



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

ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO

O CONCEITO DE CONFORTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro
2018



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

ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO

O CONCEITO DE CONFORTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem – da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro
2018

C672 COELHO, ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK
O CONCEITO DE CONFORTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA / ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO. --
Rio de Janeiro, 2018.
102

Orientador: CARLOS ROBERTO LYRA SILVA .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2018.

1. Enfermagem. 2. Conforto . 3. Estratégia Saúde
da Família . 4. Conceito. I. SILVA , CARLOS ROBERTO
LYRA , orient. II. Título.

ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO

O CONCEITO DE CONFORTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem – da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito final à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

PROF. DR. CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA
Orientador Presidente

PROF. DR.º THIAGO QUINELLATO LOURO
1ª Examinador

PROF.ª. DRA. EVA MARIA COSTA
2ª Examinadora

PROF. DR. MÁRCIO TADEU RIBEIRO FRANCISCO
Suplente

PROF. DR.ª. NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO
Suplente

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos e amados,
A DEUS, pela sabedoria e força;
FABRÍCIO, meu marido;
FABRÍCIA e PEDRO, minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus pelo seu cuidado, por se revelar em socorro bem presente na hora da angústia (Sl.46:1), por renovar as minhas forças quando a fraqueza queria me tomar (Is. 40:31), por me acolher com grande misericórdia (Is. 54:7) e por me fazer acreditar sempre que a vitória chegaria. Obrigado Senhor!

*Ao meu marido **Fabício**, que comigo compartilhou angústias, batalhas, obstáculos e sucessos. Não me deixou desanimar nem mesmo frente às adversidades da vida cotidiana, quando o cansaço batia e o medo de enfrentar a estrada mais uma semana, ele estava lá me empurrando para frente e dizendo que eu precisava erguer a cabeça e seguir adiante. Você foi mais que um marido, foi companheiro e amigo, caminhou comigo com tolerância e compreensão. Essa vitória também é sua.*

*Aos meus filhos **Fabícia e Pedro**, que por tantas vezes tentaram entender a minha ausência e precisei deixar mais uma semana para trás para enfrentar mais uma semana de estudo, porque era preciso estudar. Construímos isso em família e esse momento também é dedicado a vocês, vocês são a razão da minha vida.*

*Ao meu orientador **Prof. Dr. Carlos Roberto** pelo carinho, profissionalismo e, principalmente, por compartilhar comigo seu conhecimento, sendo elemento fundamental na realização desta pesquisa. Obrigada pelos seus ensinamentos, pela paciência, oportunidade e confiança dedicados a mim.*

A minha amada família meu muito obrigado principalmente pelo cuidado com o meus filhos, pela paciência e compreensão todas as vezes que tinha que ir ao Rio de Janeiro para mais uma semana de aulas.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo”.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”
(José de Alencar)

RESUMO

COELHO, Elciana de Oliveira Emerick. **O Conceito de Conforto na Estratégia Saúde da Família**. Orientador: Prof^o Dr^o Carlos Roberto Lyra da Silva. UNIRIO/EEAP, 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2018.

O objeto da dissertação trata do conceito de conforto na perspectiva de usuários de uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). Os objetivos foram: 1º identificar as unidades lexicais contidas no discurso dos usuários da ESF que remetam à ideia de conforto, 2º analisar o tipo de conforto mais importante para o usuário da ESF e 3º construir um conceito de conforto na perspectiva dos usuários da ESF. O estudo foi realizado na abordagem qualitativa, a estratégia metodológica para obtenção dos dados foi à aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas. O cenário confere uma unidade de ESF situada no município de Luisburgo – MG. O referencial teórico foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a Teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg. Para melhor realçar os *lexos* que deram origem à *forma verbal* do *conceito* de conforto (como assentado na Teoria de Dahlberg), a quantificação dos dados foi realizada pelo software IRAMUTEQ 7.2. Foram coletados 75 questionários, em quatro dias de visitas na unidade de ESF. Os sujeitos da pesquisa foram os hipertensos/diabéticos. A partir da análise pelo IRAMUTEQ 7.2 foi possível determinar as duas categorias de análise. A primeira categoria cuja denominação é “Ambiente e Necessidades Humanas Atendidas para Promoção de Conforto em Unidades de Estratégia Saúde da Família” é formada por palavras que remetem à ideia de que, para que o conforto seja ofertado, o paciente necessita de ambiente adequado e a segunda categoria “Percepções de Conforto” está relacionada às Unidades Lexicais que remetem à ideia de conforto. A partir deste entendimento e com embasamento científico conseguimos verificar qual o tipo de conforto mais importante para o usuário da ESF e construir um conceito voltado para esse indivíduo, visto que antes de iniciar a proposta desta dissertação o que mais me chamou a atenção para essa investigação foi à escassez de estudos que tenham utilizado a variável conforto no âmbito da ESF.

Palavras chaves: Estratégia Saúde da Família, usuários, conforto, conceito, Enfermagem.

ABSTRACT

COELHO, Elciana de Oliveira Emerick. **The concept of comfort in the Family Health Strategy.** Orientador: Prof^o Dr^o Carlos Roberto Lyra da Silva. UNIRIO/EEAP, 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2018.

The object of the dissertation deals with the concept of comfort from the perspective of users of a Family Health Strategy (FHS) unit. The objectives were: 1^o to identify the lexical units contained in the discourse of ESF users referring to the idea of comfort, 2^o to analyze the most important type of comfort for the ESF user e 3^o concept of comfort from the perspective of ESF users. The study was carried out in the qualitative approach, the methodological strategy to obtain the data was the application of a questionnaire with open and closed questions. The scenario confers an ESF unit located in the municipality of Luisburgo - MG. The theoretical reference was Katharine Kolcaba's Theory of Comfort and Ingetraut Dahlberg's Concept Theory. To better highlight the lexes that gave rise to the verbal form of the concept of comfort (as based on the Dahlberg Theory), the quantification of the data was performed by software IRAMUTEQ 7.2. Seventy-five questionnaires were collected in four days of visits at the ESF unit. The subjects of the research were the hypertensive / diabetic. From the analysis by IRAMUTEQ 7.2 it was possible to determine two categories of analysis. The first category whose name is "Environment and Human Needs Taken to Promote Comfort in Family Health Strategy Units" consists of words that refer to the idea that, for comfort to be offered, the patient needs an adequate environment and the second category "Comfort Perceptions" is related to the Lexical Units that refer to the idea of comfort. Based on this understanding and with scientific basis, we were able to verify which type of comfort is most important for the ESF user and to construct a concept aimed at this individual, since before starting the proposal of this dissertation what most drew my attention to this investigation was the lack of studies that have used the comfort variable in the scope of the ESF.

Keywords: Family Health Strategy, users, comfort, concept, Nursing.

RESUMEN

COELHO, Elciana de Oliveira Emerick. **El concepto de confort en la Estrategia Salud de la Familia**. Orientador: Prof^o Dr^o Carlos Roberto Lyra da Silva. UNIRIO/EEAP, 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2018.

El objeto de la disertación trata del concepto de confort en la perspectiva de usuarios de una unidad de Estrategia Salud de la Familia (ESF). Los objetivos fueron: 1º identificar las unidades léxicas contenidas en el discurso de los usuarios de la ESF que remiten a la idea de confort, 2º analizar el tipo de confort más importante para el usuario de la ESF e 3º construir un el concepto de confort en la perspectiva de los usuarios de ESF. El estudio fue realizado en el abordaje cualitativo, la estrategia metodológica para obtener los datos fue a la aplicación de cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. El escenario confiere una unidad de ESF situada en el municipio de Luisburgo - MG. El referencial teórico fue la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba y la Teoría del Concepto de Ingetraut Dahlberg. Para mejor realzar los lexos que dieron origen a la forma verbal del concepto de confort (como asentado en la Teoría de Dahlberg), la cuantificación de los datos fue realizada por el software IRAMUTEQ 7.2. Se recogieron 75 cuestionarios, en cuatro días de visitas en la unidad de ESF. Los sujetos de la investigación fueron los hipertensos / diabéticos. A partir del análisis por el IRAMUTEQ 7.2 fue posible determinar las dos categorías de análisis. La primera categoría cuya denominación es "Ambiente y Necesidades Humanas Atendidas para Promoción de Confort en Unidades de Estrategia Salud de la Familia" está formada por palabras que remiten a la idea de que, para que el confort sea ofrecido, el paciente necesita de ambiente adecuado y la La segunda categoría "Percepciones de confort" se relaciona con las unidades de Lexmark que remiten a la idea de confort. A partir de este entendimiento y con base científica hemos podido verificar cuál es el tipo de confort más importante para el usuario de la ESF y construir un concepto orientado hacia ese individuo, ya que antes de iniciar la propuesta de esta disertación lo que más me llamó la atención para esa investigación fue a la escasez de estudios que habían utilizado la variable comodidad en el marco de la ESF.

Palabras claves: Estrategia Salud de la Familia, usuarios, comodidad, concepto, Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Formas ativas	55
Quadro 2	Hapax	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Triângulo de Ogden e Richards	41
Figura 2	Triângulo Conceitual de Dahlberg	42
Figura 3	Relação entre o Universo das Formas e o Sentido e o Universo da Linguagem	43
Figura 4	Gráfico Distribuição por Sexo	54
Figura 5	Gráfico Distribuição por Patologia	54
Figura 6	Gráfico de Zipf	55
Figura 7	Análise Fatorial por Correspondência das Classes	60
Figura 8	Dendograma da CHD a partir do corpus “conforto”	60
Figura 9	Nuvem de Palavras	61
Figura 10	Análise de Similitude quanto ao Sexo	62
Figura 11	Análise de Similitude por Escolaridade	62
Figura 12	Análise de Similitude por Patologia	63
Figura 13	Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas	65

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFC	Análise Fatorial por Correspondência
AP	Análise Prototípica
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
AS	Análise de Similitude
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CWRU	Case Western Reserve University
DAB	Departamento de Atenção Básica
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
GPLv2	General Public Licence
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
Contextualização	14
Questões Norteadoras	18
Objetivos do Estudo	18
Relevância do Estudo	18
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
Florence Nightingale: Teoria Ambientalista	20
Conforto	23
A Estratégia Saúde da Família	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO	31
A Teoria do Conforto de Kolcaba: A Base Teórica que Sustenta o Objeto de Estudo	31
A Teoria do Conceito: Ingetraut Dahlberg	35
4. MATERIAL E MÉTODO	45
Do método em si	45
Do caminho percorrido	46
A unidade escolhida como cenário do estudo	47
A obtenção dos dados	48
O tratamento dos dados	49
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
Análise dos Resultados	53
Resultados e Discussão	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	82
Anexo A – Termo de Autorização do Secretário Municipal de Saúde do Município de Luisburgo – MG	82
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	83
APÊNDICES	86
Apêndice A – Instrumento de Coleta de dados	86
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
Apêndice C - Definições e conceitos de conforto conforme Kolcaba	89
Apêndice D – Corpus - O que é conforto	90
Apêndice E – Corpus - Palavras que representam conforto	94

Apêndice F – Corpus - Quais outras palavras te fazem lembrar conforto quando você está na unidade de saúde ou está participando do grupo de hipertenso-diabéticos? 99

1 INTRODUÇÃO

Contextualização

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil na metade da década de 1990, em um contexto político e econômico bastante conflituoso, marcado pela contradição entre a consolidação da saúde, com o advento da Constituição Federal de 1988 (a concretização de um sistema de Seguridade Social) e o desenvolvimento do neoliberalismo, através de uma série de medidas de reformas do estado na lógica do capital, denominadas ajuste estrutural (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

Criado efetivamente em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) o PSF foi formulado como estratégia para transformação do modelo de Atenção à Saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (BRASIL, 1998).

O PSF foi uma tentativa de efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Devido aos resultados satisfatórios, o programa teve uma ampla repercussão política, sendo, então, expandido para todo o país.

O MS começou a perceber que o PSF por se tratar de um programa o mesmo tinha início, meio e fim, anos depois esse programa deu espaço a uma estratégia permanente e contínua na Atenção à Saúde, surgindo em 2006 a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Através da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização do Programa Saúde da Família (PSF), onde foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). A portaria estabeleceu que a ESF deverá:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial e procurar aproximar o serviço de saúde da comunidade, de forma a torná-lo mais humanizado e acolhedor, constituindo um importante veículo para a organização da atenção primária à saúde e buscando desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, ao contrário do modelo tradicional centralizado na doença e no hospital que privilegia ações curativas e uma medicina de alto custo (BRASIL, 2006).

