UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO EM ENFERMAGEM

THAÍSA LOPES LOUZADA VIDAL

CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE CLIENTES E ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

Rio de Janeiro
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO EM ENFERMAGEM

THAISA LOPES LOUZADA VIDAL

CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE CLIENTES E ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

Dissertação apresentada a banca de defesa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador:
Profº Drº Carlos Roberto Lyra da Silva.

Rio de Janeiro
2015

Vidal, Thaisa Lopes Louzada.
V649 Construção de um conceito de conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros em unidade de terapia intensiva oncológica / Thaisa Lopes Louzada Vidal, 2015.
106 f. ; il. color. ;30 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva.

1. Enfermagem. 2. Cuidados de conforto. 3. Unidade de Terapia Intensiva. 4. Oncologia. 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

THAÍSA LOPES LOUZADA VIDAL

CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE CLIENTES E ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

Dissertação apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro - UNIRIO, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em, 11 de junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA

_____

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

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado
Primeiro examinador (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Segundo examinador (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof. Dr. Cristiano Bertolossi Marta
Suplente (Faculdade de Enfermagem – UERJ)

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

AGRADECIMENTO

Concluir uma dissertação de mestrado foi mais um dos objetivos da minha vida profissional que consegui realizar, mesmo diante dos percalços advindos do dia-a-dia, que muitas das vezes se tornaram obstáculos a serem articulados para alcançar mais esta fase, que vejo como um grande mérito, pois quando ama o que se faz, busca-se alternativas para intensificar ainda mais " o fazer melhor". E partindo daí, surgem os meus agradecimentos:

Em primeiro lugar, à Deus, pelo simples e magnífico fato, de poder viver.

À minha mãe, pelo amor absoluto e pela FORÇA profissional em cada conquista minha realizada.

Ao meu pai e meus irmãos, pelo carinho e o apoio familiar incondicional.

Ao Daniel, pelo amor e admiração depositados, pela paciência e compreensão por todos os dias da minha ausência e das minhas inquietações.

Às minhas amigas do INCA, Fernanda, Karen, Tahnne, e Aretha, por compartilhar da sabedoria e do ombro amigo nos momentos de desespero, e a todos os outros que também fizeram parte nos momentos das trocas de plantões que me oportunizaram de conseguir chegar até aqui.

Ao meu querido orientador Carlos Roberto, pelo qual tenho grande admiração, à oportunidade de realização de um sonho profissional, e pela possibilidade de me fazer amar ainda mais a Enfermagem.

Aos professores doutores: Daniel Aragão, Nébia Figueiredo, Cristiano Bertolossi, pela participação em minha banca de defesa, pela competência e disposição em compartilhar experiências.

E, por fim, a todos aqueles que por um lapso não foram mencionados mais mereciam estar aqui, MUITO OBRIGADA!

“Sei que meu trabalho é uma gota no oceano,
mas sem ele, o oceano seria menor.”

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

VIDAL, Thaísa Lopes Louzada. Construção de um conceito de conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva oncológica. Orientador: Prof° Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2015.

O Objeto da dissertação trata do conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros (as) em UTI oncológica. Os objetivos foram: 1° Construir um conceito de conforto na perspectiva de enfermeiros (as) e clientes em UTI oncológica. 2° Determinar uma forma verbal do constructo de conforto a partir das falas de enfermeiros (as) e clientes em UTI oncológica. O estudo foi realizado na abordagem qualitativa, e a estratégia metodológica para a obtenção dos dados foi a aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas. O cenário confere com uma unidade de terapia intensiva oncológica de um hospital federal, da rede pública do Município do Rio de Janeiro – RJ. O referencial teórico utilizado foi, a Teoria ambientalista de Florence Nightingale, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, a fundamentação tecnológica de Elias Merhy e a Teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg. Os dados foram analisados através do software IRAMUTEQ a partir dos dados textuais originados pelas repostas às perguntas de aplicação em forma de questionário, foram transcritos para o OpenOffice 4.1.1 e salvos em arquivos com extensão codificada para UTF8. Neste estudo foi utilizada a análise lexicográfica básica com o propósito de descrever o número de palavras, número de textos e segmentos de texto que compõem o *corpus* de análise nomeado de *conforto.* Após montagem do *corpus*, foi criada através da Análise de Conteúdo de Bardin, uma categoria de análise (o conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros em unidade de terapia intensiva oncológica), de onde originou-se três subcategorias, sendo elas, o conforto como condição temporal do paciente – estar/ficar tranquilo, conforto como necessidade de cuidado, conforto como alívio da dor, traçadas através das perspectivas dos sujeitos. Conclui-se que a construção de um conceito de conforto em UTI oncológica, à luz de Dahlberh, teve como seu referente o "conforto", suas características originaram-se a partir da frequência de ocorrências de palavras, designando como forma verbal o estar/ficar tranquilo. Mesmo com as respostas aqui obtidas, o cenário do conforto é amplo e ainda exige novas reflexões, este estudo é apenas um contributo para o conhecimento, que busca a disseminação não só para a área de enfermagem, mas para todos aqueles que almejam um avanço deste tipo de cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva. Oncologia. Cuidados de Conforto.

ABSTRACT

VIDAL, Thaísa Lopes Louzada. Framing a concept of comfort in the perspective of clients and nurses in an oncologic intensive care unit. Advisor: Profº Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. UNIRIO, 2015. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2015.

The object of this essay is the comfort in the perspective of nurses and clients in the oncologic ICU. The aims are: 1st build a concept of comfort in the perspective of nurses and clients in the oncology ICU; 2nd define a verbal form of constructing comfort in the nurses and clients utterances in the oncology ICU. The study was based on a qualitative approach, and questionnaires with open and closed questions were used as a methodologic strategy. The setting was an oncologic intensive care unit in a federal hospital in Rio de Janeiro State. The theoretical references were Environmentalist theory by Florence Nightingale, the Comfort Theory by Katharine Kolcaba, the Technological Fundaments by Elias Merhy and the Concept Theory by Ingetraut Dahlberg. The data were analyzed through IRAMUTEQ software from the textual data generated by the answers to the application questions in the questionnaires, they were copied to the OpenOffice 4.1.1 and saved in archives in the codified extension to UTF8. In this study the basic lexicographic analysis was used with the aim to describe the number of words, number of texts and segments in the text that make up the corpus of analyzes named as comfort. After the corpus composition a category of analysis (the comfort in the perspective of clients and nurses in an oncologic intensive care unit) was created based on Bardin Content analysis and three subcategories were originated, the comfort as temporal condition to the patient - be calm, comfort as a need for care, comfort as a relief of pain, they were drawn by the subject perspectives. It concludes that the framing of a concept of comfort in an oncologic ICU, in the light of Dahlberh, had “comfort” as its reference, and its characteristics were based on the frequency of occurrences of words designed by the verbal form of be quiet. Even with the responses obtained here the setting of comfort is wide and demands new reflections, this study is only a contribution to knowledge, and pursuits dissemination not only to the nursing area but to all those who longs for an advance in this kind of care.

Keywords: Nursing. Intensive Care Unit. Oncology. Hospice Care.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – Introdução 09
Considerações iniciais 09
Sobre o tema e o problema 10
Objeto / Questões norteadoras 10
Objetivos 12
Justificativa e relevância 12

CAPÍTULO II – Abordagem metodológica 14
O caminho a ser percorrido 14
Para obtenção de dados 15
O tratamento de dados 16

CAPÍTULO III – Referencial teórico 19
A Enfermagem Moderna 19
A era tecnológica 20
Ao alcance do conforto 23
Um conceito construído 29

CAPÍTULO IV – Apresentação dos resultados 31
Análise dos resultados 31
Discussão das categorias 42
Subcategorias 52

CONSIDERAÇÕES FINAIS 66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 68

APÊNDICE

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Considerações iniciais

Com os avanços no campo da saúde e a necessidade do aprimoramento do cuidado, surgem a cada instante novas tecnologias com a finalidade do aperfeiçoamento do serviço e a adequação de mecanismos que visem favorecer o trabalho dos profissionais de saúde que se encontram frente ao paciente potencialmente grave. É inegável que as tecnologias tais como os equipamentos eletromédicos, mais especificamente aqueles capazes de manter o paciente potencialmente grave, ainda viável, são fundamentais, porém coadjuvantes de uma terapêutica exitosa. Porém, muitas destas tecnologias, ainda em que pese o fato de serem fundamentais para a sobrevida desta clientela, é notório que em algumas circunstâncias, podem se apresentar comprometedores quando mal utilizados, sobretudo em ambientes e cenários em que os cuidados, inclusive os de enfermagem são entendidos pela racionalidade médica como de alta complexidade.

Pensar acerca da relação do trinômio tecnologia-cuidado-conforto não é tão simples quanto possa parecer, isto porque necessitamos de referencial teórico capaz de sustentar cada um destes *referentes.* Não obstante um quarto referente é necessário para que possamos expor nosso conhecimento empírico quando cuidamos e assistimos pacientes gravemente enfermos, me refiro ao ambiente vivenciado por sujeitos que se encontram em situações diferenciadas: um sujeito que presta cuidados de enfermagem e o outro que recebe estes cuidados. Sendo assim, fundamentar o ambiente a partir de axiomas nightingalianos é imperativo para pensarmos e apreendermos este trinômio.

O interesse em investigar o tema tecnologia dura -cuidado-conforto tem sua razão ancorada e devidamente justificada na minha experiência-vivência ao longo de 6 anos ofertando cuidados de enfermagem dentro e fora do *lócus* da terapia intensiva, entretanto, mesmo estando fora deste ambiente altamente tecnificado, foi possível também cuidar de pacientes graves em ambientes cujo cenário remetia ao da terapia intensiva, ou seja, onde a permanência de pacientes altamente invadidos por tecnologias, e necessitados de outras pessoas (equipe multiprofissional) e de tecnologias para se manterem vivos exigindo

envolvimento da equipe de enfermagem em tempo integral, fizeram com que algumas reflexões ocorressem quanto ao preparo dos profissionais mais especificamente os de enfermagem diante da incorporação dos recursos tecnológicos e sua relação com o cuidado ofertado.

Diante de um modelo biomédico que prioriza a racionalidade científica em detrimento do humano, pois, sua atenção é voltada para o enfoque da doença e não para o doente, onde a cura é a meta desejada, no entanto, nem sempre alcançada. Ressalto que não é nossa intenção inferir qualquer predicativo que possa denotar menos importância deste paradigma na vida das pessoas, o que queremos é chamar a atenção para outros aspectos, a serem investigados, que vão além da cura e que estão no plano da subjetividade de profissionais e clientes envolvidos neste contexto e pouco contemplados no paradigma biomédico.

O ambiente na terapia intensiva é dotado de características físicas, que fazem com que o imaginário do sujeito, paciente e profissional de saúde, guarde íntima relação com um ambiente frio, pois, falta calor humano, um ambiente que despersonifica o individual, pois em muitos casos a pessoa é identificada por um número e uma doença, um ambiente de sofrimento físico e desconforto causado por inúmeros procedimentos invasivos, mas que em contrapartida é percebido e representado também tal como um ambiente restaurador, um ambiente em que pessoas gravemente enfermas são curadas, um ambiente em que os clientes que lá estão são ininterruptamente observados, ou seja, este ambiente também salva vidas.

Diante do que já foi apresentado, destaca-se como pressuposto, a dinâmica da oferta de cuidados de enfermagem no contexto do conforto para clientes em unidades de terapia intensiva, considerando o corpo da enfermeira como ofertante do cuidado, as tecnologias duras e o ambiente do cuidado como fundamentais para a promoção de cuidados confortantes. Daí surge a primeira questão que norteou esta proposta de investigação: como sentir-se confortável dentro de um ambiente altamente tecnificado na condição de cliente/doente? Esta questão pode ser justificada quando o que está em pauta é a (im)possibilidade de ofertar cuidados de enfermagem confortantes quando o ambiente e as tecnologias duras por si só já são capazes de provocar desconforto no corpo do cliente doente.

Assim, o objeto desta propositura confere com o Conforto na perspectiva de enfermeiros (as) e pacientes em UTI oncológica.

A preocupação com o trinômio tecnologia dura- enfermeiro (ofertante do cuidado) - ambiente procede por si tratar da investigação de um fenômeno (conforto) em um contexto de

unidade de terapia oncológica cujo objetivo primeiro é oferecer vigilância contínua com profissionais técnica e cientificamente preparados, somando-se ao suporte tecnológico para cliente/doente em condições de sobrevivência, ou seja, trata-se de uma unidade que não deveria internar cliente/doente fora de possibilidade terapêutica ou ainda, mas atualmente o conceito de fora de possibilidade de cura atual por entender que no momento atual em que se encontra.

Há de se ressaltar que o contexto confere com aquele em que os cuidados de enfermagem são oferecidos e, possivelmente resultam em conforto mantido no corpo dos clientes/doentes, quando nem sempre, a cura é a meta desejada, me refiro aos doentes oncológicos que, além dos seus medos, anseios e angústias advindo de uma internação em um ambiente aqui já predicado e representado, carrega consigo o estigma do câncer, doença esta que além da mutilação física é capaz também de "mutilar" a alma e que muito certamente poderá interferir no conforto tão almejado por estes clientes, às vezes oferecidos pelos profissionais da equipe multiprofissional, mas ainda pouco compreendido em seu aspecto conceitual. Sendo assim, outra questão que contribuiu para esta investigação é: como a equipe de enfermagem e os clientes de unidade de terapia intensiva oncológica predicam o referente conforto ao ponto de contribuírem para a construção de um conceito?

A enfermagem em sua essência aquiesce que o cuidado é sua linha de atuação, e com este pensamento segue muitas das vezes as práticas rotineiras do setor de alta complexidade deixando a potencialidade da profissão rescindir. Neste mesmo contexto, Nietsche (2000) afirma: "(...) da técnica própria aos procedimentos invasivos para uma tecnologia de enfermagem identificada com sua natureza social e científica, há um enorme vazio a ser preenchido pelo desenvolvimento dos saberes e práticas específicas".

Torna-se necessário que este, reflita e vincule os avanços a sua forma de cuidar, e empregue a tecnologia a seu favor proporcionando assim um conforto apurado ao paciente. Corroborando com esta linha de pensamento, Orlando (2001, p.163) afirma o que todos os profissionais intensivistas deveriam analisar: "(...) talvez esta nova tendência esteja a sinalizar as sensações e impressões subjetivas dos profissionais que atuam nas UTI's de que a excelência técnica, isoladamente, embora necessária, não é suficiente para alcançar a recuperação do paciente crítico, em sua plenitude biopsicossocial".

A tecnologia vem sendo expressa na ciência moderna de uma forma mais ampla, e muitos conceitos a envolvem delimitando-a ou expandindo-a, sendo ela positivada ou

negativada, entretanto a decisão de como usufruí-la é de cada um, enfatizando assim como Orlando (2008) a tecnologia é neutra, nós escolhemos a sua aplicação.

Esta pode ser classificada como: leves, leve-duras e duras, todas utilizadas diariamente em atividades rotineiras de uma Unidade de Terapia Intensiva. Rocha et al. (2008) descreve as mesmas da seguinte forma:

- ✓ Tecnologia leve, ao se tratar de acolhimento, relações e gestão de serviços;
- ✓ Tecnologia leve-dura, quando relacionadas aos saberes estruturados, como o processo de enfermagem;
- ✓ Tecnologia dura, quando envolve equipamentos tecnológicos, como máquinas ou normas estabelecidas para o setor.

Quando abordamos o termo tecnologia, nos vem em mente um arquitetônico mundo de máquinas que nos conduziriam à fantasiosa arte da cura, e este termo não se resume bem a isto, tecnologia é a soma da arte em matéria, com o conhecimento do ser humano capaz de criar ferramentas que nos possibilitem a facilitação do nosso serviço.

Portanto, buscar a construção de um conceito do conforto diante deste cenário, se torna relevante como um facilitador do cuidado almejado acerca da assistência de enfermagem, pois desmistificar o conforto, poderia auxiliar na prestação destes cuidados confortantes, refletindo inteiramente no tratamento destes pacientes.

Objetivos:

- ✓ Construir um conceito de conforto na perspectiva de enfermeiros (as) e clientes em UTI oncológica.
- ✓ Determinar uma forma verbal do constructo de conforto a partir das falas de enfermeiros (as) e clientes em UTI oncológica.

Justificativa e Relevância:

A relevância e justificativa do tema abordado parte de uma inquietação adquirida durante o processo do cuidar de um paciente de alta complexidade, pois nem sempre o que pensamos como profissionais da assistência e prestadores de cuidados são relevantes no momento de confortar um ser humano. Abordar o conforto diante de um todo que envolve o ambiente de uma UTI, como as tecnologias, uma equipe multiprofissional, e a estrutura que o denota (iluminação, temperatura, disposição dos leitos, entre outros) vai além de uma

compreensão e operacionalização de um serviço, é analisar a relevância individualizada de cada indivíduo na aplicação das diferentes vertentes do conforto. Daí emergiu a justificativa e a relevância do estudo, considerando o desenvolvimento do ambiente das unidades de terapia intensiva, as tecnologias utilizadas nestes centros, objetivando um avanço em relação ao tratamento, a busca do conforto ao paciente debilitado ao autocuidado e sua inter-relação com o cuidar em enfermagem.

Com os múltiplos progressos advindos em relação as UTI´s, o aumento na incidência do câncer na população, elevando assim a demanda de pacientes em unidades oncológicas, e na maior parte das ocasiões um número reduzido de profissionais, busca-se inquietar os profissionais de enfermagem perante ao constructo do conforto, buscando adentrá-lo à prática do cuidado em enfermagem.

Para o **ensino**, busca-se através do estudo, um impacto perante a reflexão ao referente conforto, visando variação no preparo educacional do profissional, tornando-os capazes de obter-se de habilidades voltadas ao cuidado ao paciente crítico como um todo, não apenas como um corpo físico.

Para a **pesquisa**, o atual estudo, em conjunto como os demais conceitos já predicados ao tema, visa a dispersão do constructo do conforto, buscando acrescentá-los aos conhecimentos adquiridos no decorrer da graduação e extensão, para tentativa de estabelecer uma base científica de pesquisa para contribuir a sedimentação de novas formulações para o cuidar/cuidado em enfermagem.

CAPÍTULO II

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa expõe que "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., 1994, p.22).

Este tipo de pesquisa permite uma visão generalizada, possibilitando uma construção de novos paradigmas. Ilustrando com Pope et al. (2009, p.14): "(...) uma gama de métodos qualitativos de pesquisa tem sido empregada para abordar questões importantes sobre fenômenos sociais, variando desde complexos comportamentos humanos, com a adesão de pacientes ao tratamento e a tomada de decisão por profissionais de saúde, até a organização da clínica hospitalar ou do sistema de saúde como um todo".

É nessa perspectiva que o estudo se propõe a construir um conceito de conforto a partir das falas emitidas por enfermeiros e pacientes em tratamento oncológico na UTI, para tanto, utilizou-se o vocabulário reduzido a partir do processamento das respostas no programa Iramuteq®. Em análise para a formação do corpus "conforto", não foi necessário o uso da lematização, operação em que ocorre a substituição de certas palavras por uma forma reduzida, ou seja, palavras que significam aproximadamente a mesma coisa, mas que se diferem quanto ao número, gênero, ou ao fato de serem substantivos, adjetivos ou advérbios. Isto é, tem o objetivo de agrupar diversas palavras para que possam ser analisadas como um único termo. Por exemplo: CONFORTO, CONFORTÁVEL, CONFORTANTE, CONFORTADO, seriam substituídas no texto pela forma CONFORT+.

O caminho percorrido

A fase de exploração de campo obedeceu aos passos definidos em quatro etapas como propostas por Minayo (1992, p. 101), a saber: (...) a opção pelo espaço da pesquisa; a constituição do grupo de pesquisa [sujeitos-objeto]; a escolha dos critérios de amostragem; o estabelecimento de estratégia de entrada em campo...".

A pesquisa foi desenvolvida junto aos clientes e enfermeiras (os) de uma unidade de terapia intensiva oncológica em um hospital da rede pública federal de internação hospitalar (INCA), no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa, na investigação, foram selecionados pela técnica de amostragem não-probabilística (amostra por conveniência, com população acessível), de acordo com as considerações de Hulley (2001). Ou seja, a sua distribuição foi realizada do seguinte modo: vinte e dois (22) clientes internados em unidade de terapia intensiva oncológica e vinte e dois (22) enfermeiros (as) atuantes neste mesmo setor, perfazendo um total de quarenta e quatro (44) indivíduos em plano de participantes da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: todos os enfermeiros e enfermeiras pertencentes ao quadro de funcionários da UTI oncológica que lidam ou que cuidam diretamente de clientes nesta unidade e clientes que apresentem capacidade cognitiva compatível com os questionamentos contidos no questionário. Além disso, foram incluídos apenas clientes com mais de três dias de internação acreditando que seria uma forma de vivenciarem mais o ambiente para conceituarem com mais veracidade o que entendem por conforto, também não houve distinção entre os tipos de cânceres, foram abordados clientes aleatórios, de acordo com sua internação no setor. Como critérios de exclusão: os enfermeiros e enfermeiras que se encontravam afastados por licença médica ou férias, e clientes em coma ou com nível de consciência diminuído.

Para a obtenção de dados

A obtenção dos dados atendendo às exigências da Resolução 466/12 e em consonância com o parecer dos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP (UNIRIO e INCA), além do Termo de Autorização da Diretoria responsável por cada uma das instituições implicadas, o Projeto de investigação foi apresentado à Diretora da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO, cumprindo exigência dos mencionados CEP, conforme protocolo de aprovação, CAAE: 33029014.1.0000.5285. Compete registrar, ainda, que os participantes da pesquisa que concordaram em participar, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi usado como instrumento de pesquisa um questionário, aqui entendido como um impresso contendo um conjunto de perguntas, que a pessoa interessada pôde respondê-lo na presença ou não de um entrevistador. A escolha do questionário foi

devida a uma melhor adequação a pesquisa, devido a ser um método que exige menos tempo de aplicabilidade, além de possibilitar ao respondente uma menor parcialidade em suas respostas. Conforme salienta Polit e Hungler (1995), o questionário, bem elaborado e bem aplicado, poderá reduzir a tendenciosidade nas respostas, e que poderiam refletir a reação do respondente ao entrevistador, e não a denotação das perguntas em si, justamente pelo fato de poder dispensar a presença do pesquisador no momento em que as questões são respondidas (Marconi e Lakatos, 1996).

Foi um questionário semi-estruturado, visando respostas às perguntas abertas e fechadas, baseadas essas em referências usadas pela pesquisadora com a intenção de extrair informações que possam ser reproduzidas.

O questionário, então, foi composto por perguntas abertas e fechadas. Algumas feitas no sentido de traçar o perfil dos participantes da pesquisa, tal como sexo e idade, o tempo de formação e de experiência profissional, e o setor de atuação profissional. Outras foram repensadas com o objetivo de buscar o entendimento que os profissionais possuem acerca do conforto, se ele é uma necessidade do cliente, do que as enfermeiras precisam para promovê-lo, quais os tipos de conforto que elas conseguem identificar, e seu mais adequado contexto. Já para o cliente, o questionário também buscou as seguintes informações: desenhar um perfil individual com pertinência quanto à idade, sexo, unidade de internação, diagnóstico, o que se entende por conforto, se conforto é uma necessidade do cliente, o mais importante tipo de conforto, o contexto de conforto mais importante e o que mais (des)conforta na internação.

Assim sendo, os dados foram produzidos no período de agosto de 2014 a novembro de 2014, com base na aplicação dos questionários junto aos participantes da pesquisa do estudo, que, após tomarem conhecimento acerca da pesquisa pela leitura do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE), e de concordar em participar do estudo, cada participante recebeu um questionário que foi apresentado e explícito pelo pesquisador, a fim de que possíveis dúvidas pudessem ser esclarecidas.

O tratamento dos dados

Os dados foram tratados de acordo com a frequência de sua aparição nas respostas e foram apresentados na forma de gráficos e tabelas. Para promover um melhor entendimento, optamos pela análise temática dos discursos, uma tipificação de Análise de Conteúdo proposta

por Bardin (1977), e a conseqüente construção das idéias nucleares, por meio do processo de categorização temática. Sobre este pormenor, Bardin (1977, p.31) diz que:

> *"A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: o das comunicações".*

Segundo Minayo (1992), a Análise de Conteúdo, na modalidade temática, confere com uma unidade de significação complexa de comprimento variável, e sua validade não é de ordem linguística, mas inicialmente, de ordem psicológica. Para a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

Segundo Bardin (1977), no entanto, a análise temática compreende as informações obtidas, a partir das falas dos sujeitos-objeto acerca de um determinado assunto, proporcionando o nucleamento de ideias afins, culminando em categorização de temas. O seu propósito é compreender o que se encerra no discurso, isto é, o sentido da fala dos sujeitos sob investigação. Aquilo que esteja "subentendido" ou "oculto" no discurso, carece de ser buscado pela decodificação em unidades de compreensão e posteriores categorias.

Refere ainda, que o pesquisador precisa considerar três (03) etapas para o pronto estabelecimento das categorias de análise, a saber: 1a Pré-análise; 2a Exploração do material e 3a Tratamento/interpretação dos resultados. Nesse sentido, na primeira etapa – pré-análise -, Bardin (1977) ressalta que o pesquisador deverá analisar exaustivamente sua fonte. Ele tem a liberdade para extrair tudo que lhe for conveniente, desde que mantenha coerência com o assunto tratado.

A análise dos dados foi dividida em apenas um bloco específico, obedecendo as suas características, ou seja, perguntas e respostas de todos os respondentes de acordo com a questão norteadora a qual se desejava responder. Os dados textuais originados pelas repostas às perguntas de aplicação em forma de questionário foram transcritos para o OpenOffice 4.1.1 e salvos em arquivos com extensão codificada para UTF8, conforme determinação do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionneires*), software gratuito e de fonte aberta desenvolvido por Pierre Ratinaud (Ratinaud & Marchand, 2012). O programa utiliza a estrutura do software R (www.r-project.org) para realização dos cálculos estatísticos (Lahlou, 2012).

O IRAMUTEQ possibilita a operação de análises de natureza quantitativa, mesmo em se tratando de dados qualitativos, como é o caso dos textos (Corpus textuais) obtidos dos questionários respondidos por enfermeiros e pacientes que participaram deste estudo. A análise quantitativa a partir de dados textuais ocorreu por meio da lexicografia (frequência e estatísticas básicas), não obstante, foi possível também realizar a Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análise Pós-fatorial; Análise de Similitude; e representação gráfica em Nuvem de Palavras determinada pela ocorrência de palavras ou, a associação de x^2 das palavras.

Neste estudo foram utilizadas a análise lexicográfica básica com o propósito de descrever o número de palavras, número de textos e segmentos de texto que compõem o *corpus* de análise, que confere com o conjunto de textos originados pelas respostas dos participantes a determinado assunto (Camargo e Justo, 2013). Sendo assim, neste estudo foi originado um (1) *corpus* de análise nomeado *conforto*.

O *corpus conforto* foi submetido à CHD que por sua vez classifica os segmentos de texto de acordo com os seus vocabulários, assim, verifica-se a diferenciação entre as palavras em repetidos testes do tipo x^2 (Qui-Quadrado), resultando assim as classes com suas palavras e variáveis características.

O IRAMUTEQ apresenta tal resultado no formato de dendograma que representa graficamente a relação existente entre as classes. A Análise Fatorial Correspondente (AFC) é um complemento baseado nos dados obtidos pela CHD. O produto resultante das análises é caracterizado pelas classes, que de acordo com Camargo (2005) e Nascimento-Schulze e Camargo (2000) representam o ambiente de sentido das palavras. Portanto, para este estudo, a utilização do IRAMUTEQ contribuiu para a construção de um conceito acerca do referente conforto.

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO

A enfermagem moderna

Para dispor um constructo relacionado ao conforto é necessário indagar da enfermagem histórica a origem da inquietação desta possível forma geradora de cuidado, buscando através de características que somatizadas podem levar ao encontro da denotação confortar. Quando pensamos no legado de Florence e nos deparamos com a descrição de um ambiente propício para prestação do cuidado descobrimos que se torna impossível sentir-se confortável diante de um cenário, que na maior parte das vezes, não se adequa nem aos profissionais que estão ali como ofertantes do conforto. Portanto, a filosofia de Florence visando a qualidade do ambiente se torna indispensável na investigação de como seria a melhor forma de se gerar conforto.

Florence, considerada com marco da enfermagem moderna, nascida em 12 de maio de 1820, em Florença, Itália. Filha de pais ricos teve uma educação superiora, estudava matemática, línguas, religião e filosofia. Mesmo com tudo isso se inquietou de sua forma de viver e resolveu tornar sua vida mais útil. Alegou que havia recebido um chamado de Deus para ser enfermeira e mesmo com a insatisfação de seus pais resolveu seguir em frente e se preparar para atuar. Estudou e estagiou para seguir com seu objetivo, e após regressar para Inglaterra começou a inspecionar instalações hospitalares e posteriormente se tornou superintendente do Hospital for Invalid Gentlewomen em Londres.

Durante a guerra da Criméia, ao cuidar de soldados feridos, sentiu a necessidade da exposição dos problemas ambientais, que em suas investigações causavam grande influência no tratamento e recuperação dos mesmos. Como referem Alligood e Tomey (2002), “a falta de saneamento e a presença de imundície (alguns bacios, água contaminada, lençóis e cobertores contaminados e latrinas com demasiada afluência)”.

Portanto, seria impraticável discorrer sobre o conforto sem antes analisar dentro da teoria ambientalista de Florence fatores que interferem profundamente no conforto do paciente ou no confortar pela enfermagem. Além de se preocupar com a recuperação do paciente, ela se atentava também ao seu bem-estar, pois visava além do ambiente, o que afetava a vida dos que recebiam seus cuidados. “Além disso, ela conhecia a melhor maneira

de distribuir a roupa limpa, de manter a comida quente, de posicionar as camas, entre outros aspectos indispensáveis ao adequado funcionamento de um hospital". (OLIVEIRA et al., 2007)

Embora na época vivida por Nightingale, onde antes não existia a preocupação para com os doentes, e mesmo após a implantação de um modelo biomédico, o constructo do conforto estaria distante de ser caracterizado, todavia, indiretamente já era implementado por Florence, através da sua inquietação com a ventilação, iluminação, calor, limpeza, ruídos, odores e alimentação. Todos estes fatores, citados em seu livro, Notes on Nursing (1859).

> *"A enfermeira tinha o controle do ambiente, tanto física, como administrativamente. A enfermeira tinha de controlar o ambiente para proteger o doente de danos físicos e psicológicos; por exemplo, a enfermeira impedia o doente de receber notícias perturbadoras, de receber visitas que podiam afectar negativamente a recuperação e de experimentar interrupções repentinas do sono". (Alligood e Tomey, 2002, p.78)*

Além disso, conforme Alligood e Tomey (2002, p.77), "Embora Nightingale definisse, muita das vezes, os conceitos com precisão, não dividiu o ambiente do doente especificamente em aspectos físicos, emocionais ou sociais; presumiu, aparentemente, que todos estes aspectos se incluíam no ambiente.

Para Florence, criar um ambiente onde o organismo mantenha condições de não adoecer e se recuperar de doenças era essencial. Segundo Castro (1989, p.05), Florence, "enfatiza a necessidade de protegê-lo de tudo o que o faça perder energia, de modo a que não simplesmente retorne à vida e sim a saúde e a vida útil". Apoiando Nightingale, Silva e Ferreira (2011) afirmam que "o ambiente exerce influência na vida e na saúde de seres humanos, isto é, ambos estão inter-relacionados de tal modo que um afeta o outro".

Portanto, a influência de Florence Nightingale foi essencial não só para o cuidado dos doentes, como para origem do conforto, além do conhecimento de fundamentos do processo do adoecer e da recuperação e a caracterização do ambiente terapêutico.

A era tecnológica

Com o passar dos anos, a era tecnológica começou a surgir, em uma velocidade que num "piscar de olhos" tomou uma infinidade que se tornou impossível de adequar-se à vida moderna sem ela. Para a saúde, se tornou muito além, pois a possibilidade de facilitar o fechamento de diagnósticos clínicos, aumentar muita das vezes a sobrevida das pessoas, e

também criar ambientes com capacidade de gerar um melhor cuidado, revolucionou a produção da saúde. Para Silva e Ferreira (2011), “entende-se que as tecnologias se constituam num recurso que possibilita a prestação dos cuidados básicos de enfermagem, no sentido de atender as necessidades do cliente, numa perspectiva integradora e de qualidade”.

Portanto, é importante ver a tecnologia com um olhar positivo, pois ela é capaz de gerar informações e direcionar condutas agilizando e otimizando a melhoria do quadro clínico do paciente/ cliente. Mas, até aonde essa extensão cuidadora não viria à intervir na forma de prestar a assistência?

Hoje quando entramos em um hospital, especificamente, em um ambiente de terapia intensiva, nos deparamos com um aparato tecnológico diversificado e muito das vezes influenciadores do cuidar. Isso se torna muito nítido, quando observamos a assistência voltada principalmente aos recursos do que ao próprio paciente. São bombas infusoras, ventiladores mecânicos, monitores, máquinas de hemodiálise, entre muitos outros. Ou seja, uma magnificência que exige daqueles que cuidam uma atenção quase que exclusiva, além do cuidado ter de ser abreviado ao paciente/cliente, a oferta do conforto se torna cada vez mais difícil, pois afora do tempo ser reduzido este já se torna menos possível devido ao paciente estar restrito em um leito, acoplado ao maquinário por uma infinidade de fios e cabos.

Emerson Elias Merhy, médico, com mestrado em medicina preventiva e doutorado em saúde coletiva, hoje exercendo a função de professor universitário, ilustra muito bem em suas dissertações a necessidade das tecnologias e suas diferentes definições. Ele mostra o quanto precisamos vincular o uso das tecnologias ao cuidado e o quanto isso de uma forma bem articulada poderia gerar resultados satisfatórios aos receptores do cuidado. “Assim, não basta existir um serviço com um excelente acolhimento se não se consegue responder com exames necessários para esclarecer um certo problema de saúde ou, mesmo sua gravidade.” (MERHY, 1998).

Porém além da positividade das tecnologias, ainda existe um lado negativo gerado pela predominância da tecnologia dura, afirmado por Merhy (1998. p.05):

> *“Quando há domínio dos interesses organizados em torno das tecnologias duras, os processos de trabalho, estão mais comprometidos com o uso desta forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar. Dessa maneira é que falamos que hoje o modelo assistencial é todo voltado para a produção de procedimentos, o qual consome intensamente tecnologia dura, gerando mais necessidade ainda de produção de procedimentos”.*

Para Merhy, o novo processo de saúde vem criando um modelo tecnoassistencial, onde para intervir em corpos doentes seja necessária uma grande concentração de recursos tecnológicos. Ele define as tecnologias em três tipos, “Aquelas que estão representadas pelas máquinas e instrumentos, as chamadas tecnologias duras, as que se inscrevem no conhecimento técnico, as tecnologias leve-duras e aquelas representadas pelas relações, as tecnologias leves”. (MERHY, 1997)

Diante das definições de Merhy, é possível enxergar que para um modelo assistencial voltado para o cuidado, e priorizando o paciente como um todo, independente ou não de este estar restrito ao leito, se faz necessário o uso dos três tipos de tecnologia em concomitante. Portanto para associar o conforto ao uso dos recursos tecnológicos poderá ainda se tornar possível, desde que o profissional que assiste ao paciente também seja influente em sua abordagem e na centralização do cuidado. Corroborando com esta forma de pensar, Silva e Ferreira (2011), afirmam “a tecnologia impacta no cuidado de enfermagem, na medida em que demanda o conhecimento e a sua aplicação prática no domínio das máquinas, ao mesmo tempo em que suscita considerações em relação aos elementos do cuidado humano”.

Além da indisposição que a chamada tecnologia dura, pode gerar a um paciente gravemente enfermo, especificando ainda mais a um paciente gravemente enfermo oncológico, ou seja, um paciente ainda mais instabilizado, imunodeprimido, com índice de dor na maioria das vezes aumentado, ainda mais dependentes de exames como raio-X, tomografia, ressonância, radioterapia, entre outros, isto é, pacientes expostos rotineiramente. Este tipo de tecnologia, mesmo auxiliando nos tratamentos na maioria das vezes, também gera desconforto, pois a mobilização destes pacientes se torna cada vez mais complexa de acordo com o seu quadro de saúde. Outro problema encontrado em relação ao uso de tecnologia, é o uso de forma indiscriminada das mesmas, já que estas geram uma dimensão ao nível de produção de procedimentos, o que em alguns centros hospitalares, geram um ganho exacerbado. Para esta mudança, Merhy e Franco (1997), apontam como fundamental a chamada transição tecnológica.

> *“... significa um novo padrão na produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais, a partir do Trabalho vivo em ato, ou seja, além das tecnologias leves o protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado é central para definir um processo de mudança ...”*

Por conseguinte, ao pensamento de Merhy, através desta transição será possível voltar a focar nas necessidades do paciente, privilegiando a práticas assistenciais qualificadas gerando um impacto na atenção aos pacientes/clientes e na resolução do processo saúde-doença. E para que isto aconteça, os profissionais envolvidos no cuidado de uma forma geral, devem refletir a tecnologia sobre uma visão de um avanço da ciência e não o cliente como extensão de uma máquina como ilustra assim muitos estudos.

Os profissionais de enfermagem, que estão à frente do cuidado em tempo integral, são capazes de visualizar o quanto o avanço tecnológico impacta na forma do cuidar e no conforto do paciente, porém cabe a estes, a aceitação das tecnologias que já estão implementadas em nosso cotidiano, a busca da efetividade do cuidado e a adequação destes avanços ao bem-estar dos pacientes.

Ao alcance do conforto

No decorrer da história da enfermagem, podemos encontrar vários momentos em que se tentavam gerar o bem-estar do paciente através do que eles já chamavam de conforto, essa era uma meta voltada para o que hoje pode ser visto como um cuidado de enfermagem. Porém, na evolução histórica do conforto, à mudança em sua forma de ser vista e aplicada, sofreram alterações principalmente quando as rotinas e funções da enfermagem também eram modificadas. “Todavia, o enfoque de conforto modifica-se ao longo dessa história e sofre influência de fatores religiosos, da racionalidade médico-científica, das exigências políticas e econômicas institucionais, entre outros”. (MUSSI, 2005)

Na evolução histórica do conforto segundo Mussi (2005), o conforto era voltado para a alma do paciente, eles acreditavam que confortando o paciente estariam salvando não só a alma dos assistidos como daqueles que cuidavam. Ela descreve que naquela época “uma boa enfermeira era aquela que tornava o paciente confortável, e a provisão do conforto, especialmente à noite, quando estava sozinha testava sua vocação de enfermeira”. Logo após, surgem os modelos hospitalares, reduzindo assim o tempo e a autonomia das enfermeiras para com os pacientes, mudando assim alguns de seus conceitos de conforto.

Antes o conforto estava intimamente ligado com o gerar o bem-estar físico, este era voltado em reduzir a febre, dar banho, colocar coxins e compressas, oferecer alimentação, e o bem-estar mental. Todavia, hoje, diante de muitas mudanças ainda vemos profissionais de enfermagem e da saúde em geral descrever ou conceituar o conforto desta mesma maneira.

Segundo Silva et.al. (2011, p. 50), “é fundamental saber dos próprios clientes o que sentem, quando se dizem confortáveis no âmbito do cuidado de enfermagem e, dos enfermeiros, o que pensam sobre o cuidado que prestam em relação à ideia de “conforto””.

Se verificarmos na literatura, veremos que o conforto ainda é um tema pouco abordado, e rodeado de dúvidas para a sua aplicabilidade. Ele é conceituado por diferentes autores, e na maior parte das vezes privilegiado de diversos significados. Portanto, a necessidade da extensão de constatação do impacto das ações de enfermagem a partir do conforto sobre o corpo e suas dimensões no âmbito do cuidado se tornam tão essenciais.

“É primordial não perder de vista a prioridade do cuidado de enfermagem, no âmbito da pragmática assistencial, pois é ele quem nos conduz a promoção do conforto, ainda que, em muitas situações, o cliente talvez possa experimentar sensações de “desconforto” (manifesto ou não) ”. (SILVA et.al., 2011, p.50)

Diante do atual estudo voltado para uma unidade de terapia intensiva oncológica buscando predicar o conforto na concepção dos pacientes e das enfermeiras que lá atuam, Kolcaba com sua teoria do conforto, poderá auxiliar no constructo deste conceito com bases nos seus já projetados. Kolcaba iniciou a sua teorização recentemente, e ainda busca a sua progressão. Sua teoria se engloba em uma caracterização de médio alcance, pela qual Alligood e Tomey (2002, p.07) resumem, “As teorias de médio alcance são o nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque incluem pormenores característicos da prática de enfermagem”.

Katharine Kolcaba, nascida em Cleveland, formou-se em enfermagem em 1965, e logo após se especializou em gerontologia. Iniciou sua teorização sobre o conforto quando trabalhava com pessoas com demência. Realizou mestrado e doutorado onde continuou a desenvolver sua teoria, testando-o mais tarde em um estudo de intervenção.

Ela fez uso de várias fontes teóricas, sendo que três teóricos de enfermagem foram usados para embasar seu conceito dos tipos de conforto existentes, estes foram, Orlando, Henderson e Paterson e Zderad, que abordam consecutivamente o alívio, a tranquilidade e a transcedência. Sendo estes, a partir da análise de Kolcaba definidos como:

- **Alívio**: a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica;
- **Tranquilidade**: o estado de calma ou contentamento;

- **Transcendência**: a condição no qual um indivíduo suplanta seus problemas ou sofrimento.

Kolcaba ainda extraiu da literatura sobre o holismo, contextos onde se é utilizado o conforto, definido - os da seguinte forma:

- **Físico**: pertencentes a sensação do corpo;
- **Psico-espiritual**: pertencente a consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
- **Ambiental**: pertencente ao meio, as condições e influências externas;
- **Social**: pertencentes as relações interpessoais, familiares e societais.

A partir dos seus conceitos, Kolcaba criou uma definição para o conforto, "definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)."

Além de seus conceitos e definições, baseado em seus estudos, Kolcaba criou também seus pressupostos e seus postulados.

Pressupostos:

1. Os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos.
2. O conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem.
3. Os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam.
4. O conforto melhorado dá ânimo aos doentes para empreenderem HSB (Health seeking behaviors) da sua escolha.
5. Os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem activamente HSB (Health seeking behaviors) estão satisfeitos com seus cuidados de saúde.
6. A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados.

Postulados:

1. As enfermeiras identificam as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, concebem medidas de conforto para abordar essas necessidades e

procurar melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado.

2. O conforto melhorado está directa e positivamente relacionado com o compromisso com os HBS (Health seeking behaviors), que é o resultado posterior desejado.
3. Quando as pessoas têm o apoio necessário para se comprometerem totalmente com os HSB (Health seeking behaviors), tal como a sua reabilitação e/ou programa ou regime de recuperação, a integridade institucional também é melhorada.

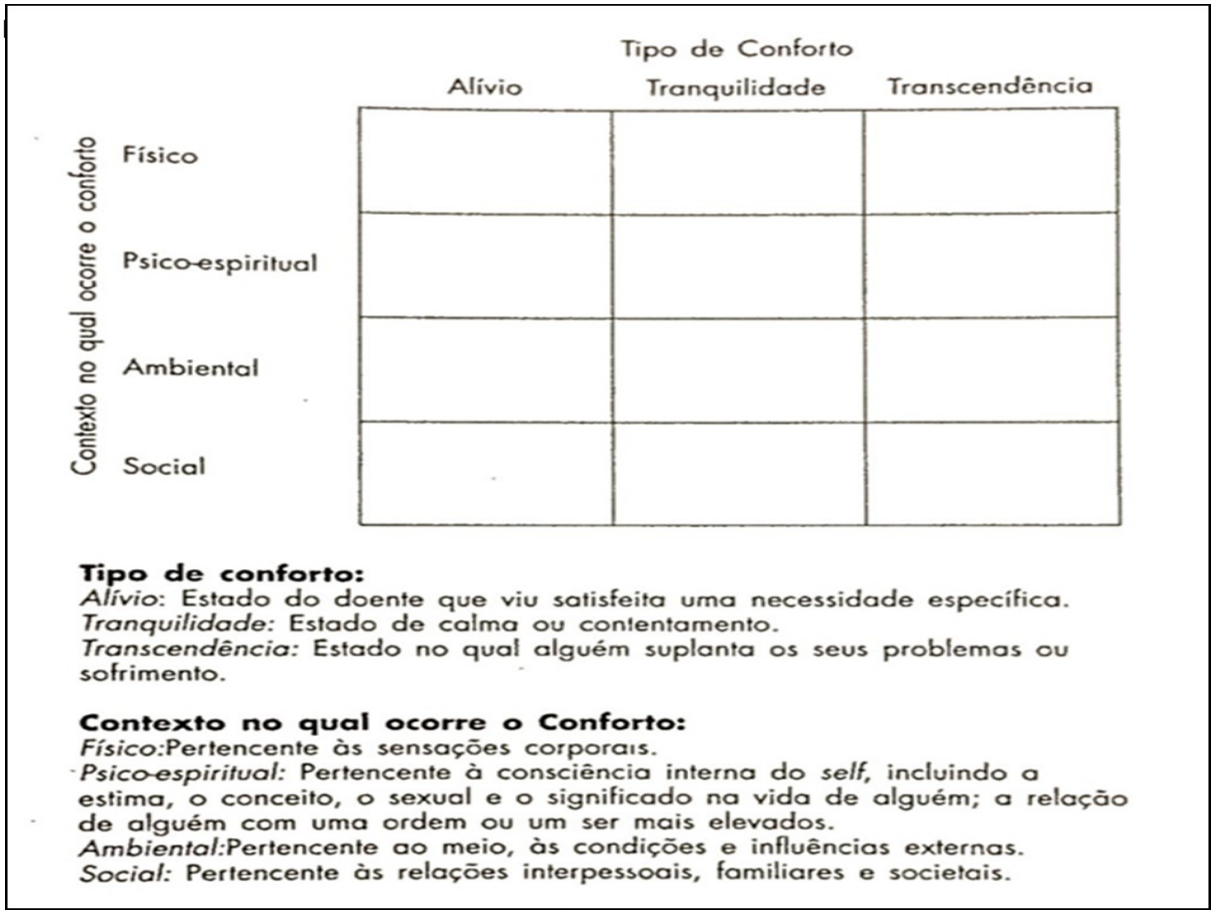


Figura 1 - Reprodução da Estrutura taxonômica do conforto de Kolcaba, reimpressa por K. & Fisher, E. (1996)

Kolcaba ainda usou de tres tipos de raciocinio logico para elaborar sua Teoria do conforto, sendo estas classificadas como a indução, a dedução e a abedução, tendo como seus significados em consecutivo definidos por Bishop (1998) apud Alligood e Tomey (2004, p.486):

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

Após a elaboração de sua teoria através dos três tipos de raciocínio lógico, Kolcaba, já em um cenário no final dos anos 80, reconheceu que estes três termos não descreviam completamente a sua prática. Segundo Alligood e Tomey (2002, p.487), “ela percebeu que o que era necessário era uma estrutura conceptual mais abstracta e geral que fosse coerente com o conforto e contivesse um número exequível de construções altamente abstractas”.

A partir do trabalho do psicólogo Henry Murray realizado no ano de 1938, que sintetizava uma grande teoria para psicologia a partir de teorias menos psicológicas no seu tempo, Kolcaba viu-se satisfeita sobre a estrutura em que colocaria seus conceitos de enfermagem. Para Kolcaba, o conforto era notado pelos doentes e, portanto, encontrava-se logicamente na estrutura de Murray, conforme explicações de Alligood e Tomey (2002, p.487).

Na figura a seguir (esquema 1), é possível encontrar os conceitos de Murray nas linhas 1, 2 e 3, e a partir da abdução traçada por Kolcaba, acrescenta-se o conceito de integridade institucional à Teoria de médio alcance do Conforto no fim da linha 4. Esta última linha representa a Teoria do médio alcance do Conforto e conforme Alligood e Tomey (2002, p.489), pode ser ainda aplicada a qualquer situação de cuidados de saúde específica ou problema de investigação ao nível da prática.

Esquema 1

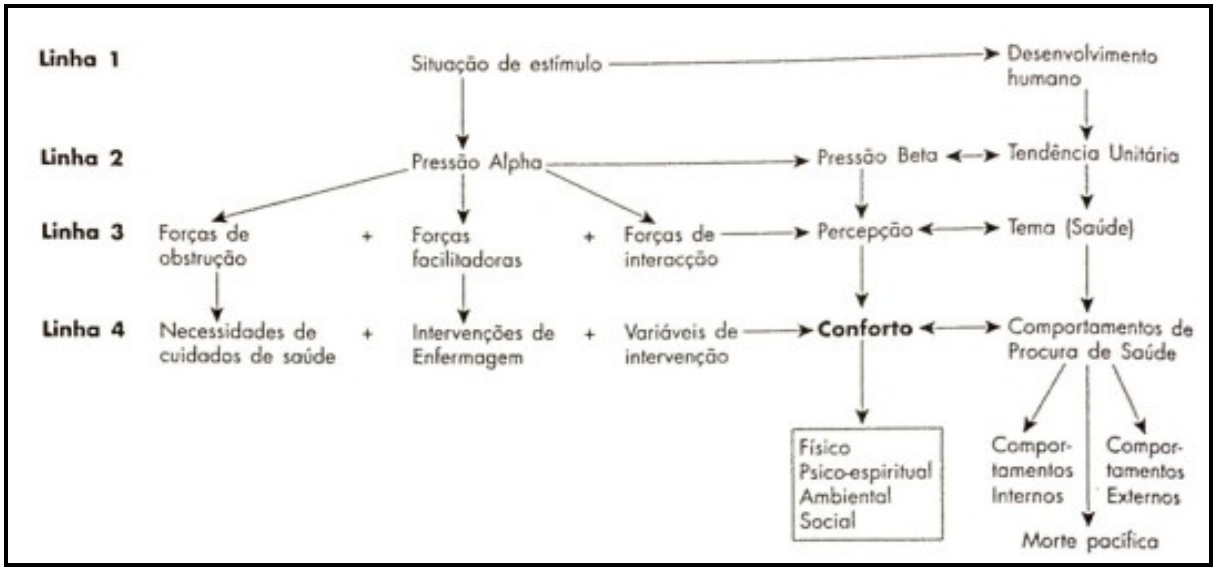


Figura 2 - Reprodução da Teoria (de Médio Alcance) do Conforto, de Kolcaba K.Y.-1994

Esquema 2

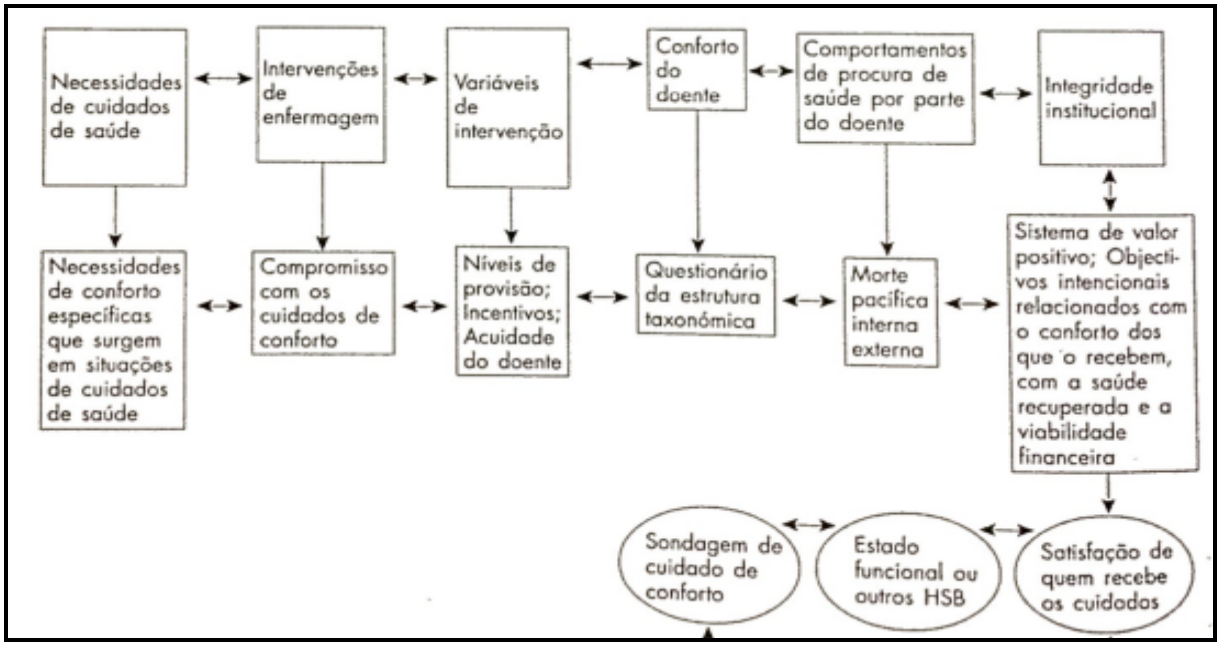


Figura 3 - Reprodução da Teoria do Conforto adaptada a resultados de investigação, de Kolcaba K.Y. – 2001

No esquema 2, é possível ver uma estrutura teórica de enfermagem aos resultados de investigação, que conforme Alligood e Tomey (2002, p.487), "iria melhor esta área de investigação em enfermagem, porque a prática baseada na teoria permite às enfermeiras conceber intervenções coerentes com os resultados desejados, aumentando a probabilidade de encontrar resultados significativos".

Segundo Silva (2008, p.25), “falar sobre "conforto" ainda é uma forma de expressão, pois conceituar e demonstrar não depende só de aprofundar conhecimentos teóricos sobre o cuidado de enfermagem”. Para se alcançar o conforto é preciso desvendar os múltiplos significados que o denotam e o predicam ao olhar de quem o recebe e não apenas há aqueles que lhe ofertam.

Um conceito construído

Ao se tentar predicar o conforto, é preciso buscar através de conceitos a origem de seu significado. Por meio da teoria de Dahlberg, por volta de 1960, baseada esta do decorrer histórico do pensamento filosófico e científico, é possível notar que a construção de um conceito vai muito além de atribuir significados, é necessário traçar definições, “as definições são pressupostos indispensáveis na argumentação e nas comunicações verbais e que constituem elementos necessários na construção de sistemas científicos”. (DAHLBERG, 1978)

Esta define o conceito como “unidade de conhecimento”. Segundo Silva (2008), “essa teoria veio demonstrar a possibilidade de se utilizar princípios de elaboração de terminologias para o domínio de linguagens documentárias de ordem alfabética, sobretudo no interesse das ciências da informação”. Portanto, é ela quem vai auxiliar na caracterização do conceito através das predicações atribuídas ao conforto, sendo este visto como referente.

> *“(...) Para a formação de um conceito é necessário identificar as características ou traços distintivos de uma entidade individual (referente). As entidades individuais podem ser de natureza material, por exemplo, pedras, máquinas, e entidades não materiais, por exemplo, processos que ocorrem na construção civil. No entanto, muitas são as variáveis que interferem na determinação do conceito, sendo fundamentais o domínio do conhecimento em que ele se insere – a exemplo da área de enfermagem - e o ponto de vista (opinião de clientes e enfermeiras) ou o aspecto pelo qual o referente está sendo focalizado. Assim, os conceitos são, em última instância, a síntese das características relevantes (contextualizadas) e, portanto, entidades (referentes) individuais ou coletivas. O conjunto dessas características relevantes constituirá o conteúdo conceitual”. (SILVA C.R., 2008, p. 109)*

A teoria do conceito, desenvolve princípios para estabelecer: relações entre conceitos, com base da lógica, que vão se mostrar úteis para elaboração de tesauros, e método para a fixação do conteúdo do conceito e para seu posicionamento em um Sistema de Conceitos, fornecendo os elementos para definições consistentes (DALHBERG, 1978).

Esta teoria tem como base três elementos: o referente, a característica e a forma verbal, sendo definidos segundo Dalhberg como:

- ✓ **Referente:** é dado como uma "unidade de conhecimento", um constructo mental pela definição de Dalhberg, não necessariamente necessita de ter uma existência real, este pode ser algo subjetivo, ou seja, algo que está no pensamento de um indivíduo.
- ✓ **Característica:** é um elemento constitutivo. É analisar o referente e identificar suas propriedades, ou seja, é um atributo predicável do objeto.
- ✓ **Forma verbal:** é uma "unidade de comunicação", ou seja, ele serve para designar um conceito seja este através de símbolos ou palavras.

Podemos evidenciar essa definição por meio do seu triângulo conceitual – Figura n° 4, a seguir:

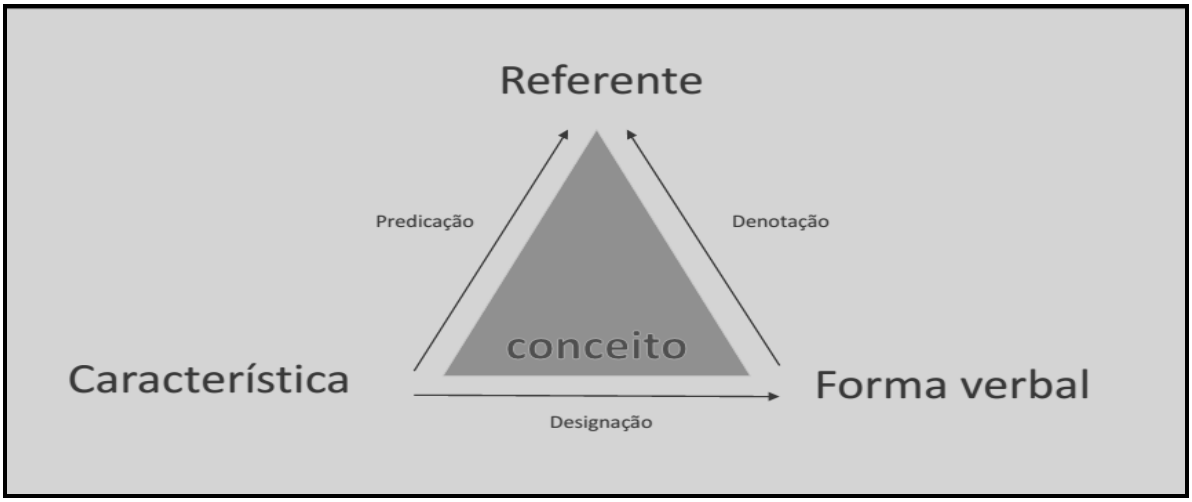


Figura 4 - Triângulo conceitual de Dalhberg

Portanto, a partir da teoria de Dalhberg, torna-se possível criar um alicerce baseado em seu triângulo conceitual, onde o referente conforto torna-se uma unidade de conhecimento que será analisada e predicada pelos sujeitos da pesquisa, pacientes e enfermeiros, identificando assim suas características.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Análise dos resultados

Considerando que o volume de respostas obtidas em 44 questionários é bastante significante do ponto de vista quantitativo, a utilização do IRAMUTEQ foi bastante útil na análise, visto que este software conjuga uma série de procedimentos estatísticos aplicados em bancos de dados textuais, como foi o caso da compilação das respostas de enfermeiros, enfermeiras e clientes internados em uma unidade de terapia intensiva oncológica.

O IRAMUTEQ permitiu nesta pesquisa proceder com a relação entre o contexto linguístico e a representação de um grupo de profissionais e clientes em um contexto de cuidado em enfermagem oncológica. Unidade de contexto (UC) é aqui entendida na perspectiva de Reinert (1990, p.32) como uma espécie de *representação elementar, um sentido ou ainda, um enunciado mínimo presente em um discurso.* Em outras palavras pode-se dizer que uma UC confere com uma ideia de um individuo psíquico, que por sua vez se refere a um objeto e não obstante, ao próprio sujeito.

Tomando-se por base a teoria do conhecimento é possível afirmar que esta dupla referência permite a formação *de uma representação* acerca de um dado objeto, nada mais é do que a relação entre as esferas *objetiva e subjetiva* (HESSEN, 2007).

Muito embora as ideias contidas no discurso dos participantes desta pesquisa possam ser estatisticamente mensuradas, o propósito da utilização do IRAMUTEQ não é alcançar o cálculo do sentido das palavras, mas a organização sistematizada de um discurso quando se coloca em evidência o conteúdo lexical. Kalampalikis (2003) refere-se a este método que não esconde seu fundamento lexicométrico como “mundos lexicais”.

As operações realizadas neste estudo a partir do IRAMUTEQ são definidas por (Reinert,1998):

UCI: Unidade de Contexto Inicial – Unidade a partir da qual o programa efetuará a fragmentação inicial. Pode ser um capítulo de livro, uma matéria jornalística, uma resposta de entrevista.

UCE: Unidade de Contexto Elementar – “É a partir do pertencimento das palavras de um texto a uma UCE, que o programa Alceste vai estabelecer as matrizes a partir das quais

será efetuado o trabalho de classificação" (REINERT, 1998, p.17).

UC: Unidade de Contexto – Agrupamento de UCE sucessivas de uma mesma UCI, até que o número de palavras diferentes analisadas (contidas nessa unidade de contexto) seja superior ao limiar fixado na análise. (...) Esse limiar é fixado proporcionalmente ao número de palavras analisadas. As UC devem ter uma homogeneidade semântica e devem ser de tamanho comparável.

Classe: pode ser definida como um agrupamento constituído por várias UCE de vocabulário homogêneo.

AFC: Análise Fatorial de Correspondência. Cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas.

O processo realizado pelo IRAMUTEQ obedeceu a seguinte ordem:

1. Leitura do texto e processamento dos cálculos de seus dicionários resultando em uma lista de ordem alfabética contendo todo o vocabulário referente ao corpus. A partir dessa lista uma segunda é derivada e composta pelas formas reduzidas e as palavras representadas por estas formas o que se pode chamar de dicionário de formas reduzidas. Uma terceira lista é construída com as formas reduzidas mais frequentes o que vai determinar o ranqueamento de acordo com a frequência de aparição destas palavras (formas reduzidas). Nesta etapa o software diferencia e lista adjetivos, substantivos, pronomes, artigos e etc. E que vão compor as chaves categoriais da primeira classificação do vocabulário. Ressalta-se que o programa irá trabalhar com esta segunda classe de palavras.
2. Nesta etapa as formas reduzidas são selecionadas considerando o ponto de corte, de frequência maior ou igual a 4. A definição das UCEs ocorre nesta etapa e segue o critério de tamanho do texto ou de pontuação, ou seja, a cada ponto final finaliza uma UCE. Não obstante a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), é calculada a partir do cruzamento de: todas as UCEs x todas as formas reduzidas; UC tamanho 1 x formas reduzidas solucionadas e por último, UC tamanho 2 x formas reduzidas solucionadas. É nesse momento em que se forma uma matriz para cada um destes cruzamentos, considerando que os valores 0 e 1 indicam, respectivamente, ausência ou presença de determina palavra em uma UCE ou UC.

3. Ocorre aqui a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) que efetua o cruzamento entre as formas reduzidas com frequência maior do que 8 e as classes formadas. Para determinação dos perfis de classe, os valores obtidos nas duas últimas CHD são comparados, somente a parte "estável" dos resultados é levada em consideração para se considerar os perfis de classe e estes perfis são definidas pelo x2 de associação das formas reduzidas as suas respectivas classes.
4. A última etapa objetiva a realização dos cálculos complementares e a formação das listas de formas reduzidas associadas a contextos e que correspondem as classes anteriormente formadas tornando possível identificar as UCE características de cada uma das classes

O total de participantes foi de 44, sendo 22 enfermeiros (as), 50% e 22 clientes 50% da amostra. Do total de enfermeiros, 16 do sexo feminino (72,72%) e 6 do sexo masculino (27,28%). Entre os 22 clientes, 12 eram do sexo masculino (54,54%) e 10 eram do sexo feminino (45,45%).

Entre os (as) enfermeiros (as), a idade variou entre 29 e 54 anos, com média de 36 anos, a mediana (Med) foi de 35,5 e o Desvio Padrão (DP) de 6,50. Entre os (as) pacientes (as), a idade variou entre 28 e 80 anos, com média de 54 anos, a mediana (Med) foi de 55,5 e o Desvio Padrão (DP) de 16,58.

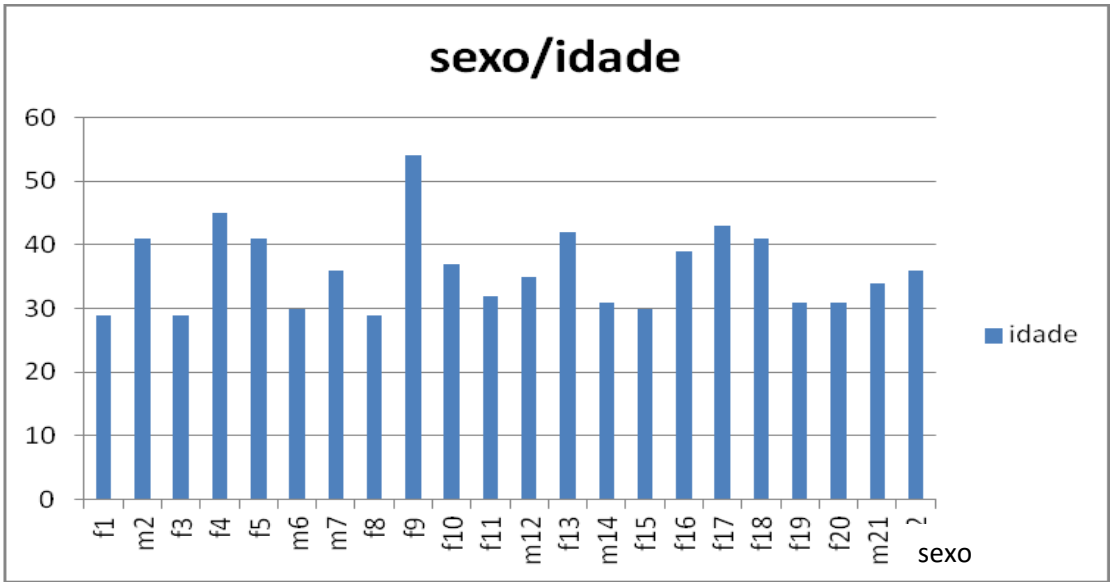


Gráfico 1 - Sexo e Idade dos (as) **Enfermeiros (as)** respondentes - (1-22) ordem dos respondentes

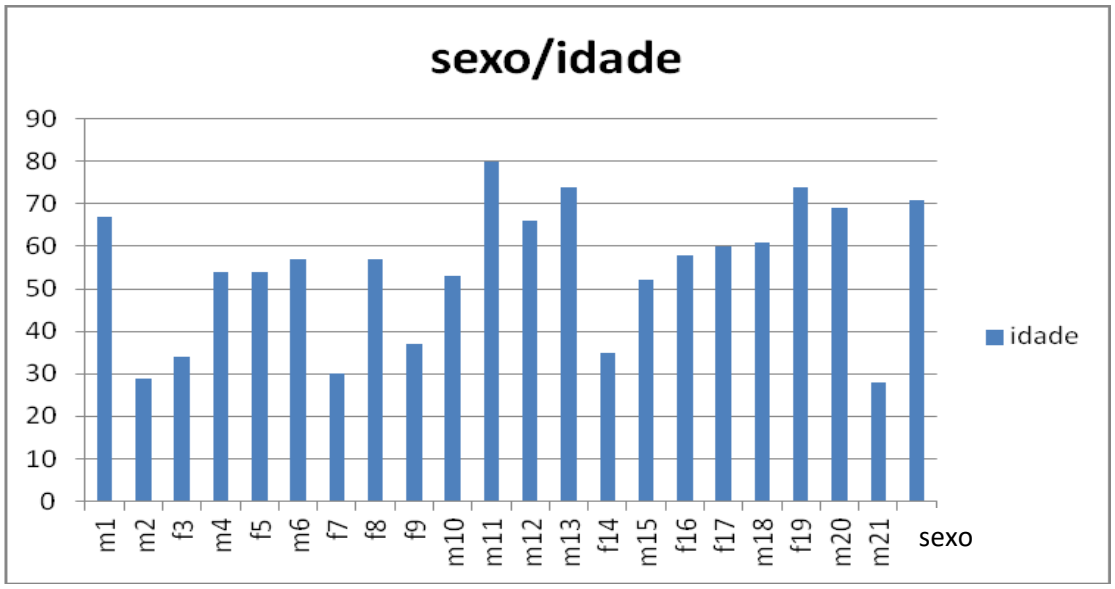


Gráfico 2 - Sexo e Idade dos **Clientes** respondentes - (1-22) ordem dos respondentes

Os resultados da análise textual que tiveram origem nas questões respondidas pelos enfermeiros (as) e pelos clientes oncológicos internados em um hospital federal de referência para o tratamento do câncer.

Perguntas para os enfermeiros (as): (apêndice 3)

1- O que você entende por conforto?
2- O que faz para promover conforto durante o cuidado com o cliente?
3- Do que precisa para promover conforto?
4- Como avalia se o conforto foi promovido?
5- Existe ao seu ver um conforto específico ao paciente oncológico?
6- Você considera o conforto como meta dos cuidados de enfermagem? Porque?
7- Quais as expressões faciais, corporais e verbais mais comuns que você consegue identificar no cliente nos estados de conforto e desconforto?

Perguntas para os clientes: (apêndice 4)

1- O que você entende por conforto?
2- Porque você considera o conforto uma necessidade do cliente internado?
3- O que te causa mais desconforto quando está internado?
4- O que o enfermeiro faz para lhe deixar mais confortável?
5- Como você sabe que atingiu o conforto?

O conteúdo resultante da análise realizada pelo software IRAMUTEQ empregada no primeiro *corpus* chamado “conforto” encontrou 288 nomes de textos (número total de UCE classificadas), com 296 segmentos de textos, sendo 177,75 (60,05%) deles analisáveis e retidos na classificação hierárquica descendente (CHD). Os segmentos de texto foram compostos por 1.194 palavras que ocorreram 4.181 em uma média de 17,15% vezes.

A CHD dividiu o corpus em 4 classes sendo que em um primeiro momento houve a subdivisão em dois subcorpus, um com as classes 4, 1, 2 e 3 e outro resultando no dendograma apresentado na Figura 5. O dendograma da CHD em questão mostra as relações entre as Classes, neste sentido contata-se que a classe 4 é independente, diferentemente das classes 1,2,3 que são dependentes. Isto significa dizer que, à nossa compreensão, subentendemos que existe um conjunto maior, podemos assim dizer, representado pela classe denominada de número 4, que por sua vez derivou um subconjunto expressivo representado pela classe de número 3. Nossa compreensão ainda permite inferir, a partir do dendograma caracterizado, que a classe número 1 e número 2, ambas derivadas da classe número 3, têm um mesmo nível de hierarquia, contudo com discreta maior expressão quantitativa da classe de número 2. Porém, tanto a classe número 1 quanto a classe número 2, encerram entre si uma grande relação.

As unidades lexicais de cada classe foram formadas de acordo com a quantidade 64, 68, 42 e 46 palavras sucessivamente, entretanto, para otimizar o tamanho da página, decidiu-se utilizar apenas as dez unidades lexicais mais frequentes em cada classe.

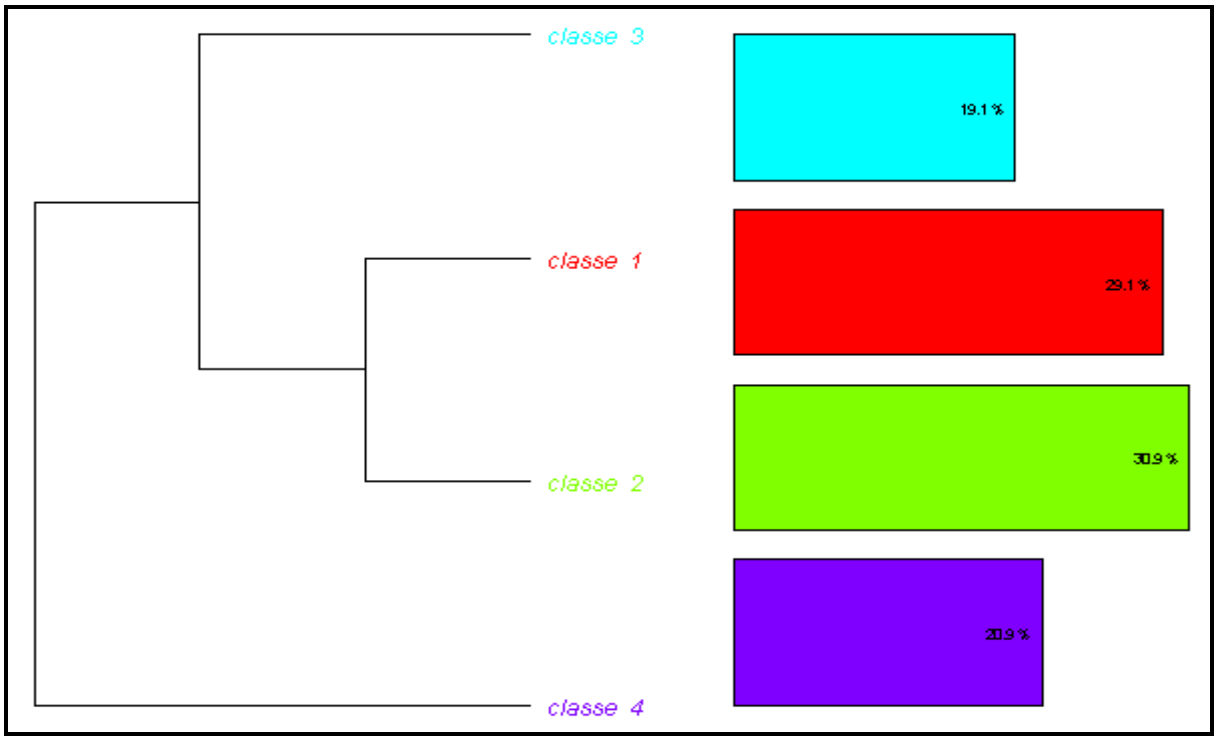


Figura 5 – Dendograma da CHD a partir do corpus "conforto"

Classe 1 (64/220)		
Unidade lexical	*f*	X^2
Dor	37	77,88
Leito	16	34,97
Fácies	13	33,68
Paciente	48	21,95
Familiar	8	20,24
Posicionamento	6	15,04
Medicação	5	12,47
Caso	5	12,47
Agitação	5	12,47
Taquicardia	5	12,47

Classe 2 (68/220)		
Unidade lexical	*f*	X^2
Conforto	24	34,67
Sim	29	31,61
Físico	15	29,37
Bem-Estar	21	27,23
Enfermagem	8	18,56
Necessidade	15	18,17
Espiritual	7	16,16
Promover	20	15,74
Medida	11	14,05
Todo	6	13,79

Classe 3 (42/220)		
Unidade lexical	*f*	X^2
Facial	8	35,18
Conseguir	7	30,64
Ajuda	7	30,64
Estar	44	29,2
Já	6	26,14
Falar	5	21,68
Paz	4	17,27
Relato	6	16,48
Expressão	9	13,75
Tranquilo	13	10,8

Classe 4 (46/220)		
Unidade lexical	*f*	X^2
Vontade	6	23,33
Médico	6	23,33
Enfermeiro	6	23,33
Atendimento	8	22,26
Ficar	13	19,51
Deitar	4	15,41
Material	11	12,78
Carinho	9	11,88
Agente	3	11,5
Tratar	5	10,8

Considerando o diagrama fatorial de nosso estudo, podemos afirmar que as classes número 1 e número 2, ao se aproximarem do eixo cartesiano de índice 0 (zero), confirmam a maior relação (co-ocorrência) existente entre ambas. As palavras estão coloridas de acordo com o seu pertencimento nas classes (gráfico N.3)

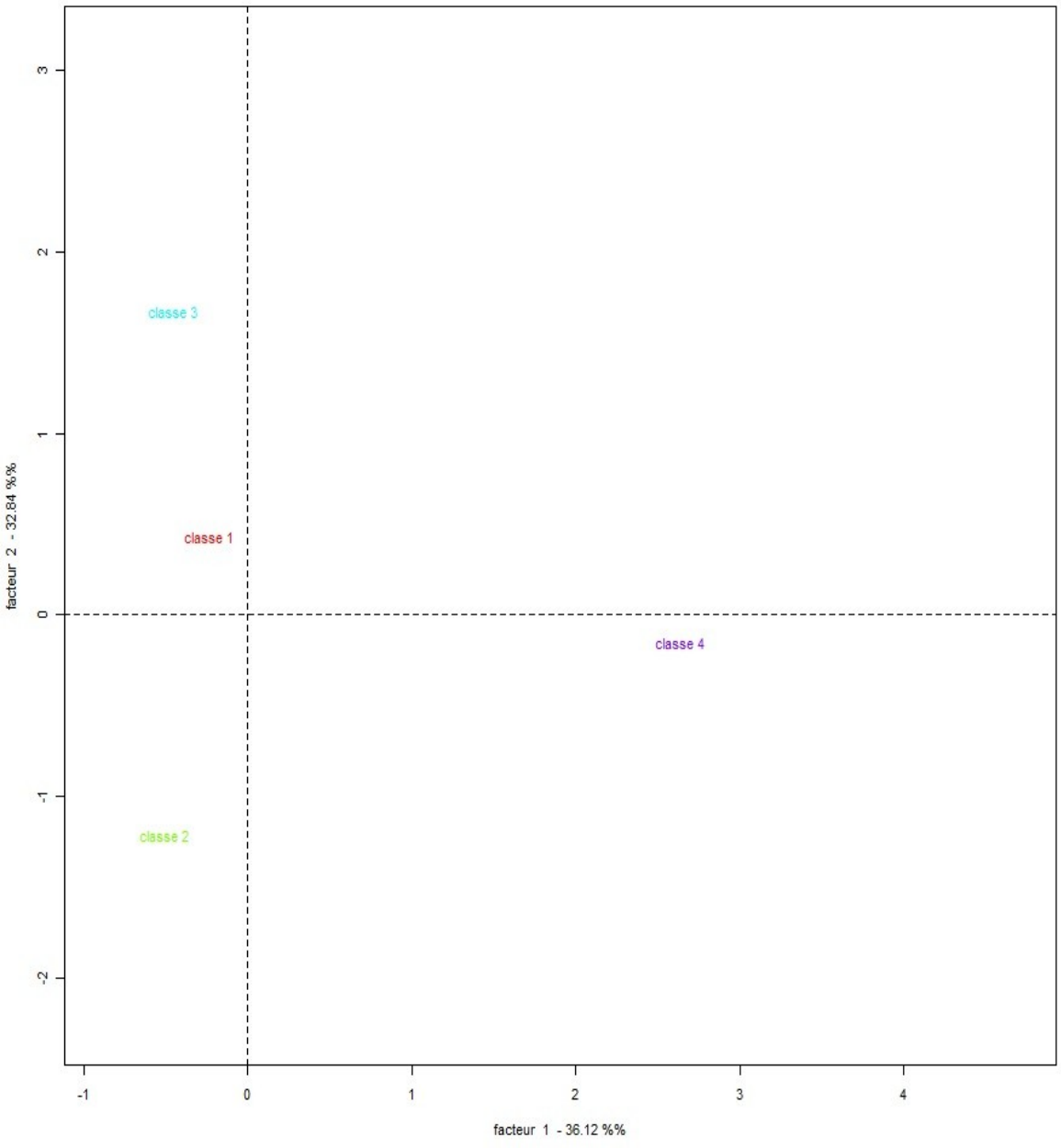


Gráfico 3- Dispersão das Classes

No gráfico 4, é possível, visualizar as palavras mais citadas pelos participantes da pesquisa, e sua dispersão perante as classes. Nele, podemos dar ênfase ao desconforto relacionado aos objetos, ao desconforto à expressão no corpo e também o físico do corpo.

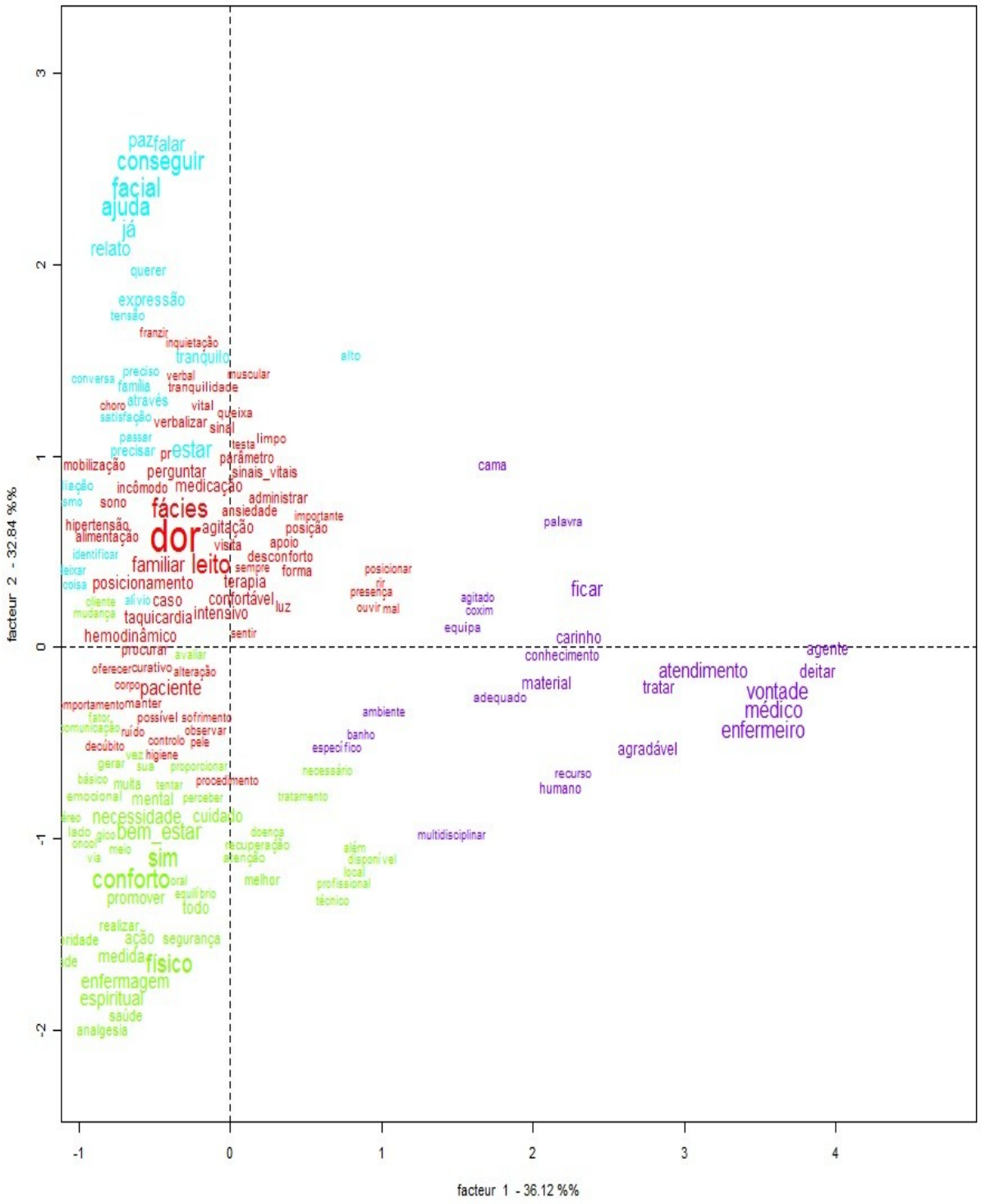


Gráfico 4 - Dispersão das palavras

Um leque semântico foi gerado a partir da retenção das palavras que passaram por uma análise de similitude baseada na teoria dos grafos, permitindo a identificação da co-ocorrência e conexão entre essas palavras contidas no *corpus* (MARCHAND e RATINAUD, 2012). Esta co-ocorrência pode ser observada no gráfico n° 5, nele podemos destacar as palavras “paciente”, “dor”, “estar”, “cuidado” e “necessidade”, todas elas interligadas entre si, sendo a palavra “paciente” localizada no ponto central, possuindo a maior quantidade de conexões.

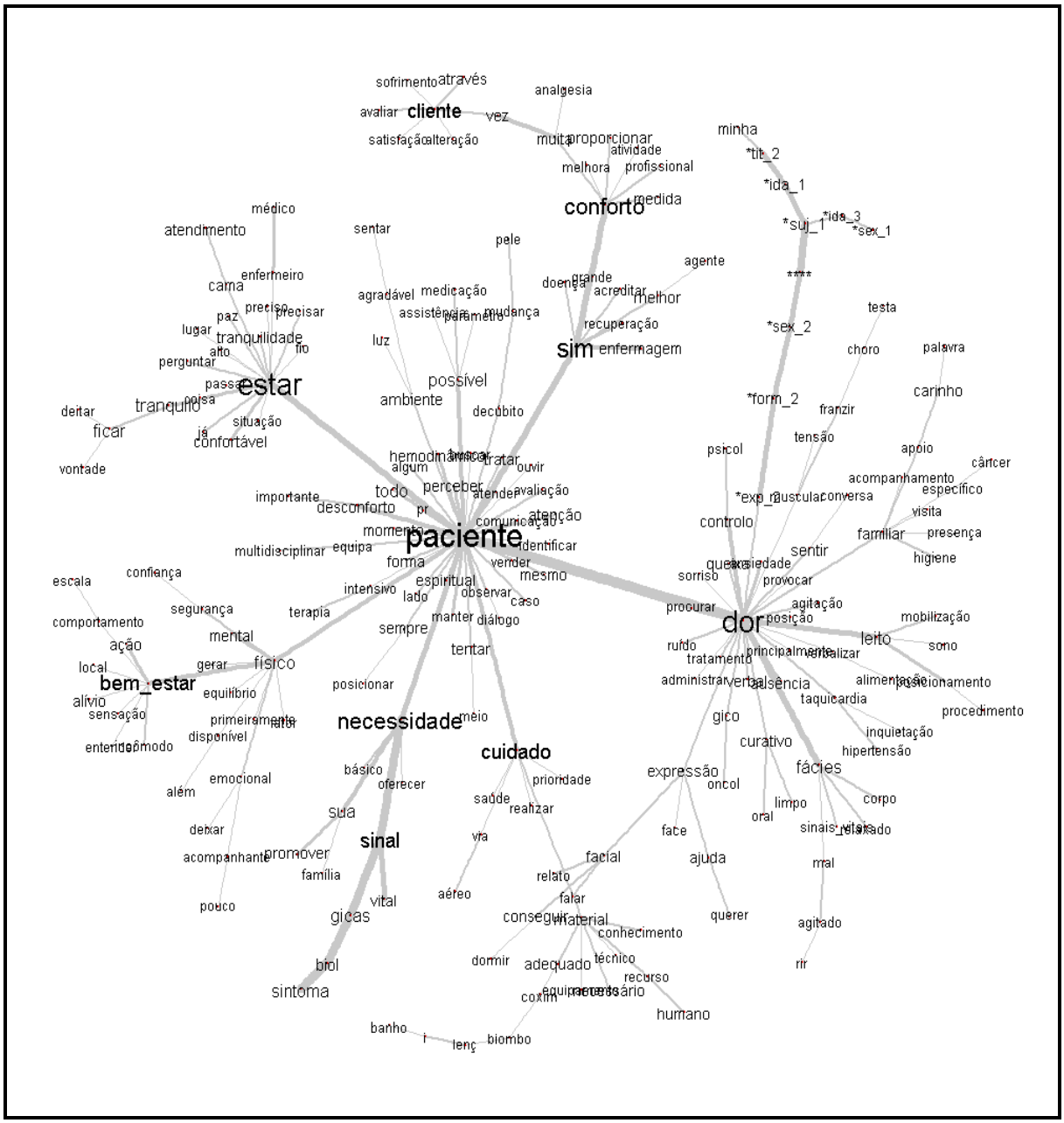


Gráfico 5 - Gráfico de Similitude

A emergência das categorias ganha sentido e forma quando associamos o gráfico de similitude ao dendograma, assim, foi possível uma categoria de análise, procedida de três subcategorias:

1. O conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros em UTI oncológica

    1.1 Conforto como condição temporal do paciente – estar/ficar tranquilo;

    1.2 Conforto como necessidade de cuidado

    1.3 Conforto como alívio da dor.

Ocorrências/ Palavras	f.Palavras Pacientes	f.Palavras. Enfermeiras	%pac.	%enf.
estar	33	28	15,5660377	5,66801619
tranquilidade	13	25	6,13207547	5,06072874
ficar	13	3	6,13207547	0,60728745
físico	8	39	3,77358491	7,89473684
tranquilo	7	11	3,30188679	2,22672065
sentir	7	5	3,301887	1,01214575
psico_espiritual	7	24	3,301887	4,8582996
paciente	7	60	3,301887	12,145749
tratar	6	2	2,83018868	0,4048583
dor	6	46	2,830189	9,31174089
ambiental	6	23	2,830189	4,65587045
alívio	6	28	2,830189	5,66801619
todo	5	9	2,35849057	1,82186235
minha	5	5	2,35849057	1,01214575
cuidado	5	21	2,35849057	4,25101215
conforto	5	23	2,35849057	4,65587045
carinho	5	4	2,35849057	0,8097166
precisar	4	2	1,88679245	0,4048583
melhor	4	6	1,88679245	1,2145749
já	4	2	1,88679245	0,4048583
vontade	3	3	1,41509434	0,60728745
transcendência	3	11	1,41509434	2,22672065
social	3	24	1,41509434	4,8582996
recuperação	3	3	1,41509434	0,60728745
paz	3	2	1,415094	0,4048583
passar	3	2	1,415094	0,4048583
conseguir	3	4	1,415094	0,8097166
atenção	3	4	1,415094	0,8097166
ajuda	3	4	1,415094	0,8097166
agradável	3	2	1,415094	0,4048583
sua	2	16	0,94339623	3,2388664
sensação	2	2	0,943396	0,4048583
sempre	2	5	0,943396	1,01214575
saúde	2	5	0,943396	1,01214575
momento	2	6	0,943396	1,2145749
local	2	2	0,943396	0,4048583

limpo		2	3	0,943396	0,60728745
importante		2	3	0,943396	0,60728745
humano		2	5	0,943396	1,01214575
forma		2	5	0,943396	1,01214575
falar		2	4	0,943396	0,8097166
atender		2	4	0,943396	0,8097166
ambiente		2	9	0,943396	1,82186235
Média	**Mediana**	4,93 3	11,48 5		
Desvio Padrão		5,11	13,32		
Total		212	494	100%	100%

Tabela 1 - Frequência da ocorrência de palavras no *Corpus/* Fonte: autores da pesquisa (2014)

A tabela n°1 apresenta somente as palavras que se repetiram pelo menos uma vez no discurso de enfermeiras e clientes, portanto, são ocorrências comuns entre essas duas variáveis. Merece destaque o verbo "estar", evocado pelos pacientes 33 vezes e pelos enfermeiros 28, permitindo inferir que o conforto é uma condição temporal e não perene.

Vale ressaltar também a aparição frequente dos três tipos de conforto citados por Kolcaba em sua teoria que são os substantivos "tranquilidade", "alívio" e "transcendência", que foram citados 13, 6, 3 vezes pelos pacientes e 25, 28, 11 vezes pelos enfermeiros, respectivamente, mostrando assim que a satisfação das necessidades destes três tipos de conforto é justificada também em uma unidade de terapia intensiva oncológica.

Além disso, para concretizar, de acordo com sua teoria, e firmando sua definição de que " o conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto" (KOLCABA, 1994), surgem em larga escala de aparição em ambas as variáveis seus quatro contextos de experiência do conforto, sendo o "físico" com maior grau de destaque, referido pelos pacientes 8 vezes e pelos enfermeiros 39 vezes, seguido do "psico-espiritual", 7 vezes pelos pacientes e 24 vezes pelos enfermeiros, "ambiental" citado pelos pacientes 6 vezes e pelos enfermeiros 23 vezes, e para finalizar o quarto contexto em maior grau de aparecimento o "social" sendo referido 3 vezes pelos pacientes e 24 vezes pelos enfermeiros.

Estes números mostram também, que além do discurso dos enfermeiros ser marcado pela tipificação do conforto na perspectiva de Kolcaba, o quão preparado é o enfermeiro em praticar ações que forneçam condições para que os clientes experimentem o conforto. Vai muito além do que os próprios clientes "entendem" ou "esperem", é uma ação ou cuidado numa escala maior, engloba a perspectiva do conforto para diferentes pessoas. Na realidade, isto pode ser comprovado diante da análise do desvio padrão, onde mostram que o conceito de conforto na perspectiva dos enfermeiros é mais ampliado que na de clientes.

Diante de uma UTI oncológica, não podemos desmerecer a palavra dor, citada 54 vezes, porém inferida 46 vezes pelos enfermeiros e 6 vezes pelos pacientes, mostrando assim que mesmo com a mistificação da dor em oncologia, vale a análise da inferência dela relacionada ao conforto destes pacientes inseridos neste ambiente.

Merecem destaque também alguns substantivos como “local”, “limpo” e “ambiente”, mencionados em ambas as variáveis, afirmando que a teoria da matriarca da enfermagem moderna, Florence Nightingale reflete nos dias de hoje em imensidade, traduzindo estes três substantivos em suas definições dos conceitos de ventilação, calor, luz, dieta, limpeza e barulhos.

Deste modo, foi possível através da tabela inferir mais uma forma para analisar tais inferências e a partir daí a tentativa da desmistificação do conforto na perspectiva dos dois sujeitos da pesquisa.

Discussão das categorias

CATEGORIA I – O conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros de UTI oncológica

Conforto é a experiência de um estado ou qualidade pessoal ou coletiva, envolvendo sensações de bem-estar, ou seja, sensações de proteção segurança, comodidade, integridade, objetividade nos ambientes, nos espaços e nos contextos em que nascem, vivem e morrem pessoas e coletividade. (FIGUEIREDO et.al., 209, p.427)

Antes de iniciar a análise é importante salientar que esta teve sua origem a partir dos dados do dendograma da classificação hierárquica descendente, dos gráficos de dispersão das classes e de palavras, e do gráfico de similitude. Além disso, foi usado também para uma análise de conteúdo mais fidedigna a leitura incansável e atenta as respostas dadas na íntegra pelos participantes da pesquisa buscando criar assim uma veracidade dos resultados obtidos.

A partir dos dados gerados pelo programa IRAMUTEQ, foi possível construir um conceito de conforto referido por enfermeiros e pacientes de uma unidade de terapia intensiva oncológica em concomitante, capaz de nortear a oferta de conforto a partir da visão de ambos os sujeitos, almejando um consenso comum sobre o conforto poder ser ou não possível quando tratamos deste cliente/paciente neste tipo de ambiente.

Além disso, através da análise dos dados fornecidos pelos participantes, foi possível traçar informações acerca do conforto administrado e recebido, ou pelo menos almejado a se ofertar e a receber, e assim tentar construir um conceito do conforto em unidade de terapia intensiva oncológica para ambos os sujeitos.

Nos primeiros quadros abaixo, estão representadas as definições de conforto e desconforto para o cliente, sendo que esta exposição, são por ambas (conforto e desconforto) se complementarem no momento de tentar traçar um perfil único de sentido do substantivo "conforto", no momento em que estão internados em um ambiente de terapia intensiva.

Cliente 1: "... tranquilidade, estar bem de saúde e estar bem com todo mundo".
Cliente 2: "...se sentir bem no local que está".
Cliente 3: "...é algo que possa movimentar, fico nostálgica em ficar deitada sempre sem nenhum exercício".
Cliente 4: "...começa na estrutura e estende aos médicos, enfermeiros e recepção, também está no atendimento entre quatro parede com atenção fechando a porta do consultório e bom-humor para podermos suportar talvez o que vamos ouvir".
Cliente 5: "... cama confortável silêncio e ambiente agradável".
Cliente 6: "...uma boa cama dentro do leito do hospital e bom atendimento".
Cliente 7: "...é muito bom os funcionários e a gente fica melhor com acompanhante".
Cliente 8: "...a presença dos médicos, enfermeiros e uma palavra de carinho".
Cliente 9: "...tudo que me relaxa e me faz bem".
Cliente 10: "... é estar bem consigo mesmo e ter paz".
Cliente 11: "... se sentir bem".
Cliente 12: "... ter uma cama limpa, banheiros limpos, porque tem lugares que as pessoas estão nas macas no corredor".
Cliente 13: "... estar cercado por um bom atendimento profissional e humano".
Cliente 14: "... se sentir bem em um lugar".
Cliente 15: "... estando bem em um lugar".
Cliente 16: "... estar na minha cama e comendo uma comida gostosa".
Cliente 17: "... ser tratada bem como cidadã".
Cliente 18: "... uma cama melhor e maior agente tosse e balança tudo enfim um outro modelo

de cama”.
Cliente 19: “... atendimento, carinho, limpeza”.
Cliente 20: “... cama, comida e atendimento nota 1000”.
Cliente 21: “... ficar bem à vontade”.
Cliente 22: “... estar na minha casa”.

Ao analisarmos estas primeiras falas, oriundas da definição de conforto para os clientes participantes, é possível notar uma inquietação do que podemos chamar de “micro-ambiente”, a palavra “cama” citada 6 vezes por exemplo, pode ser remetida ao leito, ao desconforto por estar deitado, restrito. Na maioria das respostas, notamos que o conforto para eles está vinculado a sensação de bem-estar, de segurança em relação a enfermidade, ao local de internação e aos profissionais atendentes, a alimentação e a atenção que eles irão receber.

É importante lembrar, que não foi definido um critério de exclusão relacionado ao tipo de câncer destes pacientes, já que o objetivo era buscar respostas gerais e não específicas, o que poderia trazer algumas especificidades em relação ao conforto interessantes, porém não cabíveis a este estudo, sendo assim encontramos como perfil destes sujeitos, vários clientes de diferentes clínicas (ex: neurologia, tórax, cabeça e pescoço, abdome, oncologia, hematologia, urologia entre outros).

Foi relevante também analisar o que causou mais desconforto durante a internação, pois surgiram divergências com as falas de definição do conforto, o que tornou possível considerar a presença da temporalidade do conforto (ou seja, ele poder estar presente em momentos sim e outros não), isto acontece pois, a predicação do que é conforto a partir de uma situação vivida em uma UTI oncológica nem sempre se encaixa com o que mais os desconfortam neste ambiente, nas falas abaixo se comparadas às do quadro acima, se pode observar tamanha dispersão, não podendo assim descaracterizá-las no momento de analisar o que é o conforto para estes sujeitos.

Cliente 1: “...me sinto sufocado, não posso falar nada, ter de ficar mais calado”.
Cliente 2: “...os limites”.
Cliente 3: “...ficar deitada o tempo todo”.
Cliente 4: “...ar-condicionado muito forte, o segundo, a forma com que a pessoa que está

nos tratando se aproxima da gente e o terceiro, é o ambiente se estamos com os médicos e os enfermeiros ou estamos expostos".
Cliente 5: "...barulho, demora no atendimento, cama desconfortável e instalações em imperfeito estado".
Cliente 6: "... ar condicionado".
Cliente 7: "...o mental e muito ruim você precisa de ajuda e de conversa".
Cliente 8: "...a ausência de parentes".
Cliente 9: "...pessoas que não estão nem aí para você quando está com dor, não trocam sua fralda e fazem pouco caso de você".
Cliente 10: "... é muito importante ter um bom atendimento, desconforto é ficar muito tempo em uma mesma posição".
Cliente 11: "... a dor".
Cliente 12: "... a impaciência dos funcionários".
Cliente 13: "... não conseguir ser ouvido".
Cliente 14: "... dor".
Cliente 15: "... a preocupação de estar internado".
Cliente 16: "... a vontade de ir para casa ficar perto das pessoas que você gosta"
Cliente 17: "... a vontade de ir embora".
Cliente 18: "... cama os fios essa sensação de estar sozinho e nem sempre ter ajuda quando eu preciso".
Cliente 19: "... nada".
Cliente 20: "... ficar sem andar".
Cliente 21: "... ficar dependendo das pessoas".
Cliente 22: "... ficar sozinha".

Para os clientes participantes do estudo, o desconforto ligado a internação em unidade de terapia intensiva está voltado as restrições de estar reprimido ao leito, de estar sozinho sem os familiares, sem ter alguém para conversar, ao ambiente frio e barulhento, a exposição e dependência físicas e emocionais de outras pessoas (profissionais), e a dor. "É possível perceber que não raramente, associa-se a ideia de impessoalidade, insensibilidade,

automatização e mecanização ao entendimento de desumanização nas unidades de terapia intensiva". (SILVA et.al., 2009).

Em interpretação as percepções dos clientes, nota-se então com precisão a inquietação com as necessidades básicas do ser humano, as necessidades fisiológicas, sociais, segurança e entre outras, além disso, a questão da temporalidade do conforto, ou seja, de ter momentos em que conseguem se sentir confortáveis e outros não, classificando assim o conforto como efêmero e não perene. Lembrando que, segundo Mussi (1996), " na medida em que o paciente pode apresentar necessidades de conforto não atendidas, pressupõe-se a necessidade de intervenção para maximizar o conforto".

Além destes elementos julgados como desconfortantes, foi possível identificar a dor como mais um componente, dentro de um cenário de doença que já remete aos clientes sua presença constante, ou seja, a grande maioria dos pacientes oncológicos são acometidos pela dor crônica. Segundo Silva et.al. (2001, p.45), a dor crônica é frequente em doentes com câncer e pode ser devido ao tumor primário ou as suas metástases, à terapia anticancerosa (cirurgia, radioterapia, ou quimioterapia) e aos métodos de diagnóstico.

Nas falas dos enfermeiros participantes da pesquisa, é possível na predicação do conforto, ver a aproximação com as necessidades explícitas pelos pacientes em suas perspectivas sobre conforto e desconforto, mostrando assim mais uma vez que o termo "temporal" remete o conforto conforme a sua necessidade de cuidado.

Enfermeiro 1: "...é uma sensação de bem-estar relacionada à ausência de dor ou outras sensações ou situações desagradáveis".
Enfermeiro 2: "...ação que gere bem-estar físico e psico-espiritual".
Enfermeiro 3: "...é ter suas necessidades básicas supridas, estar alimentando, ter uma boa noite de sono, não sentir dor, entre outras faz com que estejamos confortáveis".
Enfermeiro 4: "...bem-estar, satisfação com alguma coisa ou comportamento, local, ambiente em funcionamento e outros".
Enfermeiro 5: "...se sentir aconchegado sem que nada aperte ou incomode quando sentada ou deitada, num ambiente com temperatura agradável e pouca luz".
Enfermeiro 6: "...é bem-estar físico e mental que fatores externos proporcionam ao indivíduo em determinado local que em harmonia promovem e proporcionam o conforto".

Enfermeiro 7: "...tudo que constitui o bem-estar, sendo material de consumo, tecnologias duras, como carro, TV, micro-ondas e etc, sendo não palpável, consolo, solidariedade, alívio, refúgio, interação com a família".
Enfermeiro 8: "...situação de bem-estar e tranquilidade na qual possíveis eventos como dor, náuseas, incômodos de outras ordens, cabeceira do leito, lençóis, decúbito, estão controlados ou ausentes"
Enfermeiro 9: "...resultado do somatório de ações do cuidado para o bem-estar do paciente como um todo".
Enfermeiro 10: "... ausência de agentes sejam externos ou intrínsecos do paciente, que causem desequilíbrio sensorial motor ou emocional".
Enfermeiro 11: "... é tornar o cuidado ao cliente o melhor possível".
Enfermeiro 12: "... é o que te dá bem-estar, alívio, segurança".
Enfermeiro 13: "... medidas, ou seja, cuidado adotado pela equipe multidisciplinar com finalidade de promover o bem-estar do paciente, ou seja, tentativa de suprir suas necessidades básicas".
Enfermeiro 14: "... é a ausência de dor".
Enfermeiro 15: "... é uma experiência subjetiva eu sempre penso como me sentiria e procuro ouvir o paciente, suas queixas, e suas fácies, dar carinho, apoio, perceber a dor, o incômodo, estado de prazer e bem-estar".
Enfermeiro 16: "... bem-estar".
Enfermeiro 17: "... proporcionar condições ao paciente que minimize os incômodos naturais do estar acamado e hospitalizado".
Enfermeiro 18: "... bem-estar na ausência de fatores que provoquem dor, incômodo, ansiedade e medo".
Enfermeiro 19: "... entendo por conforto tudo aquilo que promove o bem-estar em determinado momento".
Enfermeiro 20: "... qualquer tipo de medida que promova bem-estar".
Enfermeiro 21: "... aquilo que proporciona de assegurar o bem-estar mantendo uma atmosfera agradável ao redor do paciente".
Enfermeiro 22: "... entendo como toda e qualquer ação capaz de passar primeiramente pela possibilidade de autonomia, bem-estar, troca e segurança seja ela física, mental ou emocional".

Para os enfermeiros o “bem-estar” e a dor são as inquietações principais diante do confortar um cliente oncológico dentro de um cenário de terapia intensiva, ou seja, a predominância de querer atingir o bem-estar dentro de todas as concepções que envolvem o “estar” doente. A preocupação com o proporcionar um ambiente agradável, buscando aliviar o físico, o emocional, o espiritual, transmitir segurança, e não se abster do cuidado como linha de frente. No discurso dos enfermeiros, a dor e o bem-estar são os que mais se aproximam do conforto, portanto, cessar a dor e gerar bem-estar, irá auxiliar na designação da forma verbal do conforto.

“ O mundo do cuidado, na Unidade de Terapia Intensiva, é singular por se caracterizar em um ambiente distinto às influências de vida natural e cotidiana do ser humano; contudo deve oferecer condições, uma adaptação da melhor forma possível e uma reestabilização do ser humano nela assistido” (RIBEIRO, 2010, p.33). Afinal, segundo Silva et.el. (2011), “ o setor de terapia intensiva induz a pensar em situações ligadas a morte, sofrimento, gravidade e medo que, por sua vez, orienta a construção do pensamento sobre a tecnologia articulada ao cuidado neste local”.

Além disto, existe por parte destes sujeitos também a preocupação com suas necessidades, não só as fisiológicas mais também a questão da falta de autonomia que o ambiente gera ao cliente, a insegurança e o medo remetidos por um quadro que transmite vários anseios. Preocupações estas, advindas da fundamentação do cuidado de enfermagem que segundo Figueiredo et.al (2009, p.414):

> *“ .. conjunto de ações (ações e atos de cuidado), desenvolvidas em situações de cuidado e dirigidas à pessoa sadia ou adoecida, às demais pessoas a ela ligadas, às comunidades e aos grupos populacionais com a meta de promover e manter o conforto, o bem-estar e segurança no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais, é uma ação incondicional do corpo que cuida e envolve impulsos de amor, de ódio, alegria, prazer, esperança, desespero, energia, porque é o sujeito em situação que envolve disponibilidade do corpo que cuida para tocar, manipular humores e odores, é um ato libertador que representa a ação humana que é carregada de emoção e de possibilidade de manter o outro livre; é uma ação política e pode ser revolucionária porque seu acontecimento pode romper com o passado, com o que está estabelecido como cuidado e tornar os envolvidos sujeitos de suas próprias ações”.*

Ilustrando o conforto em Unidade de Terapia Intensiva oncológica a partir da teoria de Dahlberg, cria-se através da análise de resultados um triângulo representativo do conceito de conforto na visão de enfermeiros (as) e clientes participantes da pesquisa.

Considerando a frequência das palavras e sua pertinência com objeto de investigação, a forma verbal para designar o conforto no contexto investigado emerge como: “estar/ficar tranquilo”.

Ou seja, a sua frequência de aparição possibilitou com sua significância, a importância das palavras emanadas pelos pacientes e enfermeiros (as) respondentes deste estudo e que proporcionou a inferência de que “estar/ficar tranquilo” é fundamental para que o cliente oncológico em unidade de terapia intensiva possa experimentar o conforto.

Através do processo de determinação de um referente, no caso o conforto, analisado dentro do universo da terapia intensiva oncológica, passam a ser atribuídos predicados a este referente e a partir das características que se tornam relevantes, irá auxiliar na designação de uma forma verbal, que posteriormente denotará o conceito que nesta propositura emerge como: “condição temporal de alívio e tranquilidade experimentada pelos clientes/pacientes quando suas necessidades humanas básicas são satisfeitas a partir dos cuidados de enfermagem”.

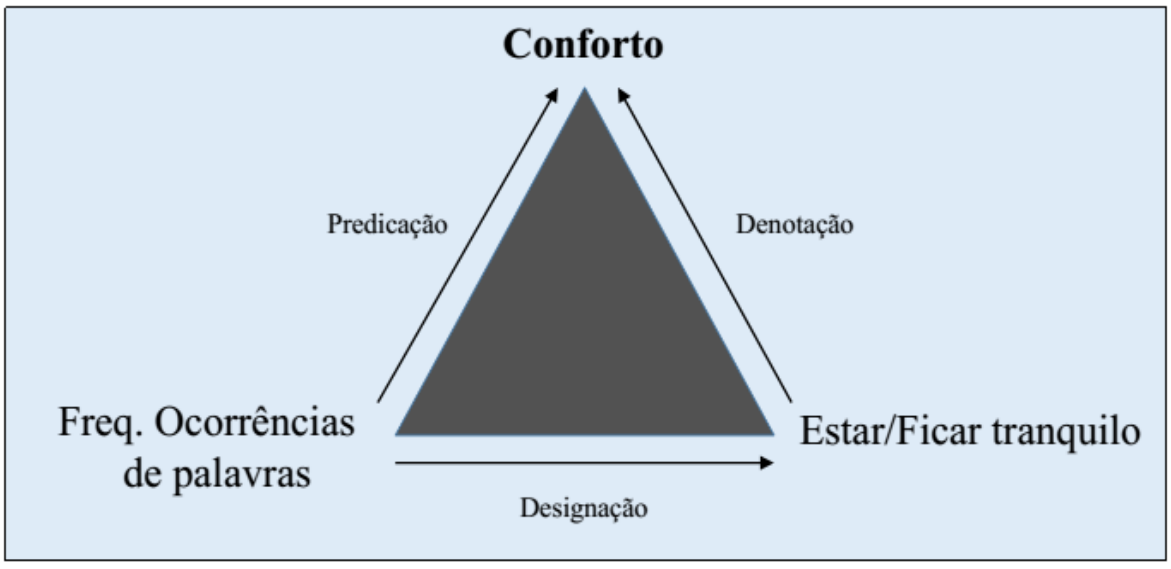


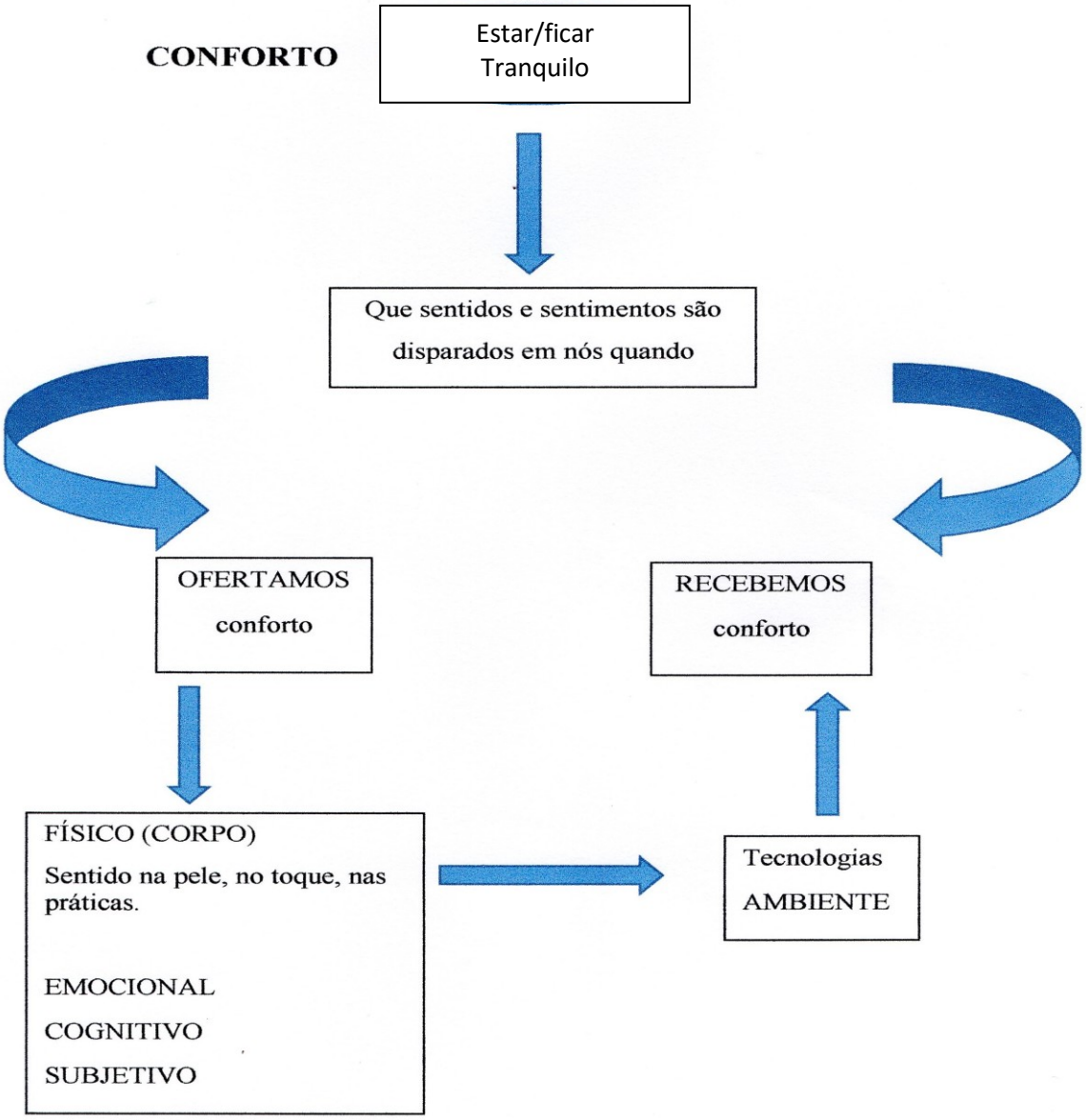
Figura 6 – Triângulo de Ogden e Richard modificado, representando o Conforto nas perspectivas de clientes e enfermeiros em UTI oncológica.

Convivendo rotineiramente com os participantes deste estudo, possibilitou uma melhor observação para a construção de um conceito de conforto que atendesse as características dessas unidades, além da compreensão através da abordagem do questionário, que clientes e

profissionais de enfermagem apontam que o conforto é uma “necessidade” presente nos clientes internados, sendo o estar/ficar tranquilo, na maioria das vezes, o que melhor lhe representa dentro do cenário da UTI oncológica.

Esta condição pode estar intimamente ligada a cessação de todos os elementos apontados como desconfortantes, sendo assim, estar/ficar tranquilo pode ser o objetivo alcançado através do alívio das necessidades, da dor, e da temporalidade.

> *“ O conforto é entendido para além do cuidado, porque é ofertado para o bem-estar das pessoas como condição de conforto físico-espiritual que se inicia no cuidado com o ambiente, com os pertences, com a família, com o corpo que recebe cuidados e que se expressa nos sinais e sintomas físico-biológicos. São cuidados para o espírito que começa com a comunicação, a atenção, a escuta sensível, a oração, a mímica, a presença da família e de pessoas de afeto – manutenção da esperança, das possibilidades e das crenças”. (FIGUEIREDO et.al, 2009, p.427)*



Pictograma 1 - Dinâmica do conforto

SUBCATEGORIAS

1.1) Conforto como condição temporal do cliente – Estar/Ficar Tranquilo

Ao analisar as respostas dos clientes participantes do estudo, observa-se que as percepções de conforto são apenas momentâneas, isto é, existem momentos em que eles se sentem confortáveis e outros em que eles não conseguem atingir este conforto, mesmo que almejado pela equipe cuidadora, como podemos notar pelas falas dos enfermeiros sobre o conforto, que demostram se preocupar e se atentar para o que possa a vir a desconfortar um cliente debilitado de uma unidade de terapia intensiva. De acordo com Mussi (1996), " Parecem existir fatores que contribuem para aumentar ou diminuir o nível de conforto, mas seu controle nem sempre está relacionado com a assistência de enfermagem, mas com a contribuição que ela poderá dar".

A condição temporal aqui citada representa aquilo que passa com o tempo, transitório ou como aqui será chamado de efêmero e, são representados pelos enfermeiros (as) e clientes pelos verbos *estar* e *ficar*. Através da análise dos gráficos e do corpus foi possível analisar o conforto e traçá-lo como uma situação individual e circunstancial que segundo Caccavo (2000, p.151), "as circunstâncias têm a ver com a história pessoal e social dos circunstantes, com as expectativas de ser com o outro, com o modo de ver as coisas que estão no mundo".

É possível sim que o paciente se sinta confortável, porém não necessariamente é certo de que ele permaneça por todo tempo nesta circunstância, haja vista que esse fenômeno é multidimensional e depende de vários fatores que vão desde o ambiente, passando pelos profissionais do cuidado, família e o próprio cliente, como apontam Silva e Carvalho (2008) ao descreverem a dinâmica do conforto em unidades de internação hospitalar.



Figura 5- Espectro do conforto em unidade de internação hospitalar. /Fonte: Tese de doutorado "Conceito de conforto na perspectiva de clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar", Silva C.R.,2008.

É de conhecimento do senso comum, que as unidades de terapia intensiva representam para o paciente um ambiente de dor e sofrimento, talvez pelas suas características físicas peculiares ao tratamento intensivo, tais como, luz permanentemente acesas, temperatura sempre muito baixa, ruídos constantes e elevados, distanciamento de familiares e entes queridos, etc ou ainda talvez pelo simples fato da insegurança de sua condição de "doente" que este ambiente lhe remete.

Tudo isso contribui e muito para que o conforto tão almejado pelos clientes como receptores e pelos enfermeiros como ofertantes, não seja, na maioria das vezes, uma realidade constante e duradoura. E além disso, o que torna o conforto "temporal", é o fato de que para ele acontecer é necessário que alguém lhe proporcione em tempo integral, e nem sempre temos profissionais de enfermagem para uma oferta contínua de cuidados confortantes. Ou seja, segundo Mussi (2005), "o conforto deixa de ser a meta final e absoluta de enfermagem, tornando-se uma meta relativa ou uma estratégia para a sua promoção".

No decorrer de alguns anos cuidando de clientes oncológicos necessitados de cuidados intensivos, me permitiu inferir que esses clientes, na maioria das vezes, expressam um temor ainda mais evidente do que qualquer outro cliente, talvez explicado pelo tempo que eles costumam permanecer internados nessas unidades em decorrência da sua condição patológica, por alguma intervenção cirúrgica, ou ainda, por uma remissão da doença, sendo este motivo, aparentemente, o mais temido. Neste caso o significado da palavra efêmero se torna perfeito para traduzir a condição de conforto para pacientes neste ambiente.

Ao afirmamos que o conforto é temporal, podemos confirmar esta afirmativa através das respostas dadas pelos clientes de como a palavra conforto é entendida por eles. Em quase todas as respostas, podemos ver a menção do conforto a partir das situações em que eles vivenciavam naquele momento, ou seja, no momento em que foi respondido o questionário eles estavam internados em um leito de terapia intensiva. Desta forma, segundo Mussi (1996, p.21), torna-se importante compreender o fenômeno conforto que pode ter algumas especificidades dada a singularidade da situação.

Portanto, foi possível encontrar a referência de conforto daquela circunstância em que eles estavam passando, o que não quer dizer que esta referência lhe caiba quando se pergunta para eles o que é conforto em outro instante vivido em suas vidas, por este motivo cabe a afirmação de que o conforto é um fenômeno/substantivo ou resultante da ação de cuidar, realmente efêmero, que segundo Caccavo (2000) "transmite mais apropriadamente a ideia dos

atos/operações, circunstanciais, dos cuidados", ele pode ter um significado hoje e outro amanhã e quase em momento algum terá o mesmo significado que para outra pessoa, mesmo que este cliente esteja em condições parecidas com o de outrem.

"À medida que o conforto adquire significados diferentes para as pessoas, de acordo com as realidades experienciadas, há necessidade de se refletir acerca de suas diversas faces". (ROSA et al, 2008)

A multiplicidade dos conceitos de conforto, não interfere na aplicação dos mesmos, bastam ser aplicados conforme a necessidade de cada indivíduo, são muitos conceitos difusos, porém muitos objetivos congruentes. A relação enfermeiro-paciente é que estrutura o significado ao conforto. Segundo Caccavo (2000, p.150):

> *"... quanto a palavra efêmera, uma implicação é que os fatos a ela fazem parte das circunstâncias de cuidar, circunstâncias quem valem por si, mas que não petrificam a arte, admitem reconsideração, os cuidados/atos de cuidar podem ser reajustados às condições e necessidades dos clientes. Além de que, o contato obrigatório entre enfermeiros e clientes cria situações nas quais as pessoas se veem perante suas perante suas próprias circunstâncias e têm, ao mesmo tempo, que se relacionar uns com os outros. As circunstancias tem a ver com a história pessoal e social dos circunstantes, com as expectativas de ser com o outro, com o modo de ver as coisas que estão no mundo. No que se refere ao cuidado, o circunstancial não só representa a maneira pela qual as pessoas se comportam naquele momento fugaz, ou efêmero, mas que tem uma certa potência para, isto é, o caráter efêmero pode ter reflexo significativos para a atividade de cuidar, passível de ser reconsiderada. "*

Além da análise dos conceitos é possível verificar a multiplicidade do conforto a partir das falas de clientes e enfermeiros diante dos tipos de conforto sugeridos por Kolcaba em sua teoria.

	Qual o tipo de conforto você acha mais importante para o cliente internado?
Alívio	p.1, p.3, p.6, p.7, p.9,p.11, p.13
Tranquilidade	p.2, p.4, p.5, p.7, p.8, p.12, p.14, p.15, p.17, p.20, p.21, p.22
Transcendência	p.7, p.10, p.16, p.18, p.19

Tabela 2 - Tipo de conforto mais importante em UTI oncológica, segundo clientes respondentes

Para os clientes, o conforto mais importante durante uma internação em UTI oncológica é a tranquilidade. Conforme Kolcaba, "Estado de calma ou contentamento". Para eles, conseguir estar/ficar tranquilo durante a internação é talvez um ponto muito além do que

eles esperam, é na verdade um fato que eles almejam, pois além de vivenciarem o desconhecido, com pessoas que eles nunca viram, não sabendo pelo que vão passar e tendo de respeitar aos limites estabelecidos pelo ambiente, até o alívio que na maioria do casos seria a melhor escolha para um cliente oncológico, eles deixam em segundo plano buscando a tão sonhada calma e paciência para encarar de frente a situação, talvez mais difícil que eles irão encarar em suas vidas.

	Quando você cuida do cliente, com o que você se preocupa prioritariamente?
Alívio	e.3, e.5, e.8, e.12, e.13, e.16, e.19, e.21, e.22
Tranquilidade	e.11, e.21
Transcendência	e.9
Necessidades biológicas (sinais e sintomas)	e.1, e.2, e.4, e.6, e.7, e.10, e.14, e.15, e.17, e.18, e.20, e.21,

Tabela 3 - Tipo de conforto com que os enfermeiros respondentes priorizam ao cuidar do cliente em UTI oncológica

Para os enfermeiros, buscou-se no questionário saber o que eles priorizam na hora de cuidar, e o número maior de respostas foi com as necessidades biológicas (sinais e sintomas), o que sinaliza que a maior preocupação por parte dos profissionais, ainda está voltada para a doença, talvez por ser uma UTI e os clientes muita das vezes se encontrarem criticamente enfermos, ou simplesmente devido ao modelo mecanicista do cuidado. “Detalhes de conforto tais como posicionar um travesseiro ou fazer massagens eram considerados, algumas vezes, atenção extra e tornaram-se dependentes da disponibilidade de tempo da enfermeira”. (MUSSI, 2005, p.75)

Entretanto, em destaque também encontra-se a preocupação com o alívio, que segundo Kolcaba “Estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica”. É possível que para os enfermeiros, que cuidam diretamente dos clientes, ver que a necessidade de aliviar algum desconforto, seja ele físico, social, mental ou psico-espiritual (todos contemplados nos contextos em que ocorre o conforto de Kolcaba), seja ao menos por apenas alguns momentos, suplante uma certeza de dever cumprido, e uma aproximação da almejada tranquilidade.

Talvez, esses profissionais entendam que, ao promoverem alívio para os seus clientes/pacientes, eles consigam alcançar um estado de tranquilidade, não necessariamente

perene, mas, muitas das vezes, efêmera, haja vista a complexidade dos cuidados envolvendo essa clientela e o ambiente em que se encontram. “ Os enfermeiros providenciam cuidados em respostas às necessidades dos doentes, no sentido de os ajudar a suportar o desconforto, aplicando as competências profissionais na planificação e desenvolvimento de estratégias até que o paciente se sinta confortado”. (APÓSTOLO, 2009, p.66)

1.2) Conforto como necessidade de cuidado

Foi possível através desta categoria, destacar que para um cliente de terapia intensiva oncológica, as prioridades de atendimento às necessidades humanas encontram-se ainda mais intensificadas, cada qual com seu grau de importância e que, por este motivo, devem ser identificadas pelos enfermeiros(as) e prontamente atendidas, ainda em que pese o fato de não serem plenamente atendidas por conta da própria situação clínica em que o paciente possa se encontrar. “A essência da enfermagem no âmbito dos cuidados intensivos está centrada no processo de tomada de decisões, o qual, deve basear-se nas condições fisiológicas e psicológicas do paciente”. (SILVA et.al, 2009)

Os pacientes que participaram desta investigação demonstraram de maneira enfática a busca incessante pelo atendimento de suas necessidades, talvez como forma de compensar alguma situação vivida a qual ele próprio não se sente capaz de contemplá-la por estar em um ambiente cheio de limites e restrições. Quando isso não acontece, percebe-se claramente que o desconforto passa a fazer parte da experiência desses pacientes e isso é possível identificar pela angústia infindável, muitas vezes relatada ou não pelo próprio paciente. Tal situação pode ser ilustrada a partir das falas que se seguem:

Cliente 4: “... ar condicionado muito forte, ... a forma com que a pessoa que está nos tratando se aproxima, ... o ambiente, se estamos com os médicos e enfermeiros ou estamos expostos”.
Cliente 5: “...barulho, demora no atendimento, cama desconfortável ...”
Cliente 9: “...pessoas que não estão nem aí para você quando está com dor, não trocam sua fralda e fazem pouco caso de você”.
Cliente 10: “... é muito importante ter um bom atendimento, desconforto é ficar muito tempo em uma mesma posição”.
Cliente 13: “... não conseguir ser ouvido”.

Cliente 18: "... cama, os fios, essa sensação de estar sozinho e nem sempre ter ajuda quando eu preciso".
Cliente 21: "... ficar dependendo das pessoas".

A partir daí, através da teoria de Maslow, se torna mais fácil desmistificar o que ficou oculto. Em sua teoria da motivação, este crê na hierarquia das necessidades, ou seja, ele acredita que quando uma necessidade é atendida, se torna uma motivação para satisfazer uma outra necessidade que ele classifica como de nível superior.

Abraham Maslow criou sua hierarquia a partir das cinco necessidades básicas do ser humano e as representou através de uma pirâmide que visa prioridade e o grau da importância a serem cumpridas. De acordo com Maslow apud Maximiano (2000, p. 349), "tem necessidades inerentes à sua condição humana e que obedecem a uma hierarquia". Assim, por ordem decrescente, as necessidades estão classificadas em: fisiológicas, segurança, sociais, auto-estima e auto-realização.



Figura 6 - Pirâmide de Maslow - Hierarquia das necessidades

Sua teoria ilustra que uma necessidade de nível mais baixo tem forte influência nas de nível superior, portanto deixar de suprir as necessidades mais básicas irão refletir no comportamento do indivíduo, dificultando este a atingir o grau mais elevado de realização.

Associando sua teoria ao estudo aqui compreendido, é possível entender a dificuldade de um paciente de terapia intensiva oncológica em atingir o conforto, começando pelo próprio

ambiente, que de acordo com Murray e Zenther (1975) significam, “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”, que por suas características, passa a ser um obstáculo para a promoção e manutenção do conforto no corpo do paciente.

Desde o momento de internação de um paciente lúcido em terapia intensiva, seja por qualquer quadro clínico ou como indicação de pós-operatório, as recomendações de suas limitações têm um tempo curto de aceitação por parte do paciente. Na maioria das ocasiões, eles dizem compreender o porquê de todas as restrições, mais logo após algumas horas, começam os questionamentos a respeito de quanto tempo terão de permanecer ali, ou que horas vão poder se alimentar, porque ele tem de estar ali e não em uma enfermaria ou porque não pode ter ao lado ser familiar acompanhante, entre outras. E a partir daí, em consonância com a teoria de Maslow, começa a desmoronar sua auto-estima e ruir sua auto-realização que se encontram no topo da pirâmide.

Começando pelas necessidades fisiológicas, que relevada por Maslow é o nível que serve de canal para outras necessidades, algumas falas apontadas pelos participantes da pesquisa, merecem destaque:

Cliente 2: “... local agradável”
Cliente 3: “... movimento” / “... é algo que possa movimentar fico nostálgica em ficar deitada sempre sem nenhum exercício”
Cliente 4: “... ar condicionado muito forte ...”
Cliente 5: “... quando eu deito e consigo dormir tranquilamente” / “... cama confortável silêncio e ambiente agradável”
Cliente 9: “... quando durmo bem faço as minhas refeições”
Cliente 11: “... quando estou sem dor” / “... aliviar a dor”
Cliente 16: “... estar na minha cama e comendo uma comida gostosa”

Sem dúvida, as necessidades fisiológicas estão em primeiro lugar para um paciente de terapia intensiva oncológica, mas não só para eles, nas respostas dos enfermeiros (as) participantes, também foi possível notar que a maior preocupação é com bem-estar físico, que segundo Kolcaba (2001), “Pertencente às sensações corporais”, estão contidas nas falas abaixo:

Enfermeiro 2: "... analgesia".
Enfermeiro 5: "...observar como o paciente se encontra, utilizar travesseiros e coxins, cobertores e manta térmica para aquecer, hidratantes, permitir a presença de familiares 24 horas ou visita estendida, disponibilizar sedação nos casos necessários e administrar analgésicos".
Enfermeiro 11: "... controle da dor".
Enfermeiro 18: "... planta física favorável, regras na utilização de tecnologias que provoquem ruídos, regras para circulação de pessoas, recursos humanos de enfermagem em quantidade suficiente para realizar adequadamente a higiene, mudança de decúbito e atenção às necessidades do paciente".

Entretanto, diante das várias necessidades fisiológicas sem dúvida alguma, a de maior prioridade em uma terapia intensiva oncológica é a cessação da dor. Pacientes oncológicos em sua fisiopatologia já têm a dor como comparte, ou seja, simplesmente pela doença, ou pelos tantos procedimentos que ela lhe causa ou ainda vai lhe acarretar. Vivendo com tal situação durante a sua jornada, o enfermeiro demonstra a dor como a sua maior preocupação e a torna prioridade do seu cuidado de conforto.

Para ambos os participantes a dor além de causar sofrimento, transmite limitações, que de acordo com ROSA et.al (2008), "Não ter dor significa estar bem, que permite a alimentação, a deambulação, o viver confortável". Diante disso, é possível também encontrar na fala de ambos os sujeitos participantes que apontam a dor sendo a principal necessidade fisiológica do paciente oncológico.

Cliente 11: "... é a dor o que mais leva o paciente a sofrer".
Cliente 14: "... remédio e tratar bem".
Enfermeiro 1: "...eliminar ou minimizar o máximo possível a dor".
Enfermeiro 5: "...a dor no paciente oncológico é um motivo importante de desconforto e sempre temos que ter em mente meios de tentar reduzir seja administrando analgésicos seja posicionando melhor no leito ou até o deixar quieto sem mudar de posição ou mobilizar".

Dando continuidade as necessidades apresentadas, a de segurança também encontra-se presente, pois, o estigma do câncer causa medo, receio e ansiedade, e como grande parte dos pacientes retorna para continuidade do tratamento, pois, a cura só pode ser estabelecida após 5

anos, ou ainda, pela grande chance de recidiva da doença, ou casos de mutilações. Em suma, esses pacientes sofrem pelo fato de não saberem o que será do amanhã.

Cliente 8: "...quando você é bem atendida pelos médicos e enfermeiros".
Cliente 15: "... a preocupação de estar internado".
Cliente 18: "... quando me falarem que estou bem e que estou de alta".
Enfermeiro 6: "...promovo confiabilidade como profissional me disponho e identifico como um facilitador a todas as suas necessidades e ofereço todas as medidas de conforto e as adequo com seus meios".
Enfermeiro 8: "... referente principalmente ao controle adequado da dor e da ansiedade referente ao diagnóstico tratamento e prognóstico".
Enfermeiro 10: "... conforto psicológico, espiritual..".
Enfermeiro 13: "... conforto físico e espiritual, o paciente oncológico tem o estigma da doença acha que está condenado à morte".

O fato da falta de um familiar ou acompanhante, estar em um ambiente desconhecido, com pessoas que nunca tiveram nenhum tipo de contato e em alguns casos não sabendo nem o porquê de estar ali, causam no paciente um conflito psicossocial. Ele cobra arduamente da equipe multidisciplinar uma atenção que nem sempre pode ser dada devido à falta de pessoal ou de excesso de trabalho devido à agitação de uma terapia intensiva, e partindo daí aparece a necessidade social, que segundo Kolcaba (2001) "Pertencente às relações interpessoais, familiares e societais", de obter relações, criar vínculos.

Cliente 4: "...desde o primeiro momento de contato pessoal ou visual com o paciente o mesmo deve se identificar com um sorriso aceso aí o paciente ficará alegre sobre os seus cuidados".
Cliente 5: "...conversar, mostrar que se importa com o paciente".
Cliente 7: "...fui muito bem tratada mas senti falta da minha mãe".
Cliente 8: "...quando você é bem atendida pelos médicos e enfermeiros e chega à uma recuperação tranquila" / "...a ausência de parentes".
Enfermeiro 22: "... busco a empatia visto que em grande parte dos momentos a comunicação verbal e não verbal se encontra prejudicada sendo assim tento perceber ele me colocando em seu lugar mesmo sabendo que em diversas ações acabo sendo limitado dentro

da minha concepção”.

A presença destas três necessidades aumenta quando a auto-estima já está comprometida, a perda da dignidade, a distinção, a falta de competência, importância, atenção, autonomia e a necessidade de confiança e ser alguém. Neste momento os pacientes ficam mais inquietos e impacientes e menos colaborativos com o cuidado, distanciando ainda mais o conforto de sua realidade, eles passam a se sentir dependentes e inúteis perante a vida.

Cliente 13: “... não conseguir ser ouvido”.
Cliente 12: “... a impaciência dos funcionários”.
Cliente 7: “...temos que ter variedades de coisas já estamos em uma situação bem ruim”.
Enfermeiro 16: “... atenuar o sofrimento do cliente”.
Enfermeiro 18: “... com certeza a enfermagem por estar ao lado do paciente percebe suas necessidades e tenta as satisfazer sempre que possível”.
Enfermeiro 19: “... preciso saber de suas reais necessidades por meio de indagações e observação para que eu possa tentar promover e trazer um bem-estar”.

Para finalizar as necessidades dos pacientes assistidos em unidade de terapia intensiva oncológica em consonância com a teoria de Maslow, encontra-se no topo de sua pirâmide a auto-realização, ou seja, a busca do indivíduo em crescer como pessoa, desenvolver e buscar o seu próprio potencial, sem perder a sua individualidade. Afirmando ainda esta definição nas acepções de Kolcaba podemos encontra-lá dentro do contexto psico-espiritual, que segundo ela é “pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado”.

Cliente 19: “... ser tratada bem como cidadã”.
Enfermeiro 9: “...detectar a prioridade das suas atividades para promover os cuidados necessários. ”
Enfermeiro 12: “... às vezes de alguns equipamentos para realizar o conforto para o corpo, mas de sensibilidade para a alma”.

> *"Este fato nos leva a refletir que os homens estão inseridos no mundo através de seus corpos. Quando uma mudança ocorre no corpo, o estilo de vida nem sempre está preservado e os indivíduos perdem ou apresentam dificuldades para desempenhar atividades e desfrutar de prazeres e, algumas vezes, afastam-se do seu sistema de apoio social e interrompem a conquista de seus projetos"* (MUSSI, et.al., 1996, p.34)

Esta categoria possibilitou ver que a teoria de Maslow, completa a teoria de Kolcaba quando falamos do paciente oncológico em terapia intensiva, pois conseguimos encontrar as cinco necessidades da pirâmide de Maslow (necessidades fisiológicas, segurança, social, auto-estima e auto-realização) contidas e afirmadas na teoria de Kolcaba, quando ela cita os contextos nos quais o conforto é experimentado (físico, psico-espiritual, ambiental e social).

Partindo de uma tentativa de adaptação do conforto à pirâmide das necessidades de Maslow, originada da inquietude de até que ponto as necessidades humanas básicas, quando supridas, resultam em conforto? Talvez a inserção do conforto, esteja na mesma classificação das necessidades fisiológicas, ou seja, poderíamos consideram as necessidades fisiológicas e de conforto como a base da pirâmide quando tratamos do paciente de terapia intensiva oncológica, pois o conforto estaria como prioridade do cuidado e em uma maior dimensão, facilitando assim a atingir as próximas necessidades apontadas por Maslow, de forma ascendente, pois intensificando a oferta do conforto, o cliente atingiria o estar/ficar tranquilo, e portanto, facilitaria o suprir das outras necessidades.

A leitura do conforto para o paciente oncológico vai muito além de suas necessidades diárias, durante a internação em um setor onde os limites são extremos e rotineiramente cobrados, a ansiedade e a intensidade envolvem ainda com mais força a maneira de como eles irão solicitar este conforto e como eles vão recebê-lo. E é por este motivo que a enfermagem tem de se envolver e procura entender e compreender o que está além. Segundo Silva (2008, p.71):

> *"A idéia de "conforto" e "desconforto" requer, antes de tudo, das enfermeiras, uma exploração sobre os cinco sentidos, no corpo do cliente assistido, tal como ele se encontra no âmbito da experiência, e de forma que o cliente possa expressar suas necessidades em face de suas próprias condições de enfermo, e do modo como ele sente o ambiente e os profissionais que cuidam dele. Na perspectiva dos valores humanos, é imperativo que se dê atenção à comodidade, adequação e expressividade para que se possa assistir devidamente aos clientes. No entanto, deve-se ter em mente que um bom resultado na assistência ao cliente, depende também de efeito cultural, tomando-se como base um conjunto de elementos sociais harmoniosamente equilibrados e bem estruturados. "*

1.3) Conforto como alívio da dor

O conforto é uma necessidade estritamente pessoal, intransferível, portanto, não pode ser comparado com uma mesma dor – ela é só minha, mesmo que física e pode piorar com a condição de cada cliente.

"As pesquisas também demonstram que a percepção e a reação à dor variam entre indivíduos com uma mesma doença, de igual localização e extensão e podem levar a diferentes graus de sofrimento. Essas diferenças individuais dependem do sexo, raça, cultura e história do indivíduo". (SILVA et.al, 2001, p.45)

As queixas álgicas em pacientes oncológicos é o que certamente há de mais comum no esperado por estes pacientes em qualquer momento de seu tratamento. Talvez por este motivo, conseguimos perceber a presença da dor como uma das palavras mais citadas dentro do questionário aplicado aos participantes desta pesquisa. A "dor do câncer", talvez o maior estigma que a doença pode trazer para aqueles que são cuidados e também para os que cuidam. "Uma dor intensa que não é aliviada acarreta consequências físicas, psicológicas e sociais adversas. O paciente tem direito a um tratamento adequado à sua dor e que se respeite a sua avaliação individual" (Simões, 2011, p. 170)

Apesar da dor ser uma preocupação de ambos, no momento de uma internação em unidade de terapia intensiva oncológica, quem demostra uma maior inquietação relacionada a ela, é a equipe de enfermagem, o que se confirma através das respostas obtidas a partir dos questionários aplicados neste estudo, ela aparece citada 46 vezes. " Para a enfermagem, o objetivo do conforto, a curto prazo, é o de aliviar o desconforto dos pacientes e assisti-los a suportar a sua dor". (APOSTOLO, 2009, p.66)

Talvez a maior preocupação por parte daqueles que ofertam o cuidado ocorra devido a responsabilidade não ser exclusivamente do enfermeiro e portanto nem sempre poderem tentar a resolução apenas como profissional individual, muita das vezes a dor necessita de um auxílio multiprofissional, um exemplo, para a prescrição, ele necessita do auxílio de outro profissional, o que causa algumas vezes solicitações infindáveis relacionadas à prescrição médica, "o número de tratamentos e procedimentos de enfermagem relacionados à dor diminuiu, e o uso de analgésicos e narcóticos tornou-se o recurso inicial para o seu alívio". (MUSSI, 2005, p.75)

Porém, mesmo diante destes percalços vistos no ambiente que remete uma UTI oncológica, uma razão que à torna positiva para os clientes/ pacientes, é o fato de ser um setor de vigilância contínua (equipe 24h, monitorização hemodinâmica), proporcionando com isso, a diminuição da incidência da dor em clientes internados neste setor, afinal estão sendo cuidados em tempo integral. A enfermagem tem facilidade em identificar a dor, e com isso promover ações e facilitar recursos para a sua redução, seja com o cuidado apenas da própria equipe ou com auxílio da multiprofissional.

Ainda contribuindo com a afirmação acima, a dor é desencadeante de solicitações de ação de conforto por parte dos clientes talvez por este motivo se torne a maior inquietação advinda por parte dos enfermeiros, o que faz com que estes se atentem como talvez causa primária na sua prestação de cuidados. Afinal, "a dor é única, indecifrável, intransferível e tremendamente solitária". (Waldow, 2004, p.164)

As ações de conforto que estão ligadas a amenizar a dor, tem de circundar não só a dor física, mas também a dor da alma, pois certamente elas estão profundamente ligadas entre si. Notamos isto, quando um paciente refere dor mesmo após terem sido administrados vários analgésicos e opióides, ou senão quando acabamos de administrar alguma medicação e imediatamente já recebemos a resposta em que a dor já passou.

Por estes e outros motivos talvez a dor se torna um fantasma para os enfermeiros intensivistas oncológicos, "porque os medicamentos podem tratar a dor, mas não curam todas as dores. A pior de todas é a dor da alma, a dor dos afetos, ou a dor da falta dos afetos, e essa se trata com disponibilidade, empatia, carinho, humor e profissionalismo". (Simões, 2011, p. 170)

> *"o controle e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinônimos de conforto, enquanto que a presença e a sensação da dor, descrevem várias vezes, o sentido da palavra desconforto. Este é tipicamente, relatado como a não satisfação de algumas necessidades que, quando satisfeitas, resultam na experiência de conforto. " (*APÓSTOLO, 2009, p. 62).

Se analisarmos ainda mais a fundo o gráfico de similitude gerado pelo software IRAMUTEQ, veremos a palavra dor interligada as palavras - posição, mobilização, curativo, sono, administrar, tratamento, taquicardia, agitação, entre muitas outras, confirmando assim, muitas das causas da dor relatadas por eles no momento da internação, como exemplo, a

posição que eles permanecem, a mobilidade no leito, o incômodo na troca de um curativo ou na administração de um medicamento, ou os sintomas apresentados quando ela se instala, ou seja a dor não é sinalizada apenas por causa da doença em si, fatores que os desconfortam também podem os levar a sentir a dor. “O conforto parece implicar a ausência de condições indesejáveis, como dor e problemas, ou alívio destas, quando presentes (MUSSI et.al., 1996, p.33)

Dor sugere desconforto e se sentir desconfortável é uma situação que sugere cuidado. Segundo Kolcaba (1995), “o cuidado de conforto requer, quer um processo de acções confortantes, quer o resultado dessas ações”. Ou seja, para Kolcaba, as intervenções de enfermagem são ações que geram o conforto, e o conforto é o resultado desta intervenção. Portanto, se colocarmos a dor em análise, talvez ela caiba no sentido do conforto como verbo, ou seja, esperando um processo e seu resultado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação assumiu como objetivo construir um conceito de conforto na perspectiva de enfermeiros (as) e clientes em UTI oncológica e determinar uma forma verbal do constructo de conforto a partir das falas de enfermeiros (as) e clientes em UTI oncológica.

Para tal, foram contemplados 44 participantes da pesquisa, sendo 22 enfermeiros (as) atuantes em unidade de terapia intensiva oncológica e 22 clientes internados nesta mesma unidade.

O atual estudo, embora seja uma experiência contínua, tem a pretensão de fortalecer investigações precursoras sobre o conforto, e atendeu ao que foi proposto e ainda apontou indícios ou traços de elementos para a construção de um conceito sobre conforto e reafirmou aquilo que já vem sendo identificado. Está expresso no quadro dispersão das palavras onde a dor física manifestada é o ponto central do desconforto na terapia intensiva oncológica. No entanto, há algo latente que nos indicam que esses indícios ou traços, a partir dos clientes diz respeito a questão temporal, de ser e estar em algum lugar para ser confortado; conforto como necessidade e não como cuidado; conforto como alívio, tranquilidade e transcendência.

Esses elementos, alívio, tranquilidade e transcendência, são de diversas intensidades e texturas, o alívio imediato (efêmero) de uma dor que permanece (perene) longa, profunda, irritante e inexplicável, nos encaminhando para os sintomas de desconforto, que não é físico e nem da doença, mas dos objetos, dos espaços, das pessoas, do cuidar, da comunicação, do toque que envolve todos os sentidos. Se o conforto é uma necessidade, este fica à mercê do cuidado e se ele é o alívio da dor ele se torna terapêutico.

Conclui-se então, que o conforto apesar de ser possível, não foi representado como um estado perene para o paciente de unidade de terapia intensiva oncológica, ele foi representado como efêmero, inferido como temporal, passageiro, hora pode ser ou não experimentado e presenciado. Esta classificação afeta diretamente a ambos os sujeitos participantes da pesquisa, pois, para os clientes o conforto pleno dentro deste ambiente é impossível, inquietando assim, a equipe de enfermagem que muitas das vezes por falta de pessoal, tempo ou de recurso não pode proporcioná-lo e ou mantê-lo de forma integral, causando assim mais um motivo de insatisfação pessoal e profissional por não atingir um objetivo.

Apesar do desconforto se instalar em muitos momentos da internação, para os clientes e para os enfermeiros, atender as necessidades humanas básicas e aliviar a dor são meios

facilitadores, capazes de gerar ações que forneçam o conforto, mesmo que por um curto espaço de tempo. Ainda que seja de difícil definição, ou de busca de elementos próprios que tratem deles por envolver necessidades dentro de um determinado tempo e espaço.

Para os clientes, em alguns momentos, atender suas necessidades sobressaem ainda o alivio da dor, o que é justificado pela constância de analgesia que estes recebem quando internados em unidade de terapia intensiva oncológica, o que lhes proporciona um pouco de alívio, porém, em muitos casos, a dor é tão intensa que ela volta a se tornar para eles o primeiro fator de desconforto. Se sentir confortável está intimamente ligado a satisfação de suas necessidades fisiológicas, sobretudo, o alívio da dor, mas ao mesmo tempo também existe as necessidades, de segurança, sociais, de auto-estima e auto-realização.

O presente estudo, mostrou que a construção de um conceito de conforto nas perspectivas de clientes e enfermeiros em unidade de terapia intensiva oncológica, está intimamente ligado com a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, escolhida para traçar no referencial teórico como norteador deste constructo. Foi possível ver com nitidez nas respostas, a inserção dos seus contextos (físico, psico-espiritual, ambiental, e social) em que o conforto pode ser experimentado contidos em várias respostas, além da identificação dos tipos de conforto (alívio, tranquilidade e a transcendência), seja de forma objetiva e subjetiva.

Para finalizar, o constructo do conceito de conforto aqui objetivado, com ênfase na Teoria do Conceito, de Ingetraut Dahlberg, foi relacionado como referente o *conforto,* dado como "unidade de conhecimento", podendo ou não ser subjetivo. Como característica, ou seja, propriedades predicadas ao referente, neste estudo foram percebidas através das palavras destacadas das classes de 1 à 4, geradas pelo software IRAMUTEQ pelo dendograma da classificação hierárquica descendente. E como forma verbal, neste estudo esperado como parte dos objetivos traçados, "estar/ficar tranquilo", capaz de designar o referente conforto.

Mesmo com as respostas aqui obtidas, o cenário do conforto é amplo e ainda exige novas reflexões, este estudo é apenas um contributo para o conhecimento, que busca a disseminação não só para a área de enfermagem mais para todos aqueles que almejam um crescimento deste tipo de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALLIGOOD, M.R e MARRINER T,A **. Nursing Theory: Utilization and application**. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 2002.

APOSTOLO,J.L.A. **O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos.** Rev. Referência. II série – n°9 – Mar. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro, Lisboa: Setenta, 1988.

CACCAVO P.V. **A Arte da Enfermagem: efêmera, graciosa e perene**. Tese de Doutorado. EEAN/UFRJ. RJ, 2000.

CAMARGO, B.V. **ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais**. In: A. S. P. Moreira (Org.). Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 511-539.

CAMARGO, B. V., & Justo, A. M. (2013). **IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais.** Temas em Psicologia, 21(2), 513-518

CINTRA, E; NISHIDE, V.M et al. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo.** 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

DAHLBERG, I. **A Referent-oriented analytical concept theory of interconcept.** International Classification. v.5, n.3, p.142-150, 1978.

DAHLBERG, I. **Ontical structures and universal classification.** Bangalore: Sarada Ranganthan Endowment, 1978. 64p.

DAHLBERG, Ingetraut. **Teoria do conceito. Ciência da Informação**. v.7, n. 2, p. 101-07, 1978.

FIGUEIREDO, N.M.A, MACHADO, W.C.A, et.al. Corpo e saúde – Condutas clínicas do cuidar. Rio de Janeiro: Águia dourada, 2009.

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

KALAMPALIKIS, N. **L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales.** In : J. C. Abric (Org.). Méthodes d'étude des représentations sociales. Paris: Érès, 2003. p. 147-163.

KOLCABA, K.Y. **A taxonomic structure for the concept comfort**. Image. Vol.24, n°4, p.237-240, 1996.

KOLCABA, K.Y. **Comfort as process and product, merged in holistic nursing art.** Journal of Holistic Nursing. Vol.13, n°2, p. 117-131, 1995.

LAHLOU, S. (2012). **Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier.** Papers on Social Representations, 20(38),1-7.

LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1996

MARCHAND, P., & Ratinaud, P. (2012). **L'analyse de similitude appliqueé aux corpus textueles: les primaires socialistes pour l'election présidentielle française**. In *Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT 2012* (pp. 687-699). Liège, Belgique. Retrieved April 13, 2013, from http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf

MAXIMIANO. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

MERHY, E. E**. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde − Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. In: MALTA, D. C. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte − reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C. S. et al. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO, 1992.

MURRAY, R & ZENTNER, J. **Nursing concepts in health promotion**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1975.

MUSSI, F.C. **Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto em enfermagem.** Acta Paul. Enferm. 2005; 18(1):72-81.

MUSSI, F.C. **Conforto: revisão de literatura**. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.2, p.254-66, ago. 1996.

MUSSI, F.C., FRIEDLANDER, M.R, ARRUDA, E.N. **Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. Rev. latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.19-39, dezembro 1996.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M., & Camargo, B. V. (2000). **Psicologia social, representações sociais e métodos**. Temas em Psicologia da SBP, 8(3), 287-299.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem.** Ijuí: Unihuí , 2000.

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

ORLANDO, J.M.C; MIQUELIN, L. **UTIs Contemporâneas**. São Paulo: Atheneu, 2008.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POLIT, D.F e HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.** 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D; BECK, C; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RATINAUD, P., & Marchand, P. (2012). **Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "Cable-Gate" avec IraMuTeQ.** In: *Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles* (pp. 835-844). Liège, Belgique. Retrieved April 13, 2013, from http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste

REINERT, M. **Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval**. Bulletin de Methodologie Sociologique, v.26, p.24-54, 1990.

REINERT, M. (1998). **Alceste: Analyse de données textuelles**. Manuel d'utilisateur. Toulouse: IMAGE.

RIBEIRO,Y.C . **As dimensões do cuidado da enfermeira na unidade de terapia intensiva.** Dissertação de mestrado. Curitiba: UFPR, 2010.

ROCHA, P.K., PRADO, M.L. et al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 1, p.19-22, jan/fev, 2008.

ROSA, L.M. ET AL. **As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):410-4.

SILVA, C.R, CARVALHO, V., FIGUEIREDO, N.M.A. **Ambiente e tecnologia: uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem e conforto no ambiente hospitalar.** Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental online 2010. Abr/Jun. 2(2):883-888.

SILVA, C.R; **O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar** – Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2008. xi, 185p.

SILVA, C.R, CARVALHO, V., FIGUEIREDO, N.M.A. **Predicações de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiros.** Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1): 49 -55.

SILVA, L.M.H, ZAGO, M.M.F. **O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro.** Rev. Latino-am Enfermagem 2001 julho; 9(4): 44-9.

SILVA, R.C, FERREIRA,M.A. **Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnología no ambiente de terapia intensiva.** Texto Contexto Enferm. 2009; 18(3): 489-97.

SILVA,R.C, FERREIRA,M.A. **Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro**. Rev. Acta paulista enferm. 2011: 24(5): 617-23.

SILVA, R.C.L, KACZMARKIEWIZ, C.C, CUNHA, J.J.S.A, MEIRA, I.C, FIGUEIREDO, N.M.A, PORTO, I.S. **O significado da tecnologia no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.** Rev SO-CERJ. 2009;22(4):210-8.

SIMÕES, A.S.L. **A dor irruptiva na doença oncológica avançada.** Rev.Dor. São Paulo, 2011; abr-jun;12(2): 166-71.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde – As relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

APÊNDICE I – TCLE clientes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
O CONFORTO A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DE CLIENTES E ENFERMEIROS ENVOLTOS COM A TECNOLOGIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado(a) para participar de um estudo que envolve "conceituar o conforto a partir das perspectivas de clientes e enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva oncológica" ou seja, "o estudo busca saber o que você entende por conforto após ser cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva", em um hospital oncológico, da rede federal, localizado na cidade Rio de Janeiro. O tema abordado parte da inquietação compreendida durante o processo do cuidar de pacientes de alta complexidade, pois nem sempre o que pensam os profissionais da assistência e prestadores de cuidados é, de fato, relevante no momento de confortar um ser humano.

Este estudo se justifica, devido a observação do conforto sob uma ótica plural, analisando a equipe multiprofissional, o ambiente de uma UTI em conjunto com as tecnologias que a compõe (iluminação, temperatura, disposição dos leitos, entre outros), indo além da compreensão ou execução do cuidado. É a necessidade de analisar a relevância particular de cada indivíduo na aplicação das diferentes vertentes do conforto. Portanto, como contribuição este estudo pretende, qualificar e estabelecer a melhor maneira de se confortar um paciente oncológico.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, apresento seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVOS DO ESTUDO

• Definir o *termo referente* conforto na perspectiva de enfermeiras e pacientes em UTI oncológica.

• Construir a partir das falas de enfermeiras e pacientes um conceito de conforto na perspectiva da UTI oncológica

• Estabelecer um constructo de conforto a partir de conceitos já estabelecidos na teoria de Kolcaba.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar deste estudo, necessito que o Sr.(a), forneça informações sobre como você se sente ao ser cuidado em uma unidade de terapia intensiva oncológica. As perguntas serão bem objetivas, ocupando assim alguns minutos para respondê-las. Sua participação na pesquisa é voluntária. O questionário conta de perguntas abertas e fechadas, que deverão ser respondidas sem a minha interferência, será aplicado em um momento oportuno durante sua internação, de maneira alguma interferindo em qualquer cuidado prestado. O questionário irá buscar as seguintes informações: desenhar seu perfil individual quanto à idade, sexo, unidade de internação, diagnóstico, o que você entende por conforto, se conforto é uma necessidade, o mais importante tipo de conforto, o que mais o(a) (des)conforta na internação. Você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Informo que o Sr.(a) terá garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e também total liberdade para retirada do consentimento, sem qualquer tipo de prejuízo. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através da conclusão da minha tese, em artigos científicos, revistas especializadas, encontros científicos e/ou congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

RISCOS

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

BENEFÍCIOS

Sua participação não trará nenhum benefício direto ou imediato, mas proporcionará um melhor entendimento a respeito do conforto em unidades de terapia intensiva oncológica.

Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

O estudo não necessitará de acompanhamento ou assistência, será necessário apenas o fornecimento de informação através do questionário aplicado.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Além da pesquisadora, seus registros poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e equipe de pesquisadores envolvidos. Seu nome não será revelado ainda que informações de seu registro sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Este tipo de estudo não possibilita qualquer necessidade dos mesmos.

CUSTOS

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a Pesquisadora Thaísa Lopes Louzada Vidal deve ser comunicada e as informações coletadas serão imediatamente descartadas.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos a você ou seus familiares a fazerem perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para Pesquisadora Thaísa Lopes Louzada Vidal no telefone **(24)97401.9215 ou (24)3323.5035.** Se você tiver perguntas com relação a seus

direitos como participante do estudo, também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA, situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 3207-6551 ou (21) 3207-6565, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Entendo que poderei ser solicitado se necessário e não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ ____ / _____ / _____

(Assinatura do Participante) dia mês ano

_____

(Nome do Participante – letra de forma)

_____ ____ / ____ / _____

(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

_____ ____ / ____ / ____

(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

APÊNDICE II - TCLE enfermeiros (as)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
O CONFORTO A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DE CLIENTES E ENFERMEIROS ENVOLTOS COM A TECNOLOGIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado(a) para participar de um estudo que envolve "conceituar o conforto a partir das perspectivas de clientes e enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva oncológica", em um hospital oncológico, da rede federal, localizado na cidade Rio de Janeiro. O tema abordado parte da inquietação compreendida durante o processo do cuidar de pacientes de alta complexidade, pois nem sempre o que pensam os profissionais da assistência e prestadores de cuidados é, de fato, relevante no momento de confortar um ser humano.

Este estudo se justifica, devido a observação do conforto sob uma ótica plural, analisando a equipe multiprofissional, o ambiente de uma UTI em conjunto com as tecnologias que a compõe (iluminação, temperatura, disposição dos leitos, entre outros), indo além da compreensão ou execução do cuidado. É a necessidade de analisar a relevância particular de cada indivíduo na aplicação das diferentes vertentes do conforto. Portanto, como contribuição este estudo pretende, qualificar e estabelecer a melhor maneira de se confortar um paciente oncológico.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, apresento seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVOS

DO ESTUDO

• Definir o *termo referente* conforto na perspectiva de enfermeiras e pacientes em UTI oncológica.

• Construir a partir das falas de enfermeiras e pacientes um conceito de conforto na perspectiva da UTI oncológica.

• Estabelecer um constructo de conforto a partir dos conceitos já estabelecidos na teoria de Kolcaba.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar deste estudo, necessito que o Sr.(a), forneça informações sobre sua prática do cuidar em uma unidade de terapia intensiva oncológica. As perguntas serão bem objetivas, ocupando assim alguns minutos para respondê-las. Sua participação na pesquisa é voluntária. O questionário conta de perguntas abertas e fechadas, que deverão ser respondidas sem a minha interferência, este será aplicado em um momento oportuno durante o seu expediente de serviço, sem que lhe ofereça prejuízo de suas funções ou que interfira no seu processo de cuidado para com o paciente. Algumas destas perguntas serão feitas no sentido de traçar o perfil dos participantes da pesquisa, tal como sexo e idade, o tempo de formação e de experiência profissional, e o setor de atuação profissional. Outras foram repensadas com o objetivo de buscar o entendimento que os profissionais possuem acerca do conforto, se ele é uma necessidade do cliente, do que os enfermeiros precisam para promovê-lo, quais os tipos de conforto que eles conseguem identificar, e seu mais adequado contexto. Você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Informo que o Sr.(a) terá garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e também total liberdade para retirada do consentimento, sem qualquer tipo de prejuízo. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através da conclusão da minha tese, em artigos científicos, revistas especializadas, encontros científicos e/ou congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

RISCOS

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

BENEFÍCIOS

Sua participação não trará nenhum benefício direto ou imediato, mas proporcionará um melhor entendimento a respeito do conforto em unidades de terapia intensiva oncológica. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

O estudo não necessitará de acompanhamento ou assistência, será necessário apenas o fornecimento de informação através do questionário aplicado.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Além da pesquisadora, seus registros poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e equipe de pesquisadores envolvidos. Seu nome não será revelado ainda que informações de seu registro sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Este tipo de estudo não possibilita qualquer necessidade dos mesmos.

CUSTOS

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a Pesquisadora Thaísa Lopes Louzada Vidal deve ser comunicada e as informações coletadas serão imediatamente descartadas.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos à você, fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para Pesquisadora Thaísa Lopes Louzada Vidal no telefone **(24)97401.9215 ou (24)3323.5035.** Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA, situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 3207-6551 ou (21) 3207-6565, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Entendo que poderei ser solicitado se necessário e não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ ____ / _____ / _____

(Assinatura do Participante) dia mês ano

_____

(Nome do Participante – letra de forma)

_____ ____ / ____ / _____

(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo participante.

_____ ____ / ____ / ____

(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento)

APÊNDICE III – Instrumento de coleta de dados (Enfermeiros)

INTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS (AS)

1. Tempo de formação: _____. / Tempo de experiência:_____.
2. Especialista: ( ) Sim ( ) Não . Em quê? _____.
3. Maior titulação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado.
4. Idade: _____. / Sexo: ( ) F ( ) M.

5. O que você entende por conforto?

_____
_____
_____.

6. O que faz para promovê-lo durante o cuidado com o cliente?

_____
_____
_____.

7. Do que precisa para promovê-lo?

_____
_____
_____.

8. Como avalia se ele foi promovido?

_____
_____
_____.

9. Existe ao seu ver, um conforto específico ao paciente oncológico?

_____
_____
_____.

10. Quais os tipos de CONFORTO possíveis de serem identificados quando você cuida do cliente?
( ) Alívio * ( ) Tranquilidade ** ( )Transcendência ***

_____

*sintetizado a partir do trabalho de Orlando (1961), que por sua vez afirmam que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes.

**sintetizado a partir do trabalho de Henderson (1966), que descreveu 13 funções básicas dos seres humanos que tinham de ser mantidas para a manutenção homeostática.

***extraído dos trabalhos de Paterson e Zderad (1975 e 1988), que acreditavam que os doentes podiam superar as suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

11. Você considera o CONFORTO como meta dos cuidados de enfermagem? Por quê?

_____
_____
_____
_____.

12. Quando você cuida do cliente, com o que você se preocupa prioritariamente?
( ) Com as necessidades biológicas (sinais e sintomas)
( ) Com o alívio
( ) Com a tranquilidade
( ) Com a transcendência

13. Segundo Kolcaba, o conforto pode ser experimentado, e a partir de seus estudos baseados estes em literaturas específicas, definiu- os como:
a. Físico: pertence as necessidades humanas básicas;
b. Psico-espiritual: pertencente a consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
c. Ambiental: pertencente ao meio, as condições e as influências externas;
d. Social: pertencente as relações interpessoais, familiares e societais.
Assim, classifique cada um desses contextos em grau de importância e justifique:

1º

_____
_____
_____
_____.

2º

_____
_____
_____
_____.

3º

_____
_____
_____
_____.

14. Quais as expressões (faciais, corporais e verbais) mais comuns que você consegue identificar no cliente nos estados de CONFORTO e de DESCONFORTO?

_____
_____
_____
_____.

APÊNDICE IV – Instrumento de coleta de dados (Clientes)

INTRUMENTO PARA COLETA DE PESQUISA
QUESTIONÁRIO – CLIENTES

1. Sexo: ( ) M ( ) F
2. Idade: _____.

3. O que você entende por conforto?
_____
_____
_____
_____
_____.

4. Qual o tipo de conforto que você considera mais importante para o cliente internado?
( ) Alívio
( ) Tranquilidade
( ) Transcendência

5. Você considera o conforto uma necessidade do cliente internado?
( )Sim ( ) Não

Por quê?
_____
_____
_____
_____
_____.

6. Qual o conceito de conforto que você julga mais importante para o paciente internado?
( ) Físico ( ) Social ( ) Ambiental ( )Psico-espiritual

7. O que te causa mais desconforto quando está internado?
_____
_____
_____
_____
_____.

8. O que o enfermeiro(a) faz para lhe deixar mais confortável?
_____
_____
_____
_____
_____.

9. Como você sabe que atingiu o conforto?

_____
_____
_____
_____
_____.

APÊNDICE V

CARACTERIZAÇÃO DAS CLASSES DE ACORDO COM AS RESPOSTAS DOS PACIENTES E ENFERMEIROS



Classe 1
Classe 2
Classe 3
Classe 4
Segmentos de texto não classificados (estatisticamente insignificante)

**** *suj_2 *sex_1 *ida_1
quando se sente no local agradável

**** *suj_3 *sex_2 *ida_2
quando ando me movimento

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3
quando eu deito e consigo dormir tranquilamente

**** *suj_6 *sex_1 *ida_3
quando internei e tive um bom tratamento dos enfermeiros e dos médicos

---

**** *suj_7 *sex_2 *ida_2
fui muito bem tratada mas senti falta da minha mãe

**** *suj_8 *sex_2 *ida_3
quando você é bem atendida pelos médicos e enfermeiros e chega à uma recuperação tranquila

---

**** *suj_9 *sex_2 *ida_2
quando durmo bem faço as minhas refeições e todos estão de bem com os outros

---

**** *suj_10 *sex_1 *ida_3
com saúde e amor no coração

**** *suj_11 *sex_1 *ida_3
quando estou sem dor

**** *suj_13 *sex_1 *ida_3
bem_estar

**** *suj_14 *sex_2 *ida_2
quando se sente bem

**** *suj_15 *sex_1 *ida_3
porque eu consegui dormir tranquilo

**** *suj_16 *sex_2 *ida_3
quando estou tranquila

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3
quando eu estiver fora daqui

**** *suj_18 *sex_1 *ida_3
quando me falarem que estou bem e que estou de alta

**** *suj_19 *sex_2 *ida_3
porque eu estou vendo a minha melhora

**** *suj_20 *sex_1 *ida_3
quando eu receber alta e saber que estou bem

**** *suj_21 *sex_1 *ida_1
quando a gente sai de alta

**** *suj_22 *sex_2 *ida_3
quando estou tranquila

**** *suj_1 *sex_1 *ida_3
tranquilidade estar bem de saúde e estar bem com todo mundo

**** *suj_2 *sex_1 *ida_1
se sentir bem no local que está

**** *suj_3 *sex_2 *ida_2
é algo que possa movimentar fico nostálgica em ficar deitada sempre sem nenhum exercício

---

**** *suj_4 *sex_1 *ida_3
começa na estrutura e estende aos médicos enfermeiros e recepção também está no atendimento entre quatro parede com atenção fechando a porta do consultório e bom_humor para podermos suportar talvez o que vamos ouvir

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3
cama confortável silêncio e ambiente agradável

**** *suj_6 *sex_1 *ida_3
uma boa cama dentro do leito do hospital e bom atendimento

**** *suj_7 *sex_2 *ida_2
é muito bom os funcionários e a gente fica melhor com acompanhante

---

**** *suj_8 *sex_2 *ida_3
a presença dos médicos enfermeiros e uma palavra de carinho

**** *suj_9 *sex_2 *ida_2
tudo que me relaxa e me faz bem

**** *suj_10 *sex_1 *ida_3
é estar bem consigo mesmo e ter paz

**** *suj_11 *sex_1 *ida_3
se sentir bem

**** *suj_12 *sex_1 *ida_3
ter uma cama limpa banheiros limpos porque tem lugares que as pessoas estão nas macas no corredor

---

**** *suj_13 *sex_1 *ida_3
estar cercado por um bom atendimento profissional e humano

**** *suj_14 *sex_2 *ida_2
se sentir bem em um lugar

**** *suj_15 *sex_1 *ida_3
estando bem em um lugar

**** *suj_16 *sex_2 *ida_3
está na minha cama e comendo uma comida gostosa

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3
ser tratada bem como cidadã

**** *suj_18 *sex_1 *ida_3
uma cama melhor e maior agente tosse e balança tudo enfim um outro modelo de cama

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_3
atendimento carinho limpeza

**** *suj_20 *sex_1 *ida_3
cama comida e atendimento nota 1000

**** *suj_21 *sex_1 *ida_1
ficar bem a vontade

**** *suj_22 *sex_2 *ida_3
estar na minha casa

**** *suj_1 *sex_1 *ida_3
tratar o paciente com educação e respeito

**** *suj_2 *sex_1 *ida_1
ser agradável

**** *suj_3 *sex_2 *ida_2
nada

**** *suj_4 *sex_1 *ida_3
desde o primeiro momento de contato pessoal ou visual com o paciente o mesmo deve se identificar com um sorriso acesso aí o paciente ficará alegre sobre os seus cuidados.

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3
medicação conversa mostrar que se importa com o paciente

**** *suj_6 *sex_1 *ida_3
todos tem um timo cuidado com paciente

**** *suj_7 *sex_2 *ida_2
conversar mais é muito pouco tempo temos que ter acompanhantes

---

**** *suj_8 *sex_2 *ida_3
transmite umas palavras de carinho

**** *suj_9 *sex_2 *ida_2
uma boa atenção em todos os procedimentos e amizade

**** *suj_10 *sex_1 *ida_3
ser atenciosa e atender com clareza as suas obrigações

**** *suj_11 *sex_1 *ida_3
alivia a dor

**** *suj_12 *sex_1 *ida_3
dedicação

**** *suj_13 *sex_1 *ida_3
atenção proximidade conversar

**** *suj_14 *sex_2 *ida_2
remédio e tratar bem

**** *suj_15 *sex_1 *ida_3
tudo que os enfermeiros fazem me conforta

**** *suj_16 *sex_2 *ida_3
o atendimento no geral

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3
tudo

**** *suj_18 *sex_1 *ida_3
na hora do banho escovar os dentes

**** *suj_19 *sex_2 *ida_3
carinho e a maneira em que nos trata

**** *suj_20 *sex_1 *ida_3
o carinho

**** *suj_21 *sex_1 *ida_1
o cuidado prestado

**** *suj_22 *sex_2 *ida_3
conversa

**** *suj_1 *sex_1 *ida_3
me sinto sufocado não posso falar nada ter de ficar mais calado

---

**** *suj_2 *sex_1 *ida_1
os limites

**** *suj_3 *sex_2 *ida_2
ficar deitada o tempo todo

**** *suj_4 *sex_1 *ida_3
ar _condicionado muito forte o segundo a forma com que a pessoa que está nos tratando se aproxima da gente e o terceiro é o ambiente se estamos s com os médicos e os enfermeiros ou estamos expostos

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3
barulho demora no atendimento cama desconfortável e instalações em imperfeito estado

---

**** *suj_6 *sex_1 *ida_3
ar_condicionado

**** *suj_7 *sex_2 *ida_2
o mental e muito ruim você precisa de ajuda e de conversa

**** *suj_8 *sex_2 *ida_3
a ausência de parentes

**** *suj_9 *sex_2 *ida_2
pessoas que não estão nem aí para você quando está com dor não trocam sua fralda e fazem pouco caso de você

**** *suj_10 *sex_1 *ida_3
é muito importante ter um bom atendimento desconforto é ficar muito tempo em uma mesma posição

---

**** *suj_11 *sex_1 *ida_3
a dor

**** *suj_12 *sex_1 *ida_3
a impaciência dos funcionários

**** *suj_13 *sex_1 *ida_3
não conseguir ser ouvido

**** *suj_14 *sex_2 *ida_2
dor

**** *suj_15 *sex_1 *ida_3
a preocupação de estar internado

**** *suj_16 *sex_2 *ida_3
a vontade de ir para casa ficar perto das pessoas que você gosta

---

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3
a vontade de ir embora

**** *suj_18 *sex_1 *ida_3
cama os fios essa sensação de estar sozinho e nem sempre ter ajuda quando eu preciso

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_3
nada

**** *suj_20 *sex_1 *ida_3
ficar sem andar

**** *suj_21 *sex_1 *ida_1
ficar dependendo das pessoas

**** *suj_22 *sex_2 *ida_3
ficar sozinha

**** *suj_1 *sex_1 *ida_3
se ele não tiver conforto ele não consegue ficar tranquilo

**** *suj_2 *sex_1 *ida_1
irá se sentir melhor

**** *suj_3 *sex_2 *ida_2
pois sem o conforto o paciente não terá calma para se recuperar

**** *suj_4 *sex_1 *ida_3
porque para sairmos curado precisamos ser tratado também por alguém curado bem_humorado expressivo tranquilo bom de coração e está prestes a ajudar

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3
porque já está passando por um momento difícil longe da família e amigos

**** *suj_6 *sex_1 *ida_3
para uma boa recuperação

**** *suj_7 *sex_2 *ida_2
temos que ter variedades de coisas já estamos em uma situação bem ruim

**** *suj_8 *sex_2 *ida_3
o conforto nos fornece uma melhora mais rápida

**** *suj_9 *sex_2 *ida_2
pois precisamos de tranquilidade para passar pelo que estamos passando

**** *suj_10 *sex_1 *ida_3
porque você deve estar bem com você e com o próximo para gerar uma corrente de paz

**** *suj_11 *sex_1 *ida_3
é a dor o que mais leva o paciente a sofrer

**** *suj_12 *sex_1 *ida_3
é o direito de qualquer ser humano

**** *suj_13 *sex_1 *ida_3
é uma forma de manter o cliente integrado sem a sensação de aleijamento

**** *suj_14 *sex_2 *ida_2
não faz diferença se já tem a necessidade de estar internado

**** *suj_15 *sex_1 *ida_3
vai me deixar tranquilo e ter paz de espírito e saber que estou sendo bem cuidado

**** *suj_16 *sex_2 *ida_3
porque eu já estou debilitada então o conforto é muito importante ter uma palavra amiga

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3
tudo melhora

**** *suj_18 *sex_1 *ida_3
precisamos de ajuda e auxílio nos cuidados

**** *suj_19 *sex_2 *ida_3
se você não tiver conforto você não se recupera bem

**** *suj_20 *sex_1 *ida_3
porque faz eu me sentir melhor

**** *suj_21 *sex_1 *ida_1
porque ele te proporciona uma boa recuperação

**** *suj_22 *sex_2 *ida_3
porque sim

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
com o alívio

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
com o alívio

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
com o alívio

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
com a transcendência

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_1 *form_2
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_11 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
com a tranquilidade

**** *suj_12 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
com o alívio

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
com o alívio

**** *suj_14 *sex_1 *ida_2 *tit_3 *exp_2 *form_2
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
com o alívio

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_18 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
com o alívio

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
com as necessidades biológicas sinais e sintomas

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
com o alívio

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
quando possível perguntando ao paciente se está confortável ou avaliando os parâmetros hemodinâmicos

---

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
conseguir identificar uma intercorrência e à corrigir direta ou indiretamente

---

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
através do relato do paciente de avaliação de sinais vitais e faciais em pacientes que não podem ou conseguem comunicar

---

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
através da satisfação do cliente e de sua família ou através da avaliação do resultado final

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
o paciente fica mais tranquilo concilia o sono os sinais vitais estabilizados caso haja desconforto no leito ou dor estes podem ser o motivo da instabilidade

---

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
avaliando a relação cuidador e cliente após assistência e abordagem juntamente com as manifestações possíveis de uma boa assistência

---

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
avaliação dos sinais vitais verbalização do próprio paciente quando possível medicações de segurança do ponto de vista gerencial e monitoramento

---

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
por meio das respostas verbais e ou não_verbais do paciente

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
através da satisfação do cliente

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_1 *form_2
assistência de queixas ou normalização dos parâmetros hemodinâmicos

---

**** *suj_11 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
pela face através de expressões ou relato do cliente

**** *suj_12 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
na terapia intensiva nem sempre à feedback do conforto nos buscamos em nós mesmos

---

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
obsevando o paciente exemplos fácies análise dos sinais vitais expressões corporais e as vezes verbal pois estamos tratando de terapia intensiva

---

**** *suj_14 *sex_1 *ida_2 *tit_3 *exp_2 *form_2
perguntando ao cliente ou aferindo de forma subjetiva por uma escala de comportamento à dor

---

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
pelas fácies de dor interação com o paciente pela tranquilidade e manutenção hemodinâmica do paciente

---

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
observando as reações e atitudes do cliente

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
pelo aumento ou diminuição das queixas do paciente pela redução da ansiedade do paciente quando lúcido paciente sedado apenas pelas fácies de dor

---

**** *suj_18 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
observando o paciente a agitação sinais vitais alterados fácies de sofrimento ansiedade mostra que não foi alcançado no centro de terapia intensiva paciente apresentando estabilidade hemodinâmica e bem adaptado à prótese e com fácil despertar me sinaliza o conforto

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
primeiro perguntando ao cliente se ele está confortável geralmente naquela posição com a luz apagada ou acesa isso no serviço noturno e atráves das alterações hemodinâmicas

---

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
relato verbal mudança a expresão facial sinais vitais que estavam alterados e se normalizaram

---

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
o ideal era ter uma escala para essa mensuração porém na ausência da mesma reavaliar as necessidades físicas com as queixas físicas e no controle dos sinais vitais e as queixas emocionais das necessidades psicológicas

---

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
através de alguns sinais que percebo junto ao paciente porém da mesma forma consigo perceber o desconforto causados pelas minhas ações que em grande parte do tempo são orientadas por uma rotina

---

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2 sim
na medida em que estamos cuidados de pessoas e buscando reabilitar sua saúde nossas ações visam o bem_estar e portanto o conforto do paciente

---

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
sim por seu contato direto com o paciente muita das vezes responsável pela substituição dos mecanismos de defesa do mesmo

---

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
sim é indicação de um bom trabalho

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim porque a enfermagem fornece a promoção da saúde e segundo o ministério da saúde a definição da saúde é bem_estar fisica mental e espiritual e o bem_estar é sinônimo de conforto

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim quando a pessoa está confortável durante o tempo de internação na unidade de terapia intensiva tende a ficar mais tranquila e feliz o que contribui para a sua recuperação

---

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim pois acredito ser inerente ao bem_estar físico e mental e qualquer oscilação na falta de conforto desencadeará uma série de sintomas ao cliente prejudicando sua recuperação

---

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
sim a partir de uma escala de prioridades o conforto será estabelecido

---

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
sim porque o estado de conforto permite que o paciente colabore com as ações para recuperação e possibilita no profissional um melhor gerenciamento de atividades e do tempo dispensado a outras ações assistenciais

---

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim auxilia no seu plano de cuidados

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_1 *form_2
sim diante da complexidade da doença muitas das vezes o conforto é prioridade no cuidado quando as demais necessidades estão dentro da melhor possível

---

**** *suj_11 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
sim porque é importante para o paciente se sentir menos desconfortável dentro de um ambiente hospitalar que lhe causa grande dor

---

**** *suj_12 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim provavelmente uma das principais desde o início da enfermagem

---

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim porque promover o conforto engloba todas as atividades rotineiras da enfermagem

---

**** *suj_14 *sex_1 *ida_2 *tit_3 *exp_2 *form_2
sim porque o desconforto por si só pode acarretar em alterações fisiológicas importantes como por exemplo o aumento da pressão arterial

---

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
sim para manutenção do bem_estar da hemodinâmica e do paciente relativamente físico social psico espiritual s cio cultural mental comportamental ambiental a adoção da enfermagem de excelência visando o melhor para o paciente o vendo como um todo

---

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim pois com o cliente confortável ele tem condições de reagir melhor ao tratamento

---

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim o paciente precisa estar bem física e psiquicamente

**** *suj_18 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
com certeza a enfermagem por estar ao lado do paciente percebe suas necessidades e tenta as satisfazer sempre que possível

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
sim por meio dele podemos avaliar se estamos realizando o cuidado e não apenas procedimentos técnicos como curativos aspiração de vias aéreas higiene oral e entre outros

---

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
sim paciente confortável tranquilo facilita as intervenções é mais fácil a manter o equilíbrio hemodinâmico

---

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
sim porque o conforto gera bem_estar e um equilíbrio físico psico_espiritual

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
sim considero porém nunca como a meta exclusiva mas sem parte dela porque tenho que buscar o associar as demais metas que constituem os cuidados de enfermagem

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
recursos materiais e humanos

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
recursos materiais e humanos

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
da colaboração da equipe técnica e médica

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
de acesso ao material necessário para realização do cuidado de tempo disponível de boa vontade e disposição física além de conhecimento específico para cada tipo de cuidado

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
observar como o paciente se encontra utilizar travesseiros e coxins cobertores e manta térmica para aquecer hidratantes permitir a presença de familiares 24 horas ou visita extendida disponibilizar sedação nos casos necessários e administrar analgésicos

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
necessito de conhecimento para ter e transmitir confiança segurança e além disso os fatores físicos e estruturais disponíveis para adequar as necessidades da pessoa a ser confortada

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
tempo conhecimento da história atual da doença equipamentos materiais medicamentos ambiente terapêutico e recursos humanos adequado a demanda de trabalho

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
conhecimento técnico habilidade sensibilidade na percepção das respostas do paciente materiais e insumos adequados e de qualidade equipe multidisciplinar coesa

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
detectar a prioridade das suas atividades para promover os cuidados necessários

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_1 *form_2
ouvir o paciente ou identificar através de sinais fisiológicos e parâmetros as possíveis formas de desconforto

**** *suj_11 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
somente de material para o cuidado e de um técnico de enfermagem para me ajudar

**** *suj_12 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
as vezes de alguns equipamentos para realizar o conforto para o corpo mas de sensibilidade para a alma

---

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
equipe multidisciplinar treinada

**** *suj_14 *sex_1 *ida_2 *tit_3 *exp_2 *form_2
boa vontade e conhecimento

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
principalmente tempo mas também materiais como água quente coxins travesseiros televisão e subjetivamente carinho e apoio

---

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
atenuar o sofrimento do cliente

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
boa vontade material necessário como biombos coxins lençóis adequados material de banho aquecido entre outros

---

**** *suj_18 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
planta física favorável regras na utilização de tecnologias que provoquem ruídos regras para circulação de pessoas recursos humanos de enfermagem em quantidade suficiente para realizar adequadamente a higiene mudança de decúbito e atenção as necessidades do paciente

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
preciso saber de suas reais necessidades por meio de indagações e observação para que eu possa tentar promover e trazer um bem _estar

---

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
tempo material número de pessoal adequado

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
boa comunicação multidisciplinar que a instituição de saúde promova um ambiente físico adequado para a qualidade do cuidado e uma atitude empática para atender as necessidades físicas psíquicas sociais e espirituais do paciente e da sua família

---

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
primeiramente de motivação pois em diversos momentos da minha prática profissional me questiono se esta que é cheia de rotinas e preceitos poderão atender à necessidade que consigo observar no outro o paciente quando não o faço não acredito que a minha ação simplesmente é mecanizada e somente atende a minha necessidade

---

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
sim eliminar ou minimizar o máximo possível a dor

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
sim analgesia

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
não é exclusivo do paciente oncológico mas normalmente aparece em todos eles que é a diminuição da dor

---

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim no caso de pacientes acamados um bom e correto posicionamento no leito boa higiene organização no leito provisão de material boa ventilação do leito e para os familiares atenção especial e o fornecimento detalhado e completo de informações à cerca do paciente com apoio emocional

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
a dor no paciente oncológico é um motivo importante de desconforto e sempre temos que ter em mente meios de tentar reduzir seja administrando analgésicos seja posicionando melhor no leito ou até o deixar quieto sem mudar de posição ou mobilizar

---

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim o conforto expressado através da segurança e confiança depositada no cuidador

---

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
sim percebo na verbalização dos pacientes a necessidade de atenção espiritual mais do que pacientes de outras especialidades em enfermagem

---

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
sim referente principalmente ao controle adequado da dor e da ansiedade referente ao diagnóstico tratamento e prognóstico

---

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim curativos limpos medicações específicas e acompanhamento com seus familiares

---

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_1 *form_2
conforto psicológico espiritual e controle da dor

**** *suj_11 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
controle da dor

**** *suj_12 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim o câncer é muito estigmatizado

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim o conforto físico e espiritual o paciente oncológico tem o estigma da doença acha que está condenado à morte

---

**** *suj_14 *sex_1 *ida_2 *tit_3 *exp_2 *form_2
muitas vezes o cliente oncológico precisa além da analgesia com opióides é um conforto espiritual

---

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
sim principalmente o relacionado à dor crônica e ao acolhimento

---

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
específico não mas sem dúvida o psicológico deve ser priorizado

---

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sim controle da dor e o ideal seria um acompanhamento psicológico pois acredito que se sentir doente e incapaz piora o estar doente

---

**** *suj_18 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
prevenção e tratamento da dor manter o paciente informado sobre a doença e tratamento envolvimento e apoio dos familiares ser assistido por equipe multiprofissional

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
sim pois é um cliente complexo onde há alterações físicas e emocionais e muitas vezes a carga emocional é muito grande percebo que muitas vezes deixamos o lado emocional por último a ser avaliado

---

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
não considero específico mas acredito que o lado espiritual para um paciente com câncer tende a ser de fundamental importância pelo estigma entre câncer e morte

---

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
sim por ser uma doença degenerativa e por muitas vezes fora de possibilidade de cura a busca do conforto é fundamental no tratamento curativo ou paliativo como o controle da dor lesões tumorais com mau cheiro infecções orais diarréia e de outros efeitos colaterias da doença ou do tratamento

---

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
não existe pois caso concordasse estaria em meu entendimento tentando proporcionar conforto de igual forma a indivíduos diferentes e com necessidades diferentes também logo estaria mais tendencioso a falhar com a individualidade deste ser

---

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
fácies de tranquilidade

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
a mais comum em unidade_de_terapia_intensiva está nos valores dos sinais_vitais e em segundo a imobilidade no leito

---

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
semblante tranquilo relato de bem_estar

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
fácies relaxada e tranquila com voz tranquila e evidência de limpeza no leito

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
rosto tranquilo braço relaxado

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
diálogo confiante membros relaxados face tranquila sem expressões aparentes ou feliz

---

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
sinais_vitais estáveis fácies tranquila tranquilidade ausência de dor visitas artigos próprios de expressões

---

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
sono aceitação da alimentação visita mobilização no leito verbaliza

---

**** *suj_12 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
sem fácies de dor corpo relaxado e melhora dos sinais_vitais agradecimento

---

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
fácies tranquila serena paciente confortável sinais_vitais estáveis

---

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
paz sorrisos tranquilidade e estabilidade

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
muitas das vezes o cliente não consegue ou não quer falar mas a expressão facial já ajuda a avaliar

---

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
fácies tranquila corpo relaxado fala calma

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
expressão facial tranquila

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
expressões verbais como a dor melhorou meus familiares vieram hoje um sorriso

---

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
alegria disposição face relaxada musculatura relaxada bom humor otimismo e confiança

---

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
busco no paciente tranquilidade paz mesmo entendendo que a terapia_intensiva em diversos momentos amplia nosso olhar e ao mesmo tempo nos induz a tratar os equipamentos pois estes despertam atenção aos nossos sentidos profissionais que passamos por um momento de desconforto para tentar proporcionar algum conforto para os pacientes que necessitam de cuidados

---

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
fácies de dor pacientes inquietos no leito
quando eles se queixam de que não estão confortáveis em uma posição que estão com dor que os fios estão incomodando que está com sede ou fome

---

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
a mais comum em unidade_de_terapia_intensiva está nos valores dos sinais vitais e em segundo a imobilidade no leito

---

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
fácies de dor reclamações agitação

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
fácies de angústia inquietação no leito taquicardia hipertensão comportamento muito solicitativo

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
agitado rosto contraído gemente nos acordados e taquicárdicos nos sedados

---

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
verbal calado ou pedindo ajuda fácies de dor contração da musculatura

---

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
taquicardia dispnéia dor ruído desconhecimento

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
fácies de dor e ansiedade relatos verbais posicionamento do corpo sobre o leito e mobilização excessiva

---

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
fácies de dor taquicardia irritação agitação não aceita alimentação e não verbaliza

---

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_1 *form_2
tensão facial gemidos e gritos

**** *suj_11 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
face de dor

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
fácies de pavor paciente agitado no leito mal acoplado à prótese respiratória taquipnêico entre outros

---

**** *suj_14 *sex_1 *ida_2 *tit_3 *exp_2 *form_2
rugas na testa e dor verbalizada

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
choro caretas depressão agitação arrepios reclamações e inquietação

---

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
muitas das vezes o cliente não consegue ou não quer falar mas a expressão facial já ajuda a avaliar

---

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
contratura facial inquietação na cama fala ofegante sons variados e queixa de dor

---

**** *suj_18 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
percebemos o desconforto em pacientes agitados ansiosos com fácies de dor tensão muscular flexão de membros franzir de sobrancelhas taquicardia hipertensão mal adaptado à prótese respiratória

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
ficam agitados ou mal posicionados

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
franzir de testa choro olhar fixo tensão muscular flexão e sacudir de pernas expressões verbais como estou cansada não quero ver ninguém preciso de ajuda

---

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
agitação psicomotora hipertensão taquicardia choro gemido dor referida pelo paciente contração muscular franzir da testa mau humor indisposição

---

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
expressões de dor defesa momentos de agitação e ansiedade

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2 medicações para dor e outros sintomas mudança de decúbito hidratação da pele atender na medida do que é possível para o quadro de saúde_doença as solicitações do paciente exemplo beber água banho higiene participação dos familiares

---

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
evito que intercorrências gerem risco a sua integridade

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
apago as luzes do leito quando não há necessidade de permanecer acesa para facilitar o descanso administro medicação para dor quando necessário mudo de posição para alívio das dores posicionais ofereço alimentação quando possível

---

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
a organização e o planejamento antes de executar o cuidado com o cliente com provisão de todo o material necessário para cada tipo de cuidado com conclusão deste cuidado o mais rápido possível

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
se o paciente estiver acordado pergunto coisas simples como se o esparadrapo do curativo está repuxando se quer virar de lado se quer que apague a luz para todos

cobrir parte do corpo durante o banho usar biombos ou cortinas esticar os lençóis retirar os fios debaixo do corpo ajustar alarmes e sedação

---

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
promovo confiabilidade como profissional me disponho e identifico como um facilitador a todas as suas necessidades e ofereço todas as medidas de conforto e as adequo com seus meios

---

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
o conforto está alinhado à segurança do paciente assim posso manifestar pelas necessidades humanas básicas e de proteção diante dos perigos físicos psicológicos e dor

---

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
aplicação dos conhecimentos técnico_científicos e avaliação de expressões faciais para verificar se permanece algum fator de incomôdo escutar as queixas e relatos do paciente comunicação com o restante da equipe

---

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
procuro sempre manter o paciente bem posicionado aquecido ambiente tranquilo quando possível curativos limpos e em caso de dor uso análgesicos prescritos

---

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_1 *form_2
após a avaliação e identificação tentar implementar as medidas disponíveis

---

**** *suj_11 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
procuro promover através de uma boa higienização do cuidado da pele e do posicionamento adequado no leito e controle da dor

---

**** *suj_12 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
tento ver o paciente da forma mais holística possível não vendo somente sua enfermidade

---

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
higiene corporal higiene ocular higiene oral mobilização no leito curativos administração de medicação aspiração traqueal e vias aéreas superiores promoção de um ambiente limpo e tranquilo solicitação de acompanhamento familiar entre outros cuidados

---

**** *suj_14 *sex_1 *ida_2 *tit_3 *exp_2 *form_2
desde um simples posicionamento adequado no leito até o uso de um opióide

---

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
cuidado com dor frio perguntando suas queixas exposição ruídos e barulhos informação sobre familiares e subjetivamente carinho e apoio

---

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
ofereço apoio amparo e procuro amenizar o sofrimento do cliente

---

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
posicionamento da cabeceira aplicação de coxins mudança de decúbito posicionamento do corpo hidratação da pele utilização de biombos e cortinas carinho durante o atendimento diálogo orientar os procedimentos que serão realizados em pacientes lúcidos

---

**** *suj_18 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
proporcionar um ambiente minimamente livre de excessos ruídos luz pessoas circulando procedimentos que provoquem dor posicionamento no leito estimular presença de familiar

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
realizando o cuidado integral procurando satisfazer as necessidades daquele que cuido

---

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
muitas medidas conversa massagem de conforto analgesia eficaz banho informar sobre os procedimentos mudança de decúbito proteção da pele contra úlceras por pressão aspirar vias aéreas superiores quando necessário

---

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
primeiramente fazer uma avaliação das reais necessidades individuais do paciente e traçar estratégias almejando um equilíbrio físico mental e emocional como manter um ambiente atencioso seguro possibilitar acompanhante diálogo boa comunicação diminuir ruídos

previnir lesões promover controle da dor respeitar a privacidade do cliente massagem troca de curativos banho e outros

---

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
busco a empatia visto que em grande parte dos momentos a comunicação verbal e não verbal se encontra prejudicada sendo assim tento perceber ele me colocando em seu lugar mesmo sabendo que em diversas ações acabo sendo limitado dentro da minha concepção

---

**** *suj_1 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
é uma sensação de bem_estar relacionada à ausência de dor ou outras sensações ou situações desagradáveis

---

**** *suj_2 *sex_1 *ida_3 *tit_2 *exp_3 *form_3
ação que gere bem_estar físico e psico_espiritual

**** *suj_3 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
é ter suas necessidades básicas supridas estar alimentando ter uma boa noite de sono não sentir dor entre outras faz com que estejamos confortáveis

---

**** *suj_4 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
bem_estar satisfação com alguma coisa ou comportamento local ambiente funcionamento e outros

---

**** *suj_5 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
se sentir aconchegado sem que nada aperte ou incomode quando sentada ou deitada num ambiente com temperatura agradável e pouca luz

---

**** *suj_6 *sex_1 *ida_1 *tit_1 *exp_3 *form_3
é bem_estar físico e mental que fatores externos proporcionam ao indivíduo em determinado local que em harmonia promovem e proporcionam o conforto

---

**** *suj_7 *sex_1 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
tudo que constitui o bem_estar sendo material de consumo tecnologias duras como carro tv micro_ondas e etc sendo não palpável consolo solidariedade alívio refúgio interação com a família

---

**** *suj_8 *sex_2 *ida_1 *tit_2 *exp_2 *form_2
situação de bem_estar e tranquilidade na qual possíveis eventos como dor náuseas incômodos de outras ordens cabeceira do leito lençóis decúbito estão controlados ou ausentes

---

**** *suj_9 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
resultado do somatório de ações do cuidado para o bem_estar do paciente como um todo

---

**** *suj_10 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_1 *form_2
ausência de agentes sejam externos ou intrínsecos do paciente que causem desequilíbrio sensorial motor ou emocional

---

**** *suj_11 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
é tornar o cuidado ao cliente o melhor possível

**** *suj_12 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
é o que te dá bem_estar alívio segurança

**** *suj_13 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
medidas ou seja cuidado adotado pela equipe multidisciplinar com finalidade de promover o bem_estar do paciente ou seja tentativa de suprir suas necessidades básicas

---

**** *suj_14 *sex_1 *ida_2 *tit_3 *exp_2 *form_2
é a ausência de dor

**** *suj_15 *sex_2 *ida_1 *tit_1 *exp_2 *form_2
é uma experiência subjetiva eu sempre penso como me sentiria e procuro ouvir o paciente suas queixas e suas fácies dar carinho apoio perceber a dor o incômodo estado de prazer e bem_estar

---

**** *suj_16 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_3 *form_3
bem_estar

**** *suj_17 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
proporcionar condições ao paciente que miniminize os incômodos naturais do estar acamado e hospitalizado

---

**** *suj_18 *sex_2 *ida_3 *tit_1 *exp_3 *form_3
bem_estar na ausência de fatores que provoquem dor incômodo ansiedade e medo

---

**** *suj_19 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
entendo por conforto tudo aquilo que promove o bem_estar em determinado momento

---

**** *suj_20 *sex_2 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
qualquer tipo de medida que promova bem_estar

**** *suj_21 *sex_2 *ida_2 *tit_2 *exp_3 *form_3
aquilo que proporciona de assegurar o bem_estar mantendo uma atmosfera agradável ao redor do paciente

---

**** *suj_22 *sex_1 *ida_2 *tit_1 *exp_2 *form_2
entendo como toda e qualquer ação capaz de passar primeiramente pela possibilidade de autonomia bem_estar troca e segurança seja ela física mental ou emocional