Análise Estatística Textual.

Portanto, nesta dissertação, o conceito foi considerado uma construção mental sobre o referente e suas experiências vividas. Que resultou em duas categorias: I- O conforto resultante do ambiente e espaço vivido e II- A casa como espaço cotidiano de conforto.

“Conforto é estar em harmonia e tranquilidade com o ambiente, seguida pela sensação de alívio experimentada no corpo físico – proporcionada pelo cuidado de enfermagem (qualificado)”.

Deste modo, ressalta-se que em ambas as categorias, os sujeitos de pesquisa creditam

ao *ambiente* a maior justificativa quando o assunto é des(conforto). Identificamos que os usuários convergem para um mesmo discurso de que o ambiente (fatores ambientais) é fundamental para que o conforto possa ser oferecido e mantido no mesmo.

A esse respeito Florence Nightingale à sua época já tratava da Teoria Ambientalista, mostrando-se comprometida com as condições físicas nas quais os cuidados de enfermagem eram oferecidos aos pacientes. E muito a frente do seu tempo preocupava-se com o micro e macro ambiente, identificando fatores externos e sociais que influenciavam e ou interferiam na saúde dos seus pacientes.

Assim, destacar o cuidado de enfermagem e o conforto, desde Florence, perpassando por Orlando (1972); Watson (1973), Leininger (1991); Henderson (1966); Paterson e Zderad (1976); entre outros autores até chegar a Kolcaba (2002) com a Teoria do Conforto só destaca o conceito de recorrência epistemológica proposta por Bachelard (1978), uma vez que as teóricas se utilizam de pressupostos, conceitos e proposições aplicadas anteriormente.

Desta maneira reforçamos a importância da dissertação em questão, quando compreendemos que a “experiência” científica contra diz o senso comum. A essência do pensamento científico caracteriza-se pela perspectiva de erros retificados, feitos de observações justapostas e experimentações. Esta dissertação não se caracteriza como experiência primeira quando buscamos o conceito de conforto na perspectiva de pacientes, porém mostra-se totalmente nova quanto ao ambiente pesquisado e mostrou-se totalmente satisfatória na replicação do estudo, no que diz respeito à verificação e comprovação das teorias de enfermagem e assim “fazer-ciência” em enfermagem.

Finalizo o estudo com destaque de que ambas as categorias desta dissertação referem conforto contido no ambiente (objetivamente ou subjetivamente), seja no espaço hospitalar ou na referência de outro ambiente que possa lhe trazer conforto, neste caso a casa.

Assim, as condições do ambiente são determinantes para manutenção do conforto e satisfação das necessidades humanas; isso porque, o ambiente não pode ser visto isoladamente como espaço físico, sua relação com o espaço e a existência humana interfere diretamente um sobre o outro.

Mostra-se imperioso o “cuidado” de enfermagem e a geração e manutenção do conforto ao usuário até a alta hospitalar, seja UPA ou qualquer outro estabelecimento de saúde, por que quando falamos de cuidado de enfermagem, estamos nos referindo ao trabalho do profissional e a relação interpessoal com o usuário.

Entretanto, o foco da enfermeira pode nem sempre ser direcionado para gerar um ambiente confortável e terapêutico; mas sim um ambiente seguro do ponto de vista físico e

relacionado aos processos de enfermagem, o que nem sempre poderá significar a intenção de proporcionar um ambiente confortável. Consideramos que dentro de uma urgência / emergência o ambiente exige mais atenção que leve a uma prática segura.

Reconhecemos que o conforto só pode perpetuar na manutenção contínua e na observação das necessidades do usuário, sejam elas imediatas ou referentes ao ambiente. Sendo assim geradora de alívio e tranquilidade no corpo físico e no espaço vivido pela maioria deles.

Pela importância da investigação e atuação na Enfermagem Fundamental, compreendemos que esta experiência pode ser replicada, aumentando o número de respondentes, assim como o número de ambientes hospitalares. Neste sentido, vislumbramos perspectivas de continuidade da investigação, em plano de doutorado.

X- REFERÊNCIAS

APÓSTOLO, João Luís Alves. **O conforto nas teorias de enfermagem _ análise do conceito e significados teóricos**. Revista Referência, II série – nº 9 – Mar.2009, disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2009/9-6167.php> acesso em 20 de agosto de 2013.

ALLIGOOD, Martha Raile e TOMEY, Anna Marriner. **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures, Portugal. Lusociência, 2004.

BACHELARD, G. **Os Pensadores (A filosofia do não; o novo espírito científico; a poética do espaço)**. São Paulo, ed: Abril Cultural, 1978.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal, Edições 70, 1977.

BAUER, MV e GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conforto Ambiental em estabelecimentos assistenciais de saúde / ANVS**, Brasília, 2014.

BRASIL, MS/CNS. **Resolução nº 466**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02/09/2013

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 30/08/2013.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8142.htm. Acesso em 30/08/2013.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em 30/08/2013.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**, Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em 30/08/2013.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003** – Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro – SAMU 192. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 1010 de 21 de maio de 2012**, Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em 24/05/2015.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 1600 de 07 de julho de 2011**, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 24/05/2015.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 1601 de 07 de julho de 2011**, Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em 28/08/2013.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002**, Regulamento Técnico do sistema Estadual das urgências e emergências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em 31/08/2015.

BRASIL, MS. Secretaria de Assistência a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanizadas. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** – Brasília; Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizadas_2004.pdf. Acesso em 20/05/2015.

BRASIL, MS. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência a Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à saúde NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2ª edição revisada – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/noas_2002.pdf. acesso em 02/11/2014.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 342 de 04 de março de 2013**, Redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em 19/03/2014.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 104 de 15 de janeiro de 2014**, Altera a Portaria, nº 342/GM/MS, de 04 de março de 2013 que redefina as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html. Acesso em 03/11/2014.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 2648 de 07 de novembro de 2011**, Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2648_07_11_2011.html. Acesso em 02/11/2014.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 1.566, de 13 de julho de 2009**, Habilita Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1566_13_07_2009.html. Acesso em 24/05/2015.

BRASIL, GM/MS. **Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009**, Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009_comp.html. Acesso em 24/05/2015.

BOLLNOW, O.F. **O Homem e o Espaço**. Curitiba, ed URPR, 2008.

CAMARGO, B.V; JESUINO, J.C; MOREIRA, A.S.P e NÓBREGA, S.M. **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa, Paraíba, Editora Universitária- UFPB, 2005.

CAMARGO, B.V e JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do Software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>, acesso em: 14/10/2014.

CAMPOS, Maria Luiza de Almeida. **Linguagem documentária: teorias que fundamentam sua elaboração** – Niterói; RJ: EDUFF, 2011.

DAHLBERG, Ingetraut. **Teoria da Classificação, ontem e hoje.** Mainz Universit – Alemanha. Disponível em: http://www.conexaorio.com/bit/dahlbergteoria/dahlberg_teoriam.htm. Acesso em 01/09/2013.

DAHLBERG, Ingetraut. **Teoria do Conceito.** International Classification, Verlag Dokumentation, München, Alemanha. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/viewFile/1680/1286>. Acesso em: 01/09/2013.

FIGUEIREDO, N. M. A e MACHADO, W. A. **Corpo e Saúde: Condutas clínicas de cuidar.** 1ª ed. Rio de Janeiro, Águia Dourada, 2009.

FRANCO, R.F e STRATEN, C.J.V. **O espaço de habitação e sua importância para a produção de subjetividade.** Psicologia em revista, Belo Horizonte, v.18, n 3, 2012.

FREITAS, Kátia Santana. **Construção e validação de escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde,** 196 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, Salvador, 2011.

HULLEY, S. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 4ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2001.

KOLCABA, K. **The comfort line [online].** Disponível: <http://www.uakron.edu/comfort>, acesso em 02/09/2013.

KOLCABA, K. **Comfort Line.** Disponível: <http://www.thecomfortline.com>, acesso em 02/09/2013.

KOLCABA, Katharine. **Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research / Katharine Kolcaba** – Springer Publishing Company, New York, 2003.

LIMA, E. e SILVA, M. **Comportamento bibliométrico da língua portuguesa, como veículo de representação da informação.** IBBD e EBD da FEFIEG. Rio de Janeiro, 2 (2), 99-138, 1973.

LUME, J. **O homem e o espaço urbano.** Revista Portuguesa de Psicossomática, vol. 1. N° 2, Porto – Portugal, 1999.

MARCHAND, P e RATINAUD, P. **L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuels: les primaries socialistes pour l'élection présidentielle français.** Universidae de Toulouse, França 2011. Disponível em <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>, acesso em 23/07/2015.

MARTINS, V.P. **A humanização e o ambiente físico hospitalar**. Anais do I congresso da ABDEH – IV seminário de engenharia clínica, 2004.

MINAYO, M.C.S; DESLANDE,S.F; CRUZ,O.N; GOMES,R. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 21º ed. Rio de Janeiro, Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo, Hucitec, 2013.

NASCIMENTO, A. R. A e MENANDRO, P. R. **Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v.6, n.2, a.07, p.72. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>. Acesso em 09/01/2015.

OLIVEIRA, Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves. **Qualidades essenciais da Enfermeira para prestação de cuidados de conforto a criança em ventilação mecânica invasiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2013.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. REINERT, M. Alcest, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval.

PROENÇA, Maria Cristina Oliveira. **A cidade e o Habitar no pensamento de Henri Lefebvre**. Dissertação Mestrado – Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2011.

PUC, Rio. **Bibliometria e representação do conhecimento como instrumentos para avaliação da produção científica**. Disponível em: http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/24453/24453_3.PDF. Acesso em 23/07/2015.

SCHIMID, A. **A ideia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído**. Curitiba, ed.: Pacto Ambiental, 2005.

SILVA, Carlos Roberto Lyra. **O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar** - Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2008. xi, 185p. Teses (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

SILVA, H.S e Santos, M. C. de O. **O significado do conforto no ambiente residencial**. Caderno Proarqn18. Rio de janeiro, 2014.

APÊNDICE I
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1ª - Parte (**PERFIL**):

Unidade: _____

Nome: _____

Diagnostico: _____

Dias de internação: _____

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ anos

Bairro onde mora: _____

Escolaridade: 1º grau () ; 2º grau () ; 3º grau () ; pós graduação ()

2ª – Parte (**PERSPECTIVA DE CONFORTO**):

a- O que é conforto pra você? Exemplifique:

b- O que é desconforto par você? Exemplifique:

c- O Srº ou a Srª considera o ambiente da sala amarela de observação adulta confortável?
() sim () não. Exemplifique:

3ª– Parte (**TIPOS DE CONFORTO - ALIVIO, TRANQUILIDADE E TRANSCENDENCIA**):

Quanto aos tipos de conforto listados abaixo. Estabeleça um valor de 0 a 5, conforme sua prioridade. 0 - Não se aplica, 1- nada confortável 2- pouco confortável, 3- mais ou menos confortável, 4- muito confortável, 5- totalmente confortável. E dê um grau de importância a cada um deles. MI- muito importante; I- importante; PI- pouco importante; ID- indiferente.

a-Quando se sente **aliviado**

valor ()

grau de importância ()

Exemplo: "apos a administração de um analgésico, a dor diminui."

b-Quando se sente mais **tranquilo**

Valor ()

Grau de importância ()

Exemplo:“quando após a administração de uma medicação, a dor permanece, mas você recebe atenção dos profissionais e sente-se mais tranquila.

c-Quando *supera / vence um problema ou sofrimento (transcendência)*

Valor ()

Grau de importância ()

Exemplo: "sinto-me mal com dor, não recebi medicamento ainda e nem a atenção necessária mas quando olho para outro paciente e percebo que a situação dele é mais grave que a minha (pior), suporte, supero minha dor".

4ª- Parte (**CONTEXTOS NOS QUAIS O CONFORTO É EXPERIMENTADO**):

Marque as opções, dando valores respectivos ao conforto experimentado e diga como a enfermeira está relacionada no processo ou na sua escolha. 0- Não se aplica, 1- nada confortável 2- pouco confortável, 3- mais ou menos confortável, 4- muito confortável, 5- totalmente confortável.

Físico (sensações do corpo)

Exemplifique:

Psico- social (consciência de si / autoestima / equilíbrio emocional / religião)

Exemplifique:

Ambiental (meio / condições externas: temperatura, luz, ambiente, estrutura, mobiliário)

Exemplifique:

Social (relações interpessoais, equipe, família, amigos)

Exemplifique:

5ª- Parte. Das palavras listadas abaixo , escolha 3 obedecendo níveis de prioridade 1ª, 2ª e 3ª que representa conforto para você?

BEM – ESTAR ()

SENTIR-SE BEM ()

AMBIENTE ADEQUADO ()

PROFISSIONAIS CAPACITADOS ()

NHB – necessidades humanas basicas satisfeitas ()

ESTABILIDADE CLINICA ()

HARMONIA / TRANQUILIDADE ()

APÊNDICE II

PARTE EXPLICATIVA	
DEFINIÇÕES E CONCEITOS DE CONFORTO CONFORME KOLCABA	
TIPOS	
ALÍVIO:	"a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica"
TRANQUILIDADE:	"o estado de calma ou contentamento"
TRANSCENDÊNCIA:	"A condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento"
CONTEXTOS	
FÍSICO:	"pertence a sensação do corpo"
PSICO-ESPIRITUAL:	"pertence à consciência interna de si próprio, incluindo a auto estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; e fé.
AMBIENTAL:	"pertencente ao meio, às condições e influências externas"
SOCIAL:	"pertencentes as relações interpessoais, familiares e sociais".

Fonte "Teóricas de Enfermagem e a sua obra", ed: Lusociencia 2004 – Adaptado de Katharine Kolcaba, cap 24.

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “O Conceito de Conforto na perspectiva de usuários em unidade de pronto atendimento (UPA 24h): proposição de uma escala de conforto para pacientes adultos em observação”.

OBJETIVO DO ESTUDO: Os objetivos deste projeto são: 1- construir um conceito de conforto na perspectiva de usuários da UPA, 2- Identificar os contextos e tipos de conforto mais afetados para usuários da UPA na perspectiva de Kolcaba, 3- identificar a forma verbal denotativa do referente conforto, 4 – Propor uma escala para medir conforto em usuários da UPA adultos em observação por mais de 24hs.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para fomentar as pesquisas relacionadas ao “conceito de conforto” e assim contribuir com a assistência de enfermagem prestada. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua assistência em saúde oferecida pela unidade.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora ou menos, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

INSTRUMENTO DE COLETA: Todas as entrevistas serão preenchidas por um instrumento de coleta pelo paciente e auxiliado por mim a coletora, terão um número de identificação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a contribuir com a assistência de enfermagem prestada, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada em Unidades de Pronto Atendimento UPA 24h. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem sendo a aluna Aline de Almeida Pereira a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Carlos Roberto Lyra da Silva. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Aline de Almeida Pereira no telefone (21) 96917-9997, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento

para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome:

Endereço:

Telefone:

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE IV
LISTA DE PALAVRAS

PALAVRA	f	PALAVRA	f	PALAVRA	f	PALAVRA	f	PALAVRA	f	PALAVRA	f	PALAVRA	f	PALAVRA	f
Ser	98	Temperatura	6	Esta	3	Deixar	2	abafado	1	financeiro	1	viver	1	vestido	1
E	86	Sempre	6	Demorar	3	Cuidar	2	acertar	1	fisicamente	1	you	1	vida	1
De	86	Profissional	6	Dar	3	Cuidado	2	acessa	1	fisico	1	vontade	1	vincular	1
O	50	Nada	6	Coisa	3	Conversar	2	acesso	1	fortalecer	1	ouvir	1	visita	1
Em	47	Incomodar	6	Certo	3	Coberto	2	achar	1	fé	1	oxigenio	1	visitar	1
Me	36	Dor	6	calor	3	Claridade	2	acompanhante	1	gemer	1	pai	1	subir	1
Não	35	Desconfortável	6	banho	3	chegar	2	acreditar	1	gostar	1	passo	1	suficiente	1
Conforto	35	causa	6	banheiro	3	carinho	2	adorar	1	gosto	1	paz	1	sujeira	1
Estar	33	tudo	5	algum	3	canto	2	adulto	1	grave	1	pegar	1	superlotação	1
Bem	33	todo	5	ajuda	3	barulho	2	afeiçoei	1	horário	1	penumbra	1	tamanho	1
Ambiente	32	se	5	adequado	3	auxiliar	2	agente	1	humorado	1	perto	1	te	1
Hospital	27	ou	5	veem	2	auto	2	ainda	1	igual	1	pesado	1	tema conforto	1
Um	26	Observação	5	vez	2	amor	2	alcance	1	importante	1	planta	1	tirar	1
Que	26	meu	5	Tranquilo	2	alto	2	aliviar	1	infarto	1	plantão	1	total	1
Confortável	22	leito	5	Trabalho	2	alguma	2	amigo	1	insatisfeito	1	posição	1	totalmente	1
Sentir	19	Funcionários	5	Trabalhar	2	ajudar	2	andar	1	instalar	1	possível	1	tranquilidade	1
Minha	19	Ficar	5	Televisão	2	agradável	2	anterior	1	interagir	1	possuir	1	tranquilizar	1
Desconforto	19	Ver	4	só	2	dentro	1	a partir	1	internar	1	posto	1	tratado	1
Com	19	unidade	4	solicitar	2	descascar	1	ar	1	internação	1	precisar	1	troca	1
por	18	tratado	4	serviço	2	descaso	1	armário	1	intolerante	1	preciso	1	trocar	1
tratar	17	sujo	4	sair	2	desejar	1	até	1	irritar	1	prejudicado	1		
ter	17	sem	4	ruim	2	desempregado	1	brigentas	1	isto	1	preocupação	1		
quando	17	roupa	4	remediar	2	desnecessários	1	cabível	1	junto	1	presente	1		
pra	17	porque	4	religião	2	desprezo	1	cabo	1	lhe	1	primeiro	1		
mim	16	pessoa	4	relação	2	dever	1	cadeira	1	liberado	1	privacidade	1		
bom	16	passar	4	refrigerar	2	direto	1	capacitar	1	luz	1	proibido	1		
muito	15	mais	4	reclamar	2	dizer	1	cardíaco	1	lá	1	pronto	1		
equipa	15	lugar	4	pessoal	2	doente	1	chateado	1	madrugada	1	pronto	1		
enfermeiro	14	limpeza	4	nem	2	dois	1	chato	1	maioria	1	proximidade	1		
para	12	ir	4	muita	2	educação	1	choro	1	maneira	1	psicologicamente	1		
cama	12	frio	4	melhor	2	ele	1	clima	1	manter	1	podéssemos	1		
atendimento	12	fazer	4	mau	2	elétrico	1	colocar	1	maravilhoso	1	quem	1		
uma	11	dormir	4	mas	2	emocional	1	comigo	1	marido	1	rapidamente	1		
saúde	11	aquí	4	local	2	encontrar	1	como	1	médicos	1	rápido	1		
mal	11	vir	3	levar	2	enquanto	1	comodidade	1	melhora	1	realizar	1		
limpo	11	tratamento	3	legal	2	entrar	1	comparação	1	mesmo	1	refeição	1		

família	11	tomar	3	lado	2	entre	1	comprar	1	mobiliário	1	refrigerador	1			
sala	10	setor	3	isso	2	equipamen- to	1	condição	1	mobilizar	1	relacionar	1			
considerar	10	receber	3	hora	2	espaço	1	confiança	1	monitor	1	relaxar	1			
poder	9	quente	3	haver	2	especial	1	conosco	1	mês	1	reposicionar	1			
casa	9	pronta- mente	3	geral	2	esposo	1	conseguir	1	necessários	1	saudável	1			
atencioso	9	pouco	3	filho	2	estimular	1	coração	1	necessitar	1	seis	1			
trazer	8	oferecer	3	estrutura	2	exame	1	corrupção	1	noite	1	seu	1			
paciente	8	momen- to	3	estimar	2	excelente	1	costura	1	olho	1	situação	1			
atender	8	medicar	3	emergên- cia	2	existir	1	criança	1	onde	1	sobre	1			
pois	7	hospita- lar	3	doença	2	expor	1	curto	1	organizado	1	socorro	1			
outro	7	higiene	3	dinheiro	2	falar	1	debilitado	1	organizar	1	sofrimento	1			
enfermagem	7	física	3	dia	2	familiar	1	declarar	1	ótimas	1	som	1			
atenção	7	falta	3	deem	2	fim	1	dedicar	1	ótimo	1	sua	1			
		eu	3	desde	2	deitar	1	deitar	1	ótimos	1					

Fonte: Software Iramuteq 7.2

ANEXO I

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Unidades Próprias

CARTA DE ANUÊNCIA

A Superintendência de Unidades Próprias da Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro através da Coordenação Geral das UPA's tem ciência do projeto de pesquisa intitulado: **“O Conceito de Conforto na perspectiva de usuários em unidade de pronto atendimento (UPA 24h): Construção e proposição de uma escala de conforto para pacientes adultos em observação”**, vinculada ao curso de pós Graduação **Strictu Sensu**, Mestrado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, a ser desenvolvida pela mestranda Aline de Almeida Pereira orientada pelo Prof. Dr Carlos Roberto Lyra da Silva, e pela presente carta de anuência **AUTORIZA** a coleta de dados nas Unidades de Pronto Atendimento-UPA 24h sob gestão desta secretária.

Rio de Janeiro, 24 de abril de 2014.

Elson Santos de Oliveira
Coordenador Geral das UPAS
Id Funcional 43988067

De acordo,

Dra. VALÉRIA MOLL
Superintendente de Unidades Próprias
ID Funcional 30581869

ANEXO II



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: O CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24h): CONSTRUÇÃO E PROPOSIÇÃO DE UMA ESCALA DE CONFORTO PARA PACIENTES ADULTOS EM OBSERVAÇÃO		2. Número de Participantes da Pesquisa: 40	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: ALINE DE ALMEIDA PEREIRA			
6. CPF: 084.114.997-66	7. Endereço (Rua, n.º): DE SANTA CRUZ 833 REALENGO BL 05 - 705 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 21710231		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (21) 9863-0983	10. Outro Telefone:	11. Email: aline_dealmeida@yahoo.com.br
12. Cargo: <i>Enfermeira</i>			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>24</u> , <u>04</u> , <u>2014</u>		<i>Aline de Almeida Pereira</i> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	14. CNPJ: 34.023.077/0001-07	15. Unidade/Órgão:	
16. Telefone: (21) 1542-7771	17. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <i>Carlos Roberto</i>	CPF: <u>012189147-00</u>		
Cargo/Função: <i>Coordenador de curso</i>	<i>Carlos Roberto</i> Assinatura		
Data: <u>29</u> <u>04</u> , <u>2014</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		Prof. Dr. Carlos Roberto L. da Silva DEF/EEAP/UNIRIO COREN-RJ 102114 SIAPE 012248582	

ANEXO III PLANTA BAIXA UNIDADE PORTE II