A ESF elegeu como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, além de ter como foco a promoção da qualidade de vida (MENDES, 2002).

Com o passar do tempo, a ESF se expandiu cada vez mais, demandando a qualificação dos profissionais de saúde e a adequação do espaço físico utilizado para a implementação dessa estratégia, objetivando a tomada de decisão e a agilidade no processo dos resultados junto à população/usuários.

Felisberto (2006) corrobora que a ESF é uma realidade concreta e que teve início em 1990. O autor diz que as pesquisas incentivadas pelo MS para avaliação dos serviços de saúde são capazes de orientar e reorientar suas políticas e programas, contudo, essas pesquisas ainda são consideradas escassas na perspectiva dos usuários.

Os Estudos de satisfação, quando bem conduzidos, podem contribuir para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços, além de ser uma ferramenta para efetiva participação popular.

Sendo a satisfação um processo dinâmico que pode ser influenciado por uma série de fatores subjetivos e objetivos, não se pode negar que o caráter subjetivo apresenta um peso maior, pois, é a partir da percepção do estado de saúde e da doença, crenças, características sociodemográficas que os usuários manifestam sua percepção acerca da assistência recebida.

É nessa perspectiva que o grau de satisfação do usuário considera, também, aspectos objetivamente mensuráveis e que fazem parte do ambiente físico – espaço físico aonde o *locus* da assistência à saúde se dá, além do mais, os usuários constroem seus conceitos influenciados pelas várias dimensões dos cuidados de saúde, tais como: acesso, infraestrutura, interação usuário-profissional, e resultados em termos de saúde.

A satisfação dos usuários do Sistema de Saúde tem ocupado um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos serviços. Esta posição considera que a satisfação está diretamente relacionada à adesão terapêutica e com os resultados dos cuidados em saúde, influenciando comportamentos de saúde e doença, além da crescente valorização do papel do usuário enquanto consumidor (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

Por serem facilmente mensurados, os resultados dos cuidados em saúde fazem parte de uma parcela considerável de estudos que utilizam variáveis para medir o grau de satisfação de usuários de serviços de saúde, diferentemente do conforto, haja vista que esta variável é bastante complexa e multifatorial para ser utilizada em estudos quantitativos, talvez pela dificuldade de se escolher um conceito mais específico para ser utilizado em pesquisas dessa natureza.

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu enquanto enfermeira docente/preceptora, formada há 10 anos e especialista em Saúde da Família e Auditoria em Saúde, que durante

esses anos acompanhando meus alunos no campo de ensino clínico pude observar na prática e na literatura que existe uma escassez de estudos de satisfação que tenham utilizado a variável conforto devidamente contextualizado e conceituado na área da Atenção Básica a Saúde e que envolva os usuários da ESF. Talvez, a construção de um conceito de conforto na perspectiva de usuários da ESF possa contribuir para futuras pesquisas de satisfação que consideram o conforto como variável estudada.

Nesta perspectiva construir um conceito de conforto que possa ser aplicado na ESF exige um amplo conhecimento acerca do que pensam os usuários na oportunidade da prestação da assistência de enfermagem, tendo como fator determinante as condições socioculturais de cada um dos sujeitos implicados no ato de cuidar e ser cuidado.

Florence já considerava a observação e conforto pontos importantes no cuidado de enfermagem. Em seu livro “*Notes on nursing*” (capítulo XIII – Observação do doente), refere-se à observação não como forma de acumular informações diversas sobre o paciente, mas sim, como maneira de melhorar sua saúde e conforto (NIGHTINGALE, 1859,1989).

Ao iniciar as atividades de coleta de dados, pude perceber que o ambiente físico em que os cuidados e a assistência de enfermagem se concretizavam geravam certo desconforto nos usuários, devido às condições do local onde a unidade estava alocada, porque na maioria das vezes as unidades de ESF são espaços “alugados”, assim acabam sendo adaptados para prestação de serviços de saúde.

O ambiente é considerado um fator estruturante para a promoção de conforto e bem-estar, de acolhimento dos usuários e seus familiares e do processo terapêutico. Nesse entendimento, “a estrutura física, os recursos humanos e as relações sociais do espaço de trabalho, aspectos que caracterizam o conforto, a subjetividade e o processo de trabalho, são elementos que interferem no tratamento do usuário” (RONCHI e AVELLAR, 2013).

Portanto, o objeto de investigação dessa propositura: **é o conceito de conforto na perspectiva dos usuários da Estratégia Saúde da Família.**

Katharine Kolcaba (2002) formulou a teoria do conforto na oportunidade dos cuidados de enfermagem direcionados aos clientes geriátricos, cabe ressaltar que é a única teoria na área de saúde que tem o conforto como fenômeno epistemológico, muito embora foi bastante utilizado como metaparadigma em outras teorias.

Kolcaba (1994) citada por Tomey e Alligood (2004) nos leva a compreender o conforto como o estado ou condição verificada nas pessoas que recebem os cuidados ou medidas de conforto. As medidas de conforto são as intervenções de enfermagem aplicadas com finalidade de satisfazer as necessidades de conforto específicas de cada pessoa. Estas

sofrem a ação de variáveis que atuam com forças de interação influenciando a percepção do receptor de cuidados. Variáveis como a idade, postura, estado emocional, prognóstico, experiências do receptor, etc, são considerados fatores possíveis de alterar, mas sobre os quais os provedores de cuidados têm pouco controle.

Por sua vez, Silva (2008) concluiu que o conforto apresenta-se para a enfermagem como um qualificador dos seus cuidados e não como sinônimo ou *forma verbal* capaz de denotá-lo, e assim como vários autores, ofertá-lo a partir dos cuidados de enfermagem, é, sobretudo, o objetivo primordial nos atos e ações da enfermagem. Este mesmo autor conceituou o conforto na perspectiva de pacientes e enfermeiras (os) em unidades de internação hospitalar, realidade muito diferente das condições ambientais, talvez, sociais envolvendo usuários da ESF.

Para o referido autor, o conforto é imprescindível ao ambiente, aos corpos dos indivíduos (principalmente de quem cuida e de quem é cuidado) no âmbito e nos planos que envolvem os cuidados de enfermagem. Seus metaparadigmas são aqueles propostos por Nightingale e propõe que os princípios básicos de saúde devem incluir, dentre outros, o ambiente, tal como um ambiente que proporcione ar puro, água pura, saneamento, drenagem eficiente, limpeza e luminosidade.

Com o intuito de enriquecer ainda mais a problematização desta proposta, Silva (2008) corrobora conceituando conforto tal como se apresenta:

“O conforto é um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar físico, psicoespiritual, e social – em razão do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida.”

Para se chegar a este conceito, Silva (*Op. Cit.*) partiu do *termo referente conforto* de maneira que seus *sujeitos-objeto* o predicassem, chegando a informações – entendidas como *características predicativas* emitidas pelas enfermeiras e pelos seus respectivos usuários das unidades de saúde, que foram recuperadas e organizadas em Tesouros lexicais.

O ponto de partida de minhas reflexões surge da necessidade de prestação de assistência de enfermagem em plano da Atenção Básica à Saúde, mais especificamente, a ESF que considere, dentre outros fatores, o conforto como imperativo expressado pelos seus usuários.

Portanto, algumas questões emergiram como norteadoras desta pesquisa.

1. Quais as unidades lexicais contidas no discurso de usuários da ESF quando falam sobre o conforto?
2. Qual o tipo de conforto mais importante para o usuário da ESF?
3. Qual a forma verbal denotativa do conceito de conforto?

Objetivos do Estudo

Os objetivos desta pesquisa foram:

1. Identificar as unidades lexicais contidas no discurso dos usuários da ESF que remetam à ideia de conforto
2. Analisar o tipo de conforto mais importante para o usuário da ESF.
3. Construir um conceito de conforto na perspectiva dos usuários da ESF

Relevância do Estudo

Faz relevante compreender o fenômeno do conforto voltado para a ESF despertando nos enfermeiros e toda equipe multidisciplinar a atenção para o termo conforto. Quando se pensa em conforto para o usuário da ESF deve-se considerar a geografia do local onde a unidade encontra-se inserida, a comunidade, o espaço físico (mobiliário, iluminação, ventilação, etc), ausência ou presença de ruídos, qualidade no atendimento dispensado pela equipe de saúde e agilidade na resolutividade dos problemas, porque na maioria das vezes essas situações podem gerar momentos de desconforto.

Outro ponto importante e relevante que deverá ser considerado é que através do conhecimento, adquirimos respaldo técnico e científico necessário para desenvolver as práticas assistências e gerenciais na unidade de ESF. O estudo contribui na medida em que permitimos essa compreensão do modo como os profissionais de saúde que atuam na ESF juntamente com sua equipe desenvolvem seu trabalho com o intuito de garantir qualidade e efetividade no atendimento prestado aos usuários.

Justifica pela escassez de teses/dissertações (doutorado/mestrado) sobre a temática no âmbito do conforto voltado para ESF.

Ao realizar a busca de publicações nas principais bases de dados Scielo, Lilacs, BDENF, Medline com o termo “conforto na ESF”, surpreendemo-nos com a resposta “nenhum artigo foi encontrado”, surgindo um questionamento sobre a falta de publicações a

respeito da temática. Isso nos remete a alguns questionamentos: O conforto não é (re) conhecido na Atenção Básica à Saúde? Esta seria uma deficiência de interpretação do sistema de busca, ou realmente não têm estudos que tenham utilizado a variável conforto no âmbito da Atenção Básica?

Tal escassez de publicações nos leva a refletir: o conforto é imprescindível ao ambiente, aos cuidados de enfermagem e aos indivíduos usuários da ESF?

Todavia, cabe chamar a atenção para o fato de que, como experiência primeira, este estudo possa contribuir para outros estudos que tangem à problemática e que precisamos de novos pesquisadores para explorar o objeto de pesquisa. Segundo Bachelard (1996):

“Na formação do espírito científico, o primeiro obstáculo é a experiência primeira, a experiência que é colocada antes e acima da crítica – crítica esta que é, necessariamente, elemento integrante do espírito científico. Já que a crítica não pôde intervir de modo explícito, a experiência primeira não constitui de forma alguma uma base segura. (...). O espírito científico deve formar-se enquanto se reforma” (Op.Cit.p.29).

Bachelard (1996) considera que todo conhecimento é resposta para uma pergunta, para ele se não existe pergunta não há conhecimento científico. Cervo e Bervian (2002) dizem que o conhecimento científico surge a partir da vontade do ser humano em não se manter em uma atitude passiva, de espectador de fenômenos, e sim de buscar ação e controle sobre eles, indo além do conhecimento empírico e em busca de conhecer não apenas os fenômenos, mas suas causas e leis.

Este estudo justifica como produção e como estamos contribuindo para a construção do conhecimento científico principalmente pela escassez de publicações sobre a temática, motivando principalmente os alunos da graduação a refletirem e investigarem, ampliando seus conceitos sobre área e aplicando na prática a experiência de cuidar e confortar, fornecendo contribuições reflexivas sobre a atuação do enfermeiro na promoção do conforto ao usuário da ESF.

Silva (2008) pontuou durante a construção de sua tese a precariedade relacionada ao objeto de estudo – conforto, principalmente quando se considera a Teoria do Conforto de Kolcaba como referencial teórico, desta forma reitera-se a significância deste estudo por contribuir para o desenvolvimento da temática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Florence Nightingale: Teoria Ambientalista

Florence Nightingale é considerada a fundadora da enfermagem moderna, e há relatos sobre os pontos principais da vida desta ilustre mulher:

Florence Nightingale (1820-1910) teve pais ingleses e nasceu durante uma viagem a Florença, Itália. Sua maior realização foi o estabelecimento do conceito da preparação formal para a prática de enfermagem; a profissão de enfermeira, assim, teve início com sua promessa de cuidar dos doentes. Sua fama espalhou-se com rapidez após seu trabalho, e o de um grupo de mulheres dedicadas, de cuidar dos doentes, durante a Guerra da Criméia (GEORGE *et al.*, 1993).

Na Guerra da Criméia (1854), Florence expos os problemas ambientais e a relação entre meio ambiente, ser humano e saúde, confirmando sua convicção sobre a relação saúde higiene-doença. Passou então a compreender o que favorecia ou prejudicava a reabilitação dos soldados através de sua observação. Florence acreditava na doença como um processo reparador, uma forma da natureza remediar um dano causado ao organismo, entendia a atuação da enfermagem como responsável por impedir a interrupção desse processo e fornecer condições para que ocorresse a reparação (COSTA *et al.*, 2009).

Para o mesmo autor Florence provocou uma revolução no conceito de enfermeira da época, vindo a formar o que hoje denominamos de Enfermagem Moderna. Nesse contexto, Florence proclamou uma identidade profissional singular e simbiótica em termos de rituais e simbologia, disciplina e poder.

A administração de hospitais, a formação da enfermeira e a educação em serviço foram, para Florence, a preocupação primordial de todo o seu empreendimento na Enfermagem, de acordo com a sua mais difundida obra, o livro “Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é”, escrita em 1859, traduzida para o português em 1989 (NIGHTINGALE, 1989). O livro traz observações e conselhos baseados na sua experiência e conhecimentos, Florence considerava que os escritos não eram para enfermeiras ou para quem se tornasse enfermeira, mas para o auxílio de cuidadores domiciliares (NIGHTINGALE, 1989).

A visão de Florence objetivava priorizar o fornecimento de um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde para o paciente. Ela acreditava que isso faria um diferencial na recuperação dos doentes, e são esses preceitos que sustentam a Teoria Ambientalista. (GEORGE *et al.*, 1993). O autor diz que Florence passa a adotar conceitos que definem o que

envolve a questão do ambiente, sendo esses vistos como componentes físico, social e psicológico os quais precisam ser entendidos como inter-relacionados, e não partes distintas, separadas.

Os diversos trabalhos escritos de Florence falam acerca do provimento de fatores como: ventilação, ar e água limpos, limpeza e calor, de modo que o processo de reparação, instituído pela natureza, não seja impedido. Sendo assim, auxiliar os pacientes para que mantenham suas capacidades vitais, satisfazendo suas necessidades, é tido como meta da enfermagem; portanto, de acordo com Florence, a enfermagem é uma prática não curativa, na qual o paciente é colocado na melhor condição para a ação da natureza (NIGHTINGALE, 1989).

Nightingale reconheceu que um ambiente negativo poderia causar estresse físico, daí afetando o clima emocional do paciente. Em consequência, foi dada ênfase em oferecer ao paciente uma variedade de atividades que mantivessem sua mente estimulada [...] o tédio era tido como causador de sofrimento (GEORGE *et al.*, 1993).

Corroborando Haddad e Santos (2011) comentam que o princípio fundamental do legado de Florence para a prática da profissão é a questão do ambiente. Os ideais referentes a esse princípio foram fundamentados na Teoria Ambientalista e foram considerados primordiais para o sucesso do trabalho de Florence e seus aprendizes, sendo verificados na eficaz redução das mortes de soldados feridos por infecção e na recuperação de pacientes.

Florence introduziu uma visão de enfermagem não só de intervenção direta no doente, mas da mesma forma ampliou as funções para o meio ambiente, organizando os serviços de lavanderia, rouparia, cozinha, dietética, almoxarifado e limpeza, tendo o controle deste [ambiente hospitalar] por meio de observação e supervisão rigorosas: organizou a hierarquia do serviço e introduziu o rigor da disciplina na Enfermagem. (FORMIGA e GERMANO, 2005).

Para Haddad e Santos (2011) há quatro conceitos principais que refletem a visão de Florence trazendo significação à sua teoria; tais conceitos conferem um amplo espectro de mundo, no qual devemos contextualizar o profissional de enfermagem:

1. Homem ou indivíduo - possui poderes reparadores vitais para lidar com a doença;
2. Enfermagem - a meta é colocar o indivíduo na melhor condição à ação da natureza que se dá, basicamente, através do impacto sobre o ambiente;
3. Saúde/doença - o foco recai sobre o processo reparador de melhora;

4. Sociedade/ambiente - envolve aquelas condições externas que afetam a vida e o desenvolvimento da pessoa. O foco recai sobre a ventilação, o calor, os odores, os barulhos e a iluminação.

A definição de ambiente idealiza que ele é tudo o que cerca ou envolve os seres vivos ou as coisas. Por conseguinte Costa *et al.* (2009) corrobora que o cuidado de enfermagem deve então focalizar a importância da higiene ambiental, conceito básico mais característico de seus trabalhos. Para Florence, o ambiente é visto como todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou morte.

Outro ponto de sua teoria, Florence definia saúde como um bem estar onde o indivíduo tinha condições de utilizar ao máximo todas as suas capacidades. Para ela a manutenção da saúde era feita através do controle do ambiente e esse controle era parte da enfermeira. A enfermeira era responsável pelo ambiente físico e administrativo, o que Florence chamou de “gestão secundária” e foi acrescentado como outro componente de sua teoria (CAMPONOGARA, 2012).

Outras teóricas da enfermagem também valorizavam o ambiente terapêutico. Para Virginia Henderson o ambiente era o “agregado de todas as condições e influências externas que afetavam a vida e o desenvolvimento de um organismo.” Para Henderson os indivíduos eram capazes de monitorar o ambiente, porém, a presença da doença poderia impossibilitar esse controle; a teórica considerava que as enfermeiras deveriam ter conhecimento sobre segurança e serem capazes de proteger os doentes de danos mecânicos (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Watson (1973) em seu modelo de filosofia e ciência do cuidar considera que um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio deve ser provido para o cuidado. As enfermeiras devem reconhecer a influência que o ambiente interno e externo produz sobre a saúde e doença dos indivíduos. Os pontos importantes do ambiente interno incluem: bem estar mental e espiritual e as crenças sócias culturais dos indivíduos. Já as variáveis externas incluem o conforto, a privacidade, a segurança, e um ambiente limpo e estético, além das variáveis epidemiológicas (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Apesar de encontrarmos na literatura outras teóricas que dissertam sobre o ambiente, Florence tornou-se conhecida pelos seus atos que trouxeram resultados inovadores no tratamento de doentes. Tais atos refletiam o que hoje são os ideais deixados por Florence e que suas teorias são vistos como elementos essenciais para a implementação da recuperação da saúde de doentes (HADDAD e SANTOS, 2011).

Os ideais de Florence deverão ser adaptados à realidade e às necessidades da sociedade, cabendo aos profissionais de enfermagem avaliar cada contexto e estar exercendo a profissão da forma mais adequada segundo os preceitos de cada unidade, garantindo uma constante assistência aos usuários da ESF como consumidores dos serviços de saúde.

Conforto

A palavra conforto deriva de confortar, que se origina da palavra latina *CONFORTARE*, que significa restituir as forças, fortalecer, fortificar, consolar, revigorar, animar. Originalmente esse foi o significado para o francês *confort*, que por volta do século XIII, deu origem ao inglês *comfort*. (MACHADO, 1995; VAN DER LINDEN, GUIMARÃES, TABASNIK, 2005). No português conforto significa o ato ou efeito de confortar; bem-estar; comodidade material, cômodo, aconchego, consolação ou auxílio nas aflições (MICHAELIS, 2012).

A evolução do significado da palavra conforto corresponde à evolução da cultura ocidental, refletida pela mudança dos valores espirituais do início do cristianismo para a busca de um bem-estar material propiciado pela Revolução Industrial. Este novo significado para o conforto parte da preocupação com o bem-estar, entendido como uma necessidade lícita e comprometida com a modernização. Deste modo, a construção da atual ideia de conforto está ligada à legitimação do desejo de bem-estar material, além do bem-estar espiritual oferecido pelas religiões (VAN DER LINDEN e GUIMARÃES, 2004).

Em revisão de literatura acerca do conforto, Mussi (1996), verificou que o bem-estar aparece com elemento comum nas definições de conforto, dentro e fora da literatura de enfermagem, caracterizando uma concepção subjetiva do fenômeno. Nas concepções encontradas, o conforto adquiriu o significado de um estado e também de um sentimento.

Analisando o conforto na área da saúde, constata-se que a sua promoção tem sido considerada inerente à prática da enfermagem desde a era de Florence Nightingale. Nessa época, já havia uma chamada à enfermagem para a importância da observação não apenas como método para coletar informações, mas para o papel de preservar a vida, melhorar a saúde e o conforto. Por isso, manter o paciente em posição confortável já era considerado um método restaurador do conforto (PEREIRA e COELHO, 2003).

Apóstolo (2009) coloca que a literatura tem deixado transparecer que o conforto é um elemento dos cuidados de enfermagem, e está vinculado com a sua origem, e tem assumido diferentes significados relacionados com a evolução histórica, política, social e religiosa da

humanidade, bem como, com a evolução técnico-científica, principalmente das ciências da saúde e da enfermagem em particular.

Em análise histórica e conceitual da enfermagem, Mussi (2005) refletindo acerca das mudanças relativas à concepção do conforto pela enfermagem, revela que ocorreram em função do momento histórico vivido e que a abordagem do conforto sofreu influências dos fatores religiosos, da racionalidade médico-científica, assim como das exigências das instituições. Com o surgimento dos hospitais e a ascensão da prática médica, a atenção para o corpo estava sob domínio do médico, ficando para as enfermeiras a preocupação com o conforto relacionado ao ambiente.

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

Almeida e Rocha (1986) dizem que o processo de evolução do saber da enfermagem percorreu etapas diferenciadas, partindo do enfoque técnico para a busca de princípios científicos, da utilização do método científico não planejamento e execução da assistência e da aquisição de novas explicações, de modo a abranger uma concepção teórica adequada a respeito do conforto e suas repercussões.

Ao realizar um levantamento do papel das teorias de enfermagem no fortalecimento do construto conforto, Apóstolo (2009) traz que, a partir da segunda metade do século XX, a literatura de enfermagem referencia autoras, como Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Janice Morse e Katharine Kolcaba, que contribuíram para o desenvolvimento teórico do conforto.

O autor descreveu o conforto como um aspecto central para satisfazer as necessidades humanas argumentando que o papel da enfermagem deve focar em tudo o que possa interferir no conforto físico e mental dos doentes; Peplau considerou o conforto como uma necessidade básica relacionada às necessidades de alimentação, repouso, sono e comunicação; Roy na sua teoria da adaptação estudou o conforto psicológico e as respectivas medidas para melhorar esse conforto. As teorias de Leininger (Cuidados Transculturais) e Watson (Teoria do Cuidado Humano) trazem a essência do que é a enfermagem e incorporam a importância da promoção do conforto e Kolcaba (1991, 1994), ao apresentar a teoria holística do conforto, definiu-o como a satisfação das necessidades humanas básicas por alívio, calma e transcendência.

Silva (2008) em sua tese de doutoramento diz que o conforto é um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar-físico, psicoespiritual e social,

razão do cuidado de enfermagem e satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida.

Rosa *et al.* (2008), corroboram que o conforto é uma experiência subjetiva que excede a dimensão física já que engloba componentes físicos, psicológicos, social, espiritual e ambiental. A percepção do conforto varia em níveis e é vinculada aos conceitos de espaço, que envolve as relações das pessoas consigo mesma e com o ambiente, relacionado com a adaptação e aceitação da situação vivenciada pelo indivíduo.

Enquanto enfermeiros e prestadores de cuidado é relevante entender que indivíduos e família sofrem influências devido suas crenças, valores e condição social. Não se pode negar que o conforto, seja ele individual ou coletivo pode modificar-se de acordo com o meio onde esse indivíduo está inserido. Tais considerações nos permitem entrever que as práticas de cuidar em saúde, com vistas à promoção do conforto devem contemplar os mais diversificados grupos sociais que interagem em um único ambiente, tal como é o caso das unidades de ESF.

A Estratégia Saúde da Família

Ao longo da história das políticas de saúde brasileira, existiram diversos modelos de atenção. Anteriormente ao SUS, o modelo hegemônico denominado “médico assistencial privatista” caracterizava-se pela prestação de uma assistência curativa, individualizada e especializada; no ambiente ambulatorial e hospitalar; na figura do médico e; no uso de equipamentos e procedimentos com elevados custos. Em consequência, esse modelo médico hegemônico apresentava alto custo e não garantia acesso a toda a população brasileira. Articulado à Previdência e ao setor privado, contemplava nas ações e serviços de saúde apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. As ações de saúde pública eram desenvolvidas de forma limitada e incipiente pelo MS (BRAVO, 2006).

O alto custo e a ineficácia desse modelo suscitaram no Brasil a partir da década de 1970, além da influência dos debates em âmbito internacional sobre modelos de assistência, a reflexão sobre a organização dos serviços de saúde, evidenciando as principais dificuldades e a necessidade de reformular a assistência prestada (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

Imbuídos de ideais emancipatórios e buscando um modelo de atenção à saúde, foi instituído no Brasil com a Constituição Federal de 1988 o SUS, ao qual se fundamentou em identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde. A saúde passou a ser vinculada a qualidade de vida considerando os diferentes fatores sociais, culturais e

econômicos que interferem no adoecimento de indivíduos e coletividade (BRASIL, 1988).

Novos ideais passaram a serem impressos à política de saúde, com o intuito de detalhar e regulamentar esses valores e objetivos. Na década de 1990 foram implementadas as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 que representam importantes instrumentos legais na regulamentação do SUS. Essas leis dispõem sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde e sobre a participação da comunidade na gestão do sistema, respectivamente. Estabelecem os princípios e diretrizes que imprimem valores e regem o funcionamento do SUS (BARRA, 2013).

Os valores que regem a assistência à saúde foram modificados e o SUS buscou alternativas para incrementar a qualidade da assistência de acordo com as novas demandas. Foi a partir destas considerações e com o objetivo de consolidar o modelo de atenção à saúde que em 1994 elaborou-se o PSF, que foi apresentado como um programa a ser implantado por meio de convênio entre o MS, estado e municípios, com o objetivo de reorganizar o SUS e fortalecer a municipalização (BRASIL, 2003).

Nos anos posteriores a sua implantação o PSF foi assumindo um caráter mais abrangente até se consolidar em 2006 como uma estratégia efetiva do MS, passando a ser denominada ESF, uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população, com o potencial para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e colocá-la como centro ordenador de toda rede de saúde (BRASIL, 2006).

Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como ESF pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente. Para isso, a ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Borges (2007) corrobora que a ESF privilegia a integralidade e a singularidade da pessoa inserida em um contexto sociocultural e familiar e pretende, assim, romper com uma prática de atenção à saúde individualizada e descontextualizada. Além disso, o foco do trabalho na equipe possibilita deslocar o médico ou o atendimento médico do centro das ações de saúde, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e uma concepção de saúde ampliada para além da ausência de doença.

Para desenvolver suas propostas a ESF conta com uma equipe multidisciplinar formada por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários de saúde, os quais funcionam como o elo entre a equipe e a comunidade, o saber científico e o popular. O dentista foi posteriormente integrado à equipe. Outros profissionais podem ser incluídos nas equipes dependendo da necessidade da região (BRASIL, 2000).

É importante ressaltar na composição da equipe mínima o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O agente representa um elemento da equipe de saúde, pois além de profissional da unidade é também morador da comunidade atendida. É um elo entre a equipe e a população do território, articulando o saber científico e o saber popular. Desenvolve um trabalho essencialmente de educação em saúde nos domicílios das famílias sob sua responsabilidade. Tem, portanto a função de facilitar o acesso, divulgar ações e serviços da unidade, estreitar os vínculos da população com a equipe, levantar as demandas e desenvolver um trabalho de prevenção e promoção da saúde.

O trabalho das equipes de saúde da família tem como uma de suas diretrizes operacionais a lógica da vigilância em saúde que representa a compreensão do processo saúde-doença em sua localização sócio-político-geográfica. Essa lógica permite a compreensão das demandas articuladas ao território e, conseqüentemente, permite um planejamento adequado das intervenções que se voltam tanto para os indivíduos, quanto para as famílias e a comunidade. Por isso o trabalho das equipes deve partir sempre do mapeamento do território e cadastramento da população a ser atendida a fim de identificar as principais características sociais, econômicas, culturais, sanitárias e epidemiológicas da região (CORBO *et al.*, 2007).

Ao problematizar a participação de diversos profissionais da área da saúde para atuação na ESF, em 2008, o MS através da Portaria nº 154 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de “apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (BRASIL, 2009).

O pressuposto do NASF é que os profissionais que o compõem auxiliem as equipes de saúde da família, atuando conjuntamente, na resolução dos problemas de saúde encontrados no território sob responsabilidade desta equipe (BRASIL, 2009). Assim, a criação dos NASF possibilitou uma maior capacitação das equipes de saúde da família para lidar com o cotidiano da ESF, não necessitando da contratação de todos os profissionais da saúde dentro da equipe mínima.

O NASF é composto por equipes que integram profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os profissionais da ESF. Não funciona como porta de entrada do Sistema e deve desenvolver um trabalho de apoio e supervisão às equipes de saúde da família, construindo um processo de responsabilidade compartilhada e coordenada. Podem integrar as equipes dos NASF, os seguintes profissionais: médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional. Cada equipe do NASF responsabiliza-se por cerca de 8 a 20 equipes de saúde da família (BRASIL, 2009).

A equipe da ESF necessita conhecer a realidade da população atendida para assim atuar de uma forma integrada, numa perspectiva biopsicossocial. A família passa a ser, portanto, foco da atenção, entendida a partir do ambiente em que vive e sendo este um espaço de construção de relações intrafamiliar e extrafamiliar, onde se dá a luta por melhores condições de vida. A área de abrangência de cada equipe situa-se entre 600 a 1000 famílias, ou aproximadamente 4500 pessoas, cabendo à equipe o trabalho de acompanhamento dessas famílias e intervenção quando necessário (BRASIL, 2000).

Para Monnerat *et al.* (2007), a ESF apresenta uma visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando as visões biologistas e curativas historicamente predominantes na assistência à saúde, passando a ter na família, na comunidade e no território o centro da atenção à saúde. Essa estratégia rompe com o modelo tradicional ao não aguardar a demanda chegar até a Unidade de Saúde, agindo preventivamente, identificando as necessidades em saúde e organizando a demanda a partir do território. Desse modo a demanda é reorganizada, e o foco da atenção sai da doença para contemplar a saúde em seu conceito ampliado.

Para melhor organizar as unidades no território brasileiro o MS criou uma base de dados, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) onde o MS divulga através do Departamento de Atenção Básica (DAB) a quantidade de unidade de ESF no país. Os dados mais recentes são de julho de 2017 e apontam a existência de 40.187 unidades implantadas pelo MS presentes em 5.442 municípios. A população abrangida pelo ESF é de 123 milhões de habitantes o que representa uma cobertura de 63,7% da população (BRASIL, 2017).

A partir dos dados apresentados pode-se perceber que houve um avanço na implantação da ESF no país. No entanto, considerando que a Saúde da Família tem se colocado como estratégia prioritária no âmbito da APS, é possível apontar que a Estratégia

ainda precisa avançar mais, aumentando a cobertura e garantindo que as ações desenvolvidas tenham impacto positivo na saúde da população (BARRA, 2013).

Gil (2005) destaca que apesar de ter se expandido consideravelmente, a ESF enfrenta um amplo desafio na atualidade: sua consolidação nos grandes centros urbanos, começando pelo fato de que estes normalmente apresentam uma oferta mais estruturada de serviços de saúde. Acresce-se ainda a existência de um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana tornando mais complexas as demandas postas à saúde.

Em face dessas desigualdades na extensão e cobertura da ESF chama-se a atenção para o processo de reorganização da APS onde novas propostas ganham ênfase, como a integralidade da atenção, a avaliação e o acompanhamento dos serviços de saúde, o estímulo à participação e o controle social (BRASIL, 2006).

O MS aponta a importância da institucionalização da avaliação da ESF e busca realizá-la através do envolvimento dos diversos atores que compõem tal contexto, em especial, os usuários (BRASIL, 2006).

Corroborando Arantes *et al.* (2016) dizem que a ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários agregando princípios fundamentais para uma APS abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção. Eles afirmam que:

“A ESF tem contribuído para a implantação de processos avaliativos que são úteis no seu aperfeiçoamento. É, no aspecto técnico-assistencial tem se destacado ao obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária” (ARANTES *et al.*, 2016).

Os mesmos autores evidenciam que a ESF tem apresentado diversos avanços, contudo, enfrentam problemas, sobretudo impostos pela estrutura federativa do país e pelas grandes iniquidades regionais, além de um importante crescimento do setor privado nos últimos tempos, o que dificulta a organização da APS como eixo principal do sistema de saúde (ARANTES *et al.*, 2016).

Além disso, para Monnerat *et al.* (2007) a ESF tem contribuído para a reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, ao impulsionar a formação dos sistemas locais de saúde; favorecer a formação de Conselhos e Fundos de Saúde em função da exigência dos pré-requisitos; estimular a municipalização; redefinir critérios de pagamento e de gestão; impulsionar novas práticas assistenciais e novas parcerias com a sociedade.

Barra (2013) considera que todo esse debate em torno da ESF deve ser analisado a luz do contexto de sua emergência, o que acabou por imprimir um caráter híbrido à Estratégia. Apresenta um potencial transformador das práticas de saúde, mas ao mesmo tempo é assimilado como um programa focalizado, pontual e com custos reduzidos, podendo ser utilizado como estratégia de contenção de gastos. Nessa última perspectiva, a ESF adequa-se bem às expectativas das propostas de reforma do Estado de cunho neoliberal, pois não demanda a aquisição de equipamentos e estruturas de alta densidade tecnológica e elevados custos.

Dalpiaz e Stedile (2011) afirmam que é visível que a implantação da ESF é permeada por desafios, pois ela visa mudar um modelo assistencial que está impregnado nas ações em saúde, o que requer constante aperfeiçoamento dos profissionais para que reformulem suas práticas, apontem os limites de atuação, garantindo um acesso com integralidade, equidade e eficiência aos serviços prestados, voltados para as necessidades da população usuária. Os mesmos autores corroboram a importância e a potência da Estratégia em gerar mudanças reais impactando na qualidade de vida da população.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba: A Base Teórica que Sustenta o Objeto de Estudo

Katharine Kolcaba nasceu em Cleveland, no Ohio, onde passou a maior parte da sua vida. Formou-se em Enfermagem em 1965, pela St. Luke's Hospital School of Nursing. Durante muitos anos exerceu, em tempo parcial, a assistência de enfermagem médico-cirúrgica, em moldes de cuidados continuados e cuidados domiciliares. Pouco depois, volta a estudar em cursos mais avançados, o que veio a acontecer, em 1987, quando licenciou no primeiro curso de especialização em Gerontologia, da Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University (CWRU).

Como ponto de partida de seu trabalho teórico, Kolcaba fez um diagrama da sua prática de enfermagem, logo no início da sua tese de doutoramento. Ao apresentar a sua concepção de estrutura para os cuidados de enfermagem ao doente com demência, um membro do público perguntou: “*Fez uma análise do conceito de conforto?*” Sua resposta foi “*Não, mas esse é o meu próximo passo*”. O que deu início à sua longa investigação sobre o conceito de conforto.

O primeiro passo à prometida análise do conceito de conforto teve início com uma extensa e trabalhosa revisão crítica da literatura específica sobre conforto nas disciplinas de enfermagem, medicina, psicologia, psiquiatria, ergonomia e literatura inglesa (particularmente a utilização que Shakespeare fez de conforto e o dicionário de Inglês da Oxford que trata da atribuição às origens das palavras). Fez um relato histórico do uso da palavra *conforto*, na literatura de enfermagem, em diferentes artigos de sua autoria e de outros autores. Por exemplo, em *Notes on Nursing* (1859, p. 70), observou que Nightingale exortava:

“(…) Nunca se deve perder de vista para o que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou fatos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar o nível de saúde e o conforto”.

De 1900 a 1929, o conforto foi objetivo central da enfermagem e da medicina, porque através do conforto, conseguia-se aumentar o grau de recuperação (MCLIVEEN e MORSE, 1995).

A enfermeira sente-se compelida a prestar atenção aos pormenores que influenciam o conforto do doente. Aikens (1908) declarou que não havia nada relativo ao conforto do doente que fosse suficientemente pequeno para ser ignorado. Nesse sentido, o conforto do doente era a primeira e a última consideração da enfermeira quando prestava seus cuidados, ainda que de forma indireta. Portanto, é possível afirmar que na concepção da autora, uma boa enfermeira precisava colocar os doentes *confortáveis*, sendo que a provisão de medidas de conforto era um fator primário e determinante da habilidade e proficiência de uma enfermeira para prestar cuidados de enfermagem.

Em 1926, Harmer *apud* Alligood & Tomey (2002, p.482) afirmam que os cuidados de enfermagem estavam diretamente relacionados com a prestação de “uma atmosfera geral de conforto”, completando que:

(...) os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental para além do descanso e do sono, nutrição, limpeza e eliminação.

Goodnow (1935) *apud* Alligood & Tomey (2002, p.483), em seu livro “The Technique of Nursing”, dedicou um capítulo inteiro ao conforto do doente, afirmando que:

(...) Uma enfermeira é sempre julgada pela sua capacidade para fazer o doente sentir-se confortável. O conforto é físico e mental e a responsabilidade de uma enfermeira não acaba com o cuidado físico.

Podemos facilmente perceber, nesses exemplos, que o conforto é positivo, pode ser alcançado com a ajuda das enfermeiras e, em alguns casos particulares, indica a melhoria de uma condição ou estado anterior.

A partir de suas origens, Kolcaba explicou os aspectos do conforto com base na ergonomia e na ligação direta do conforto ao desempenho da função da enfermeira. No entanto, o seu significado está frequentemente implícito, escondido no contexto do cuidado de enfermagem e, por isso, o conceito de conforto se apresenta, de certa forma, polissêmico. Podemos perceber que ele varia semanticamente na forma verbal, como adjetivo/atributo, na forma adverbial e em âmbito de processo e resultado.

Kolcaba utilizou três teorias de enfermagem para apoiar sua concepção no modo de sintetizar ou derivar o que ela chama de tipos de conforto:

- ✓ **O alívio**¹ foi sintetizado a partir de conceitos de Orlando (1961) que, por sua vez, afirma que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes;
- ✓ **A tranqüilidade**² foi sintetizada a partir dos princípios de Henderson (1966), que descreveu treze (13) funções básicas dos seres humanos necessitando de serem mantidas para a própria manutenção do equilíbrio homeostático;
- ✓ **A transcendência**³ foi extraída de proposições de Paterson e Zderad (1975, 1988), que afirmavam acreditar que os doentes podiam superar suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

Watson (1979) *apud* Alligood e Tomey (2002, p.483) teve também grande influência na concepção da teoria do conforto de Kolcaba, pois advogava que o ambiente dos doentes era de extrema importância para o seu bem-estar físico e mental. Para essa autora, “(...) *conseqüentemente, sempre que possível, as enfermeiras proporcionam conforto através de intervenções ambientais*”.

Além do mais, Watson (1973) identificou as medidas de conforto que as enfermeiras usavam nesse sentido das *intervenções ambientais*. Ela usava a expressão “*medidas de conforto como sinônimo de intervenção*”.

Morse (1983) começou a observar as ações de conforto das enfermeiras e descreveu o conforto como “*a ação da enfermeira mais importante na prestação dos cuidados de enfermagem aos doentes*”. Quatro anos depois, Hamilton (1987) *apud* Alligood e Tomey (2002, p.483) deu um salto, à frente, bem importante nessa concepção, ao explorar o significado de conforto na perspectiva dos doentes. “*Usou as entrevistas para verificar a forma como cada doente, numa instituição de cuidados paliativos, definia a palavra conforto*”. Para sua surpresa, o tema que mais frequentemente emergia era o *alívio da dor*, mas os doentes também atribuíam uma boa condição à mobília adequada e à sensação de ser independente, encorajado, útil e de valer a pena. Sua conclusão foi a de que: “*(...) o conforto é um fenômeno multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes*”.

Por conseguinte, Morse (1983) continuou a focalizar e centralizar sua atenção na ideia de *confortar* no âmbito da ação da enfermeira, pois acreditava que esta ação era vital para a enfermagem como um todo e que deveria ser devidamente descrita. Sua abordagem é de natureza qualitativa e observacional para estudar as enfermeiras no seu cotidiano de cuidar do cliente enfermo. As ações de conforto que foram descritas, por essa autora, consistiam em

¹A condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica (KOLCABA, 2002).

²O estado de calma ou contentamento (KOLCABA, 2002).

³A condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimentos (KOLCABA, 2002).

tocar e falar e, a um menor nível, de saber ouvir. Mesmo não especificando os sentidos, ou ainda atribuindo-lhes uma definição semântica, os termos *conforto*, *confortar*, *confortável* e *confortado*, empregados indistintamente, serviam para descrever o processo de conforto desenvolvido pelas enfermeiras. Tal processo pode ser chamado, em si mesmo, de:

“(...) medida de conforto se o resultado desse processo for um conforto melhorado, quando comparado com uma linha de base anterior (ALLIGOOD e TOMEY 2002, p.483)”.

Depois de ter desenvolvido sua teoria, a própria Kolcaba testou-a numa “*concepção experimental para sua dissertação. Neste estudo, as necessidades de cuidados de saúde eram os stressores (necessidades de conforto) associados a um diagnóstico de câncer de mama*” (Alligood e Tomey 2002, p.484). Os resultados revelaram uma diferença significativa no conforto ao longo do tempo entre as mulheres que receberam uma assistência holística e o grupo de cuidados normais.

A mais recente prova publicada em sustentação da teoria do Conforto foi um estudo teórico que examinou quatro grandes princípios sobre a natureza do conforto holístico: **1- o conforto é geralmente próprio de uma condição, 2- o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo, 3- qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo e 4- o conforto total é maior do que a soma das suas partes** (KOLCABA, 2003).

Kolcaba consultou literaturas específicas sobre holismo para classificar os contextos nos quais o conforto pode ser experimentado e os definiu como:

1. **Físico:** pertencente às sensações do corpo; importante considerar que a dor é considerada o fator mais importante para obtenção de conforto físico, assim como, que deve ser dado ênfase ao posicionamento no leito, e à organização do ambiente, de forma a proporcionar a liberdade de movimentos possível ao paciente (KOLCABA, 2003).
2. **Psicoespiritual:** pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado.
3. **Ambiental:** pertencente ao meio, às condições e influências externas; tem o foco no contexto local, nas condições e influências externas, incluindo a cor, iluminação, sons e ruídos, iluminação, odor, temperatura, vistas da janela, elementos naturais e artificiais. O

foco da enfermeira deve ser na interação com o ambiente, que pode favorecer a cura e a promoção da saúde (KOLCABA, 2003).

4. **Social:** pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais. Verifica-se a inserção de ações voltadas para os familiares, com enfoque também na relação entre paciente e familiar.

A Teoria do Conceito: Ingetraut Dahlberg

O estudo da origem e formação dos conceitos já vem sendo feito ao longo da história do pensamento filosófico e científico, em diversos campos disciplinares, inclusive na área da saúde. No entanto, com mais restrição na área da enfermagem e muito mais fortalecido nas áreas de filosofia, semântica, psicologia, biblioteconomia e etc (SILVA, 2008).

É importante ressaltar que, na formação do *conceito*, as bases cognitivas e linguísticas do conhecimento nas ciências humanas estão sempre envolvidas entre si, e que, nessa investigação, tratamos do *conforto* como tema do saber para investigar o que pensam os usuários da ESF.

A Teoria do Conceito foi desenvolvida por Ingetraut Dahlberg, nos anos 1960, e foi utilizada, posteriormente, na elaboração de Tesauros; essa teoria veio demonstrar a possibilidade de se utilizar princípios de elaboração de terminologias para o domínio das linguagens documentárias de ordem alfabética, sobretudo no interesse das ciências da informação.

Cabe enfatizar que essa teoria possibilitou uma base mais sólida para a determinação e o entendimento do que consideramos *conceito*, para fins de *representação* ou de recuperação da informação.

“(…) Ela desenvolve princípios para estabelecer: relações entre conceitos com base na lógica, em método para a fixação do conteúdo do conceito e para seu posicionamento em um Sistema de Conceitos, fornecendo os elementos para definições consistentes” (DAHLBERG, 1992, p. 85).

A ideia de *conceito* em Dahlberg é formada por três elementos, a saber: **o referente**, **as características** e a **forma verbal**. Para Dahlberg, o processo de determinação do *conceito* se dá, pois, no momento em que selecionamos, na pesquisa, um item de referência – **o referente** – sendo então, o *conforto* analisado dentro de um determinado universo e, em nosso caso, o conforto nas unidades ESF. A partir daí, atribuem-se predicados ao referente, a partir

de características relevantes que vão auxiliar no processo de designação de uma forma verbal apropriada, e que denotará o conceito.

Assim, o *conceito* só pode ser determinado a partir da reunião de todos esses elementos que o compõem. Dahlberg enfatiza, ainda, a importância fundamental da *categoria* na estruturação do *conceito* e do sistema de conceitos.

As categorias possuem a propriedade de permitir a sistematização de todo o conhecimento da realidade, e podem ser identificadas no momento da determinação do *conceito* ao serem inferidas como predicções entendidas como “verdadeiras e finais” a respeito de um item de *referência* da realidade observada ou investigada.

As afirmativas finais devem ser acumuladas, passo-a-passo, através de predicções entendidas como “verdadeiras” sobre um dado referente no mundo (Dahlberg, 1978). Estas predicções são um dos elementos do conceito - as características - que estão presentes na definição (Dahlberg, 1978) e contribuem para o estabelecimento das relações entre os conceitos e podem permitir compatibilização semântica entre *termos* e *conceitos*. Para uma melhor compreensão do assunto, detalhamos a seguir os elementos constitutivos do *conceito*.

✓ **O Referente**

O referente é um objeto formal, um *constructo* mental, uma unidade de pensamento. Assim, fisicamente podem não existir os objetos como “casa” ou como “árvore”. O que existe é uma determinada casa, uma determinada árvore, de determinadas espécies. Pelo fato de ser um *constructo* mental, pode-se ter o *conceito* de um *referente* sem a existência real do mesmo, como por exemplo, um “duende”. No entanto, se considerarmos tal referente como apenas *unidade* do pensamento, não podemos ter certeza de apreender, entender, por completo, tal unidade, por ser algo apenas subjetivo, algo que está na cabeça de um indivíduo. E a possibilidade de comparação feita com o *conforto* na condição de *referente*, seja ele como fato objetivo ou elemento subjetivo, ou em ambos os casos, estará na dependência da condição de *existência* de unidade de pensamento.

Na análise de um *referente*, lançamos mão de *predicados* supostamente “verdadeiros”, através do exame detalhado de suas propriedades, ou das características *objetivas*. Tal análise evidencia, ou pode evidenciar os *traços* indispensáveis para o estabelecimento das relações específicas entre *termos* que vão auxiliar na construção do sistema de conceitos, visto que nenhum termo do tesouro fica isolado, mas está sempre relacionado, pelo menos, um com outro.

✓ **Característica**

Característica é o elemento constitutivo, formador do conceito. Analisar um objeto ou um *referente* significa identificar, nele, suas propriedades. Num grau de abstração, do *referente* para o conceito, dizemos que as propriedades dos *referentes/objetos* correspondem às características do conceito.

Exemplo:

“Finanças públicas” são as receitas e as despesas do setor público ou de órgão do setor público. As características presentes nesta definição/explicação são “receita”, “despesa” e “setor público”. A expressão “finanças públicas” poderia ter outro sentido na dependência de outras características, caso o sistema de informação no qual está inserida a expressão estivesse voltado para outra área de interesse, a exemplo de Ensino de Enfermagem, ou seja, “disciplina relativa a conteúdos teóricos e práticos de enfermagem”. Assim, a área de assunto do tesouro é fundamental para a análise do *referente*.

Por outro lado, na construção de um tesouro, nem todas as características de um *conceito* são necessárias ou relevantes para que se possa proceder à sua identificação. O assunto a ser sistematizado, o público alvo e o objetivo, dentre outros, determinam as características relevantes a serem selecionadas.

✓ **Termo ou Forma Verbal**

O processo mental da formação do conceito se dá através de uma linha de pensamento que leva à elaboração do conhecimento, passando por um processo de assimilação da informação pelo cérebro, transformando-a. Após essa elaboração mental baseada no conhecimento prévio do indivíduo, a unidade de informação se transforma em uma unidade conceitual que é representada por um termo [forma verbal], o qual possui um único significado, geralmente expresso por símbolos e palavras, com o objetivo de comunicação. Conceitos e categorias são temas centrais de estudo dentro da área de ciência da informação, sendo a base para a organização e para a representação do conhecimento.

✓ **Função**

As características de um dado *referente* (função) servem aos conceitos e são usadas para classificar e definir outros conceitos. Por exemplo, “verniz” é um conceito que tem a “resina” como uma de suas características, e “resina” também é um conceito em si. Se não soubermos a que “resina” nos referiu, não podemos entender corretamente o que seja “verniz”.

Assim, um conceito nunca é estabelecido de forma isolada, mas sempre em relação com outros. Um conceito se estabelece através da comparação com outros conceitos, quando se identificam as semelhanças e as diferenças (por meio da análise e comparação das características), o que leva à reunião de conceitos, que se relacionam de maneira variada. Por exemplo, o conceito "vacina antirrábica" leva aos conceitos de "vacina" (relação genérica), ao conceito de "raiva" (termo associado), e este leva ao conceito de "doença infecciosa", o qual guarda uma relação genérica com a "raiva".

Então, a partir de um único conceito – “vacina antirrábica” - reunimos pelo menos mais três conceitos, ligados por relação genérico-específica e por relação associativa.

É importante ter em mente: os tesouros se caracterizam por mostrar as relações entre os conceitos. Assim, as características dos conceitos têm especial importância na estruturação do tesouro.

➤ **Classificação das Características**

✓ **Característica essencial**

É a característica necessária ao completo entendimento do conceito, especificando-o de maneira inequívoca. Assim, quando definimos tinta fluorescente como “tinta que apresenta certa luminescência durante a noite” e tinta fosforescente como “tinta que apresenta certa luminescência durante a noite”, não conseguimos fazer a distinção entre elas. Faltam-lhes as respectivas características essenciais.

Exemplo:

- ***Tinta fluorescente:*** tinta que apresenta certa luminescência durante a noite, quando sobre ela incide um feixe luminoso, cessando quando a fonte ativadora deixa de agir.
- ***Tinta fosforescente:*** tinta que apresenta certa luminescência durante a noite, quando sobre ela incide um feixe luminoso, continuando por algum tempo após a fonte ativadora deixar de agir.

Então sabemos que esses termos não são equivalentes, ou sinônimos, mas, apresenta em comum, o fato de serem “tinta” e “brilharem à noite”. E isto mostra que os conceitos mesmo próximos não se equivalem e nem condizem com qualquer sinonímia.

✓ **Características Intrínsecas e Extrínsecas**

Forma, cor, tamanho, peso, por exemplo, podem caracterizar um referente em si mesmo, sem relação com outros. São as características intrínsecas. Assim, é próprio de uma

vigia de navio ser “redonda”, enquanto é próprio da janela de navio ser “retangular”. É próprio das pedras preciosas terem “cor”, “brilho” e facetas lapidadas, entre outras características.

Quando um referente se caracteriza por ter uma função (peculiar) que outro não tem, ou uma finalidade (precípua) que um outro não tem, ou por apresentar componentes diferentes de outros referentes semelhantes, então se diz que estas características são intrínsecas, ou seja, elas são identificadas num objeto em relação ao outro.

Quando não são identificadas por si mesmas, por exemplo: “cuidado de alta complexidade”, “cuidado de baixa complexidade”, “cuidado paliativo”, “cuidado confortante”, são denominadas extrínsecas. O conceito “cuidado” pode ser caracterizado, *per se*, independentemente de suas variações de nível de qualidade ou de grau de intensidade. No entanto, quando acrescentamos um predicativo, ou elemento qualificador, o cuidado passa a se caracterizar na dependência da ação *viva* sobre o cliente, deixando explícita a relação entre o cuidado decorrente dessa ação e o tipo específico de cliente a que esse cuidado se destina. Por conseguinte, na área do conhecimento de enfermagem, se diz que atributo é de *inerência* e que *o cuidado* de que se fala é *de enfermagem*.

Nos tesouros, o tipo de cuidado está subordinado a “cuidado em geral”, donde cada tipo de cuidado, imprescindivelmente, terá que vir associado à condição do sujeito específico – agente do cuidado – e ao cliente que demanda o cuidado.

✓ **Características Dependente e Independente**

Na análise de um referente, percebe-se que algumas características podem ser listadas sem qualquer ordem de precedência, enquanto outras, não.

a) Uma característica será *dependente* de outra se esta outra tiver que ser previamente definida para que a primeira possa ser compreendida. Por exemplo, o conceito “cuidado complexo” exige que se compreenda, primeiramente, a característica que faz parte de seu conceito, a saber, “complexo” ou “complexidade”.

b) As características *independentes* produzem conceitos que podem pertencer a mais de uma hierarquia. Por exemplo, o “cuidado” pode ser definido, no mesmo contexto de um tesouro, como atenção para um perigo iminente e também como resultado do esforço ou intenção de um sujeito da ação. Assim, o cuidado participa de dois conjuntos, a saber:

✓ Resultado do esforço ou intenção de um sujeito da ação – cuidado *em si*.

✓ Atenção para um perigo iminente – cuidado!

Isso cria uma condição de poli hierarquia entre termos. Na área profissional, quando afirmamos que cuidado é o resultado de uma ação, significa que ele está inserido na classe “cuidado de enfermagem”; quando afirmamos que cuidado é atenção para um perigo iminente, ele pertence à outra classe.

É importante ter em mente que: a poli hierarquia só tem sentido se os agrupamentos forem úteis para as finalidades do tesouro. O fato de a poli hierarquia ser possível, não quer dizer que tenha que ser utilizada.

✓ **Intensão**

O número de características necessárias à identificação de um conceito varia. Chama-se *intensão* o conjunto das características que contribuem para a ideia de um conceito. A *intensão* de um conceito pode ser maior ou menor em relação a outro(s), ou seja, o número de características de um conceito pode ser menor ou maior em relação a outro(s). Quanto maior a *intensão* (ou o número de características), maior o grau de especificidade/significado. Quanto menor a *intensão*, mais geral é o conceito.

Exemplo:

O conceito “vermute” tem mais características do que o conceito de “bebida”, ou seja, a *intensão* do conceito “vermute” é maior do que a *intensão* do conceito “bebida” por incluir as características: “extratos de ervas aromatizados”, “bebida fermentada”, “teor alcoólico” e “bebida”.

É importante destacar que a análise das características do *referente* fornece tanto os elementos para a criação de um novo *termo*, como para a fixação do conteúdo de um *termo* já existente na língua, e ainda, para estabelecer as relações entre os termos de um tesouro e para a construção da definição do *termo* num glossário.

Vale enfatizar, por conseguinte, que por *teoria do conceito* entende-se, nesta investigação, o conjunto de enunciados oriundos de proposições *axiomáticas* (não resultantes de dados de evidência autêntica), mas entendidas como *o fruto* de uma concepção que se instaurou, desde o seu início, como Sistema Nightingale. Além disso, os enunciados teóricos ou conceituais, ao longo da trajetória evolutiva, condizem com resultados de pesquisas e de *referentes* decorrentes de reflexões de efeito teorizante tão específicas e imprescindíveis à complexa região epistemológica de uma disciplina singular a *Enfermagem*. Essa disciplina que compreende, peculiarmente, manifestações de atos de pensar e representações da realidade, da comunicação e da preservação de objetos de ciência e realidade, e cujo

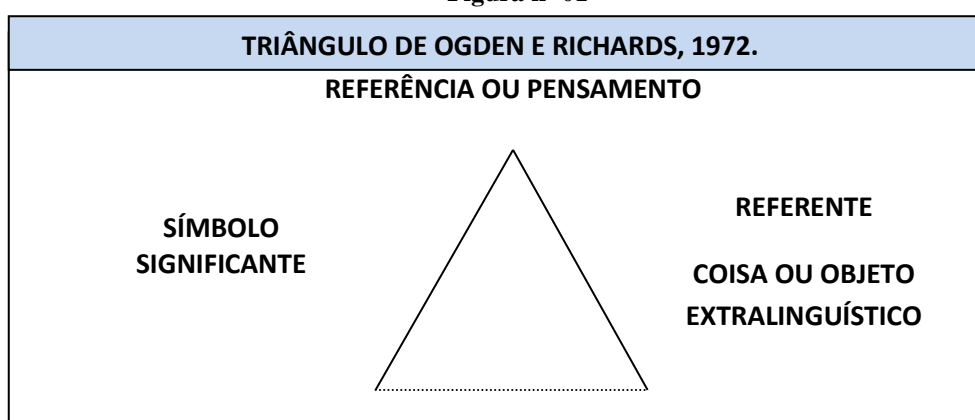
conhecimento integra também, os campos da história, da linguagem, da psicologia cognitiva, da comunicação e da ciência da informação (DAHLBERG, 1992).

Assim, nesta investigação, o *conceito* de conforto é, portanto, tema crucial, buscando compreender quais unidades lexicais estão contidas no discurso de usuários da ESF quando falam de conforto.

Muito embora se fale sobre a ideia de *conceito*, nem sempre temos clareza do significado da palavra. Até mesmo partindo da própria etimologia do termo, existem discussões que merecem ser resgatadas. Dahlberg (1992), por exemplo, chama a atenção para um fato relacionado aos componentes essenciais de um conceito relativo a um dado *referente*.

Em um espectro específico, ou diagrama, pode se perceber/visualizar a imagem de um triângulo equilátero em que, no vértice superior encontra-se o objeto da realidade; no vértice da direita o conceito, formado de todos os enunciados que podem ser proferidos sobre o referente; e no vértice da esquerda encontra-se o símbolo, o signo, termo, número, ícone, designando o conceito sobre o objeto referente, conforme Figura nº 01, a seguir:

Figura nº 01



FONTE: Representação Triádica de Ogden e Richards, extraída do livro "Significado de Significado", 1972.

O **significado (pensamento ou referência)** se situa no vértice superior do triângulo como um produto realizado a partir de nossas relações sociais, ou melhor, dizendo, do código social que é estabelecido entre o **significante (símbolo ou referência)**, determinando o **objeto (referente)**. A mais importante relação no triângulo de Ogden e Richards (1972) é a existente entre o significante e o significado (símbolo e o pensamento - símbolo e a referência). Em todas as relações existentes no triângulo, podemos verificar que não existe associação direta entre o significante (símbolo) e o objeto (referente), isto é, o objeto não tem nenhuma relação direta e pertinente com o símbolo que o representa.

Abbagnano (2007, p.194), refere-se ao conceito dizendo que:

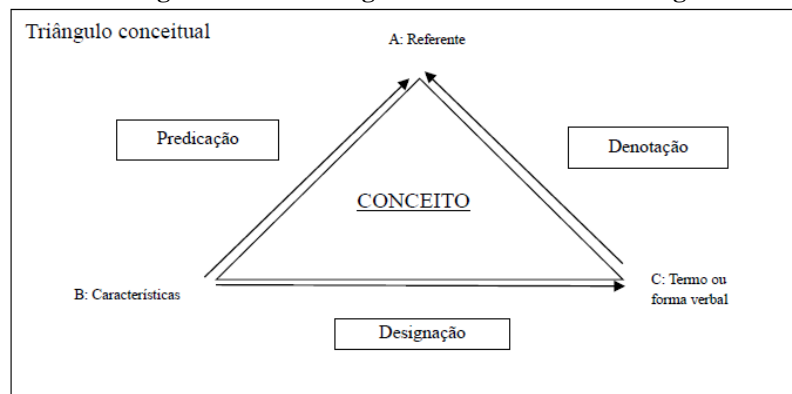
"Conceito refere-se a todo processo que possibilite a descrição, a classificação e a previsão dos objetos cognoscíveis. Assim entendido esse termo tem significado generalíssimo e pode incluir qualquer espécie de sinal ou procedimento semântico, seja qual for o objeto a que se refere abstrato ou concreto próximo ou distante, universal ou individual etc."

A Terminologia é uma área do conhecimento interdisciplinar e transdisciplinar que trata dos conceitos e de suas representações. Segundo a Teoria Geral da Terminologia, os conceitos de uma área do conhecimento se definem uns em relação aos outros, formando assim um sistema de conceitos.

Dahlberg (1992), à luz da Teoria do Conceito, reconhecendo essa contradição, propõe que "conceito" seja definido como "unidade de conhecimento", pois conhecimento pressupõe um entendimento comum do objeto observável. Assim, a partir do pensamento, o homem reconhece fatos no mundo - (relativos aos referentes) -, que geram os processos cognitivos; esses processos só se transformam em processos comunicativos (onde o conhecimento se instaura), quando ele confere esses fatos com critérios de verdade, o que pressupõe a *confiabilidade* e a *aceitabilidade* desses fatos por um grupo de indivíduos, em plano de intersubjetividade, onde se estabelece o que poderíamos chamar de "verdades universais".

Dessa forma, Dahlberg (1992) define "conceito" como uma unidade do conhecimento, compreendendo afirmação verificável sobre um dado item de referência, representado numa forma verbal. Podemos apresentar essa definição através do seu triângulo conceitual – Figura nº 02, a seguir.

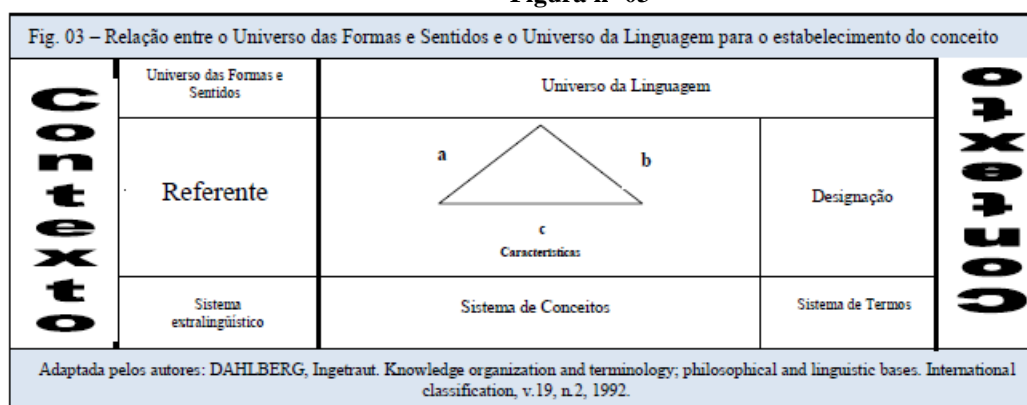
Figura nº 02 - Triângulo Conceitual de Dahlberg



Fonte: DAHLBERG, Ingetraut. Knowledge organization and terminology; philosophical and linguistic bases. International classification, v.19, n.2, 1992.

Esta análise nos leva a certas constatações, na medida em que verificamos o estabelecimento de dois espaços de analogia para o entendimento da definição de Dahlberg (1992). Distanciando o Referente da Linguagem, “*referente*” é aquilo que observamos; e para formarmos o conceito, predicamos sobre ele (aplicamos atributivos) e o designamos. Para tanto, a autora apresenta *sua* representação em dois universos: o Universo das Formas e dos Sentidos, onde o referente está inserido, e o Universo da Linguagem, onde as características e a forma verbal se apresentam em relação ao triângulo (Figura nº 03).

Figura nº 03



Em vista de que, na Teoria Geral da Terminologia, os termos se definem uns em relação a outros, formando um sistema de conceitos, vamos focalizar, em nossa argumentação, alguns princípios básicos para se estabelecer o relacionamento entre os conceitos.

O termo vocábulo é a representação do conceito. 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 usuários da ESF) 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.

Para identificar as características dessas entidades, no entanto, é necessário fazê-lo em relação a um contexto específico (Figura nº 03). A natureza sistemática da Terminologia exige abordagem metodológica própria para a organização dos conceitos.

Esta organização ou sistematização é necessária não apenas para estabelecer, de forma precisa, o conteúdo do conceito (definição), mas para facilitar a denominação (*designação*) de novos conceitos (neonímia) e estabelecer a rede de conceitos, visto que os termos se definem uns em relação a outros. É importante enfatizar que, através da sistematização terminológica, é que será possível elaborar definições coerentes e harmônicas entre si.

A ideia de *sistema* pressupõe uma estrutura, ou relações interligando os *conceitos* de um domínio e, na base dessa estrutura, encontram-se os princípios de *classificação*. Essas relações podem ser identificadas de uma forma geral sob dois aspectos: a relação lógica - que condiz com o sujeito-referente com sua espécie; e a relação ontológica - que relaciona o sujeito-referente com a realidade.

O estabelecimento do conceito pode dar-se em duas direções: a partir do nome, para se chegar ao referente, ou a partir do referente, para se chegar ao nome. Ambos os percursos passam pelas características do *conceito*. A não ser no caso de novas denominações, quando o percurso mais comum é o primeiro.

Em âmbito de metodologia da pesquisa, levando-se em consideração que o *termo* é a *representação* do *conceito*, é correto afirmar que a sistematização ocorre entre “conceitos” e não, propriamente, dentro do vocabulário de um domínio do conhecimento. Nesse caso, o domínio do conhecimento, pois, é o primeiro parâmetro não só para a seleção dos conceitos, mas também das características dos conceitos. Pode-se dizer que o princípio da contextualização - em que os conceitos são abordados dentro de um domínio do conhecimento - é fundamental para a identificação e a seleção das características pertinentes aos conceitos.

Compreender, então, que um *referente* pertença a várias áreas do conhecimento e que, para cada uma delas, um conjunto de características não necessariamente idêntico seja relevante, é aceitar que a *monossemia* do *termo* - um dos postulados da Terminologia - é relativa. A *monossemia* deve ser assegurada em cada domínio do conhecimento que esteja sendo sistematizado.

Por conseguinte, a delimitação da área do conhecimento é, pois, o primeiro passo na sistematização dos conceitos. A partir daí, será possível identificar o conteúdo do *conceito*, bem como estabelecer as relações entre distintos conteúdos, ou seja, agrupar os conceitos segundo características comuns, o que *já* é um processo classificatório.

4 MATERIAL E MÉTODO

Do método em si

Neste estudo, a fim de que fosse possível ampliar as possibilidades de investigação acerca do objeto proposto, optou-se pelo método qualitativo, descritivo, que de acordo com Minayo e col. (1994, p.21):

“Se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis”.

A justificativa pelo desenho do estudo foi pautada nas seguintes considerações:

A metodologia qualitativa aplicada à saúde é uma abordagem ampla que privilegia diferentes formas de investigar as experiências humanas envolvidas no processo saúde-doença. Nesse sentido, pesquisar qualitativamente a experiência humana, a qual, talvez, permita contribuir para uma possível construção de um conceito de *conforto* a partir das predicções emitidas pelos usuários da unidade de ESF;

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

Mesmo se tratando, de uma pesquisa qualitativa, alguns dados foram quantificados com o objetivo de melhor realçar os *lexos* que deram origem à *forma verbal* do *conceito* de conforto (como assentado na Teoria de Dahlberg), quantificação que foi realizada através do software IRAMUTEQ 7.2.

Richardson (1985) ressalta que a estratégia metodológica de se utilizar a complementaridade entre os dados quantitativos e qualitativos, proporciona um maior nível de integração e profundidade na análise. Nesse particular, a análise de enunciação, segundo

Bardin (2011), pode nos permitir uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto de estudo, por meio da análise das palavras contidas nas respostas dos participantes da pesquisa. Além disso, quiçá, poderá nos facilitar a maneira pela qual os dados serão interpretados e analisados à luz do referencial teórico proposto para discutir o que pensam acerca do conforto, os usuários de uma unidade de ESF.

Polit e Hungler (1995, p.277) salientam que a opção pelo método qualitativo, com complementação de dados quantitativos, “*requer a busca da complementaridade entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana*”. E ressaltam que os pesquisadores, aderentes ao método qualitativo, coletam e analisam materiais pouco estruturados, às vezes narrativos, mas que propiciam campo “*livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos*”.

Do caminho percorrido

A fase de exploração de campo obedeceu a passos definidos em quatro etapas como propostas por Minayo (1994, 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 usuários da ESF que compõem o Grupo de Hipertensos/Diabéticos do município de Luisburgo, no Estado de Minas Gerais. Sendo assim, os *sujeitos-objeto*, da investigação, foram selecionados pela técnica de amostragem por conveniência. Para Lakatos e Marconi (1996) é uma técnica muito comum e consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível. Os indivíduos dessa pesquisa foram selecionados porque eles estavam prontamente disponíveis, não porque foram selecionados por meio de um critério estatístico.

Foram incluídos no estudo todos os usuários acima de 18 anos e alfabetizados, que estavam presentes na unidade nos dias agendados para a coleta de dados e que concordaram em participar da pesquisa.

Após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), foram agendados com a

enfermeira coordenadora da unidade os dias de atendimento do grupo de hiperdia⁴ para otimizar a coleta de dados.

A unidade escolhida como cenário do estudo

O cenário escolhido para o estudo em questão se constituiu em uma unidade de ESF localizada no município de Luisburgo, uma cidade do interior de Minas Gerais localizada na Microrregião de Manhuaçu com área territorial de 145.418 km² com população de 6.234 habitantes, segundo o último Censo (IBGE, 2010). Segundo o Datasus (2016) o município conta com 02 unidades de ESF, sendo 01 localizada na zona urbana e 01 na zona rural. O estudo foi realizado na unidade urbana por favorecer melhor acesso aos serviços prestados, junto à equipe e usuários, por tanto, configura-se conveniente sua utilização como *locus* da pesquisa.

Nessa unidade de ESF, a equipe multiprofissional busca atender as famílias e indivíduos expostos a situações de riscos, procura manter atualizado o cadastramento das famílias e indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal, realiza o cuidado da saúde da população adscrita conforme sua necessidade garantindo uma atenção à saúde e buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação e prevenção de agravos.

Garante o atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, conforme os programas do MS e participa do acolhimento dos usuários realizando a escuta de suas necessidades procedendo à primeira avaliação com a finalidade de identificar o mais precoce os agravos. Realiza busca ativa e notifica doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local, pratica cuidado familiar e dirigidos a coletividades e grupos sociais, realiza reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe.

A equipe multiprofissional é composta por 03 médicos, (01 ginecologista e 02 clínicos gerais), 01 enfermeiro generalista, 01 técnico de enfermagem, e 06 agentes comunitários de saúde (ACS). Acrescenta-se a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, 02 profissionais de saúde bucal e uma Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – (01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 psicólogo e 01 educador físico).

A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde

⁴ Cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes (DATASUS, 2016).

cadastrados na ESF.

A unidade possui uma área de: térreo 526,57 m², primeiro pavimento 426,4 m² e um terraço de 163,7 m². A unidade conta com: uma cozinha, um banheiro feminino e um banheiro masculino para funcionários, um banheiro feminino e um banheiro masculino para paciente, almoxarifado (estoque de materiais e medicamentos), sala de descanso dos médicos, sala para atendimento da equipe do NASF, sala do auxiliar administrativo, sala do ACS (com seis computadores para lançamento da produção), consultório do dentista, sala de agendamento para o dentista, sala de esterilização, sala de nebulização, três consultórios médicos (01 ginecologista e 02 clínicos gerais), sala de ECG, recepção, sala de observação e administração de medicamentos, sala de curativo, sala do TFD, farmácia, Sala de vacina, um consultório de Enfermagem, sala de pré-consulta.

A obtenção dos dados

Em consonância com as exigências da Resolução 466/2012, esta pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (UNIRIO) onde foi desenvolvido o estudo sob o número 1.789.697 (ANEXO B), além do Termo de Autorização do Secretário Municipal de Saúde (ANEXO A) responsável pela instituição implicada. O projeto de investigação foi apresentado à Direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO.

Cumprir registrar, ainda, que os *sujeitos-objeto* que concordaram em participar, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE B).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário, aqui entendido como um impresso contendo um conjunto de perguntas. O questionário em questão utilizado nesta pesquisa obedeceu aos requisitos indicados por Boyd e Wetfall (1964) e designado correntemente como “estruturado não disfarçado”, pelo qual se utilizou de técnicas projetivas (responder perguntas abertas ou fechadas, e completar sentenças, etc.) para obter as informações desejadas, sem que o respondente alcance os termos da finalidade e objetivos da pesquisa.

Rúdio (1995) considera o questionário um dos instrumentos de pesquisa mais utilizados e o caracteriza como um instrumento constituído por uma lista de indagações que, respondidas ou não, dão ao pesquisador as informações que ele pretende produzir.

Entende-se que a aplicação do questionário, como descrito, enseja uma estratégia pertinente à necessidade de minimizar a influência da ótica do pesquisador na produção de dados. Pois, 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 (LAKATOS e MARCONI, 1996).

A escolha do questionário como instrumento de inquisição, nesta investigação, abrange um determinado número de pessoas (*sujeitos-objeto*) apresenta, ainda, outras vantagens, dentre as quais as seguintes:

- ✓ A aplicação de um inquérito, por questionário, possibilita uma maior sistematização dos resultados fornecidos;
- ✓ Permite maior facilidade de análise bem como reduz o tempo que é necessário despender para recolher e analisar os dados;
- ✓ Pode ser aplicado simultaneamente a um grande número de informantes (LAKATOS e MARCONI, 1996).

O questionário foi composto por perguntas abertas e fechadas. Algumas feitas no sentido de traçar o perfil sóciodemográfico dos *sujeitos-objeto*, tal como sexo, idade, grau de instrução, etc. Outras com o objetivo de buscar o entendimento que os usuários possuem acerca do conforto (APÊNDICE A).

O tratamento dos dados

Os dados foram tratados de acordo com a frequência de sua aparição nas respostas e apresentados na forma de quadros e gráficos. Para a sua pertinente apreciação, optamos pela análise de enunciação, que segundo Bardin (2011, p.218) “*assenta-se numa concepção do discurso com palavra em ato*”, portanto, nesse sentido, “*uma produção de palavra é um processo.*” Para esta autora:

“A análise da enunciação considera que altura da produção da palavra é feito um trabalho, é elaborado um sentido e são operadas transformações. O discurso não é transposição cristalina de opiniões, de atitudes e de representações que existam de modo cabal antes da passagem à forma linguageira (BARDIN, 2011).”

Assim, o discurso produzido pelos usuários da ESF não é entendido meramente como um produto acabado, e sim, um momento construído a partir de um processo de elaboração, em que pese o fato das possíveis contradições, incoerências e de imperfeições.

Para Bardin (2011) na análise de enunciação cada entrevista é estudada em si mesma como uma totalidade organizada e singular, onde cada produção é analisada e os diferentes indicadores adaptam-se à irredutibilidade de cada locutor.

Refere ainda essa autora, 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.

Primeira etapa – pré-análise -, Bardin (2011) 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. Assim, nesta investigação, a extração das informações léxicas e semanticamente mais importantes, tanto para o objeto quanto para os seus objetivos do estudo, serão também, dispostas em quadros, ranqueadas pela ordem de série (R).

Para facilitar a organização e análise dos dados, foi utilizado o software IRAMUTEQ 7.2. Trata-se de um software gratuito que foi desenvolvido de acordo com a lógica *open source* e está licenciado pela General Public Licence (GPLv2). Seu fundamento estatístico ancora-se no software R e na linguagem Python.

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

O processamento da análise lexical no IRAMUTEQ 7.2 tem início na identificação e reformatação das unidades de textos, que transformam as Unidades de Contextos Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE). Em seguida, a quantidade de palavras é mensurada o que possibilita a identificação da frequência média entre as palavras, destacando a quantidade de palavras que não se repete os Hapax; realiza a pesquisa do vocabulário e reduz as palavras com base em suas raízes, este processo é denominado lematização, por fim, cria o dicionário de formas reduzidas identificando formas ativas e suplementares.

Quando realiza análise de especificidades o IRAMUTEQ 7.2 é capaz de associar diretamente os textos do banco de dados com as variáveis pré-determinadas pelo seu usuário, assim, é possível analisar a produção textual em função dessas variáveis. Esta análise configura-se análise de contrastes em que o *corpus* é dividido em função da variável escolhida

pelo usuário. Por exemplo, é possível comparar a produção textual entre jovens e idosos em relação a determinado tema.

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

Partindo da CHD, o IRAMUTEQ 7.2 fornece ao usuário outra forma de apresentação dos resultados que se dá por meio de uma análise fatorial de correspondência que têm por base a CHD, este processo é chamado de Análise Pós-Fatorial, cuja representação se dá num plano cartesiano com as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD.

A Análise de Similitude está baseada na teoria dos grafos e por sua vez proporciona a identificação das coocorrências entre as palavras, cujo resultado pode indicar a conexidade entre as palavras, auxiliando assim na identificação da estrutura de um *corpus* textual, não obstante, diferencia também, as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) que são identificadas na análise (MARCHAND e RATINAUD, 2011).

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

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

Além disso, o programa fornece outra forma de apresentação dos resultados, através de uma Análise Fatorial de Correspondência feita a partir da CHD. Com base nas classes escolhidas, o programa calcula e fornece os segmentos de texto mais característicos de cada classe (*corpus* em cor) permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe.

Outra forma de análise que será utilizada neste estudo é a Análise Prototípica (também chamada análise de evocações ou das quatro casas) é uma das técnicas mais difundidas para caracterização estrutural de uma representação social. Para Vergès (1992) baseia-se no cálculo de frequências e ordens de evocação das palavras.

A análise prototípica geralmente é aplicada sobre dados na forma de palavras ou expressões evocadas por participantes ao lerem ou ouvirem um termo indutor. Assim, restringe-se à expressão da representação social por meio de material verbal recolhido como evocações; cabe apontar, de todo modo, que esse tipo de material não permite uma varredura completa do campo representacional; pesquisas sobre o mascaramento de representações sociais apontam que frequentemente noções importantes de representações sociais não são evocadas quando há pressões normativas contrárias (WACHELKE e WOLTER, 2011).

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Análise dos resultados

Muito embora as ideias contidas no discurso dos participantes desta pesquisa possam ser estatisticamente mensuradas, o propósito da utilização do IRAMUTEQ 7.2 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 7.2 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).

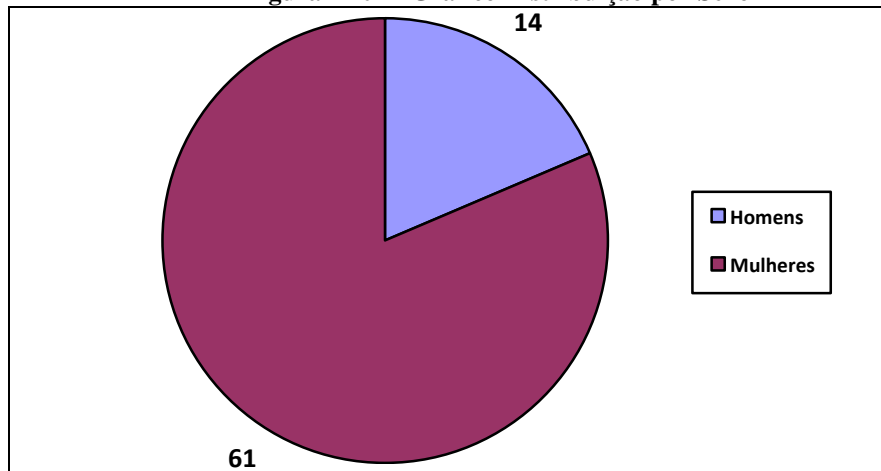
UC: Unidade de Contexto – Agrupamento de UCE sucessivas de uma mesma UCI, até que o número de palavras diferentes analisadas (contidas nessa unidade de contexto) seja superior ao limiar fixado na análise. Esse limiar é fixado ao número de palavras analisadas.

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.

Foram coletados 75 questionários, em quatro dias de visitas na unidade de ESF de 13:30 às 16:30. Os dias escolhidos para coleta de dados foram aqueles que tinham agendado atividade de hiperdia. Destes 75 questionários, 61 eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino (Figura nº 04). Considerando que a quantidade de respostas obtidas em 75 questionários é significativa, a utilização do IRAMUTEQ 7.2 foi útil na análise, visto que o software conjuga dados estatísticos em banco de dados textuais, como foi o caso das respostas dadas pelos usuários da unidade de ESF utilizada como cenário da pesquisa.

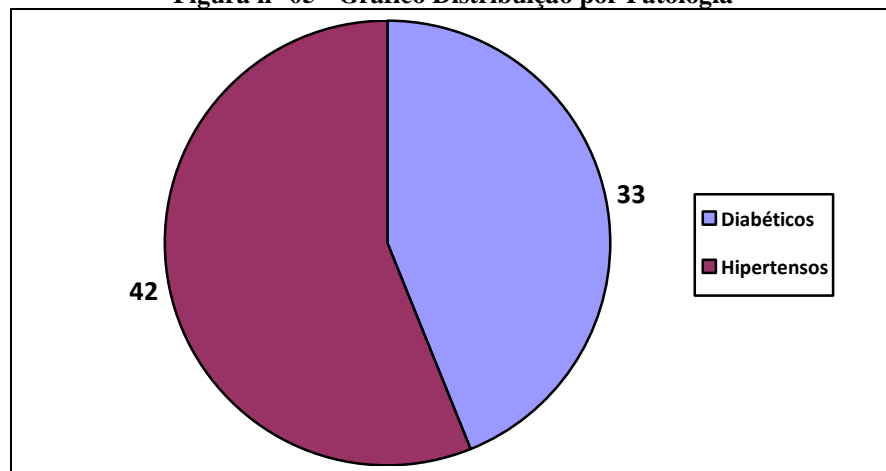
Figura n° 04 - Gráfico Distribuição por Sexo



Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

Dos 75 sujeitos participantes da pesquisa, 42 eram hipertensos e 33 diabéticos (Figura n°05).

Figura n° 05 - Gráfico Distribuição por Patologia

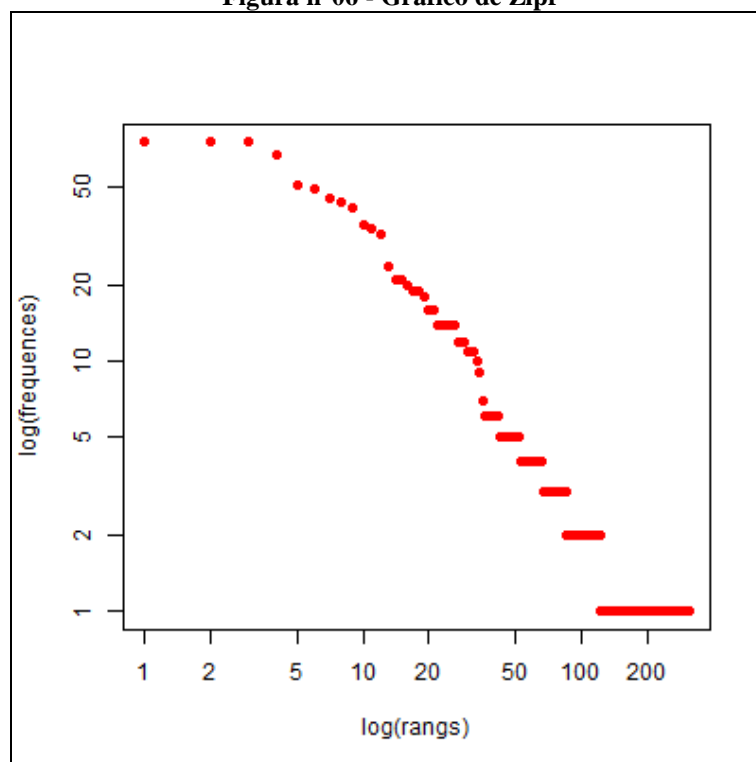


Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

Após a confecção do corpus denominado total conforto_corpus_1 e posterior análise do mesmo pelo IRAMUTEQ 7.2 com as configurações padrões do software, foram possíveis o retorno das seguintes informações preliminares: tamanho da UCE = 40, número de textos = 224, número de segmentos de texto = 224, número de ocorrências = 1423, número de formas = 348 e o número de hapax foram de 212, o que corresponde a 60,92% das formas e 14,90% das ocorrências, o que determina a qualidade da análise, haja vista que o número de hapax não ultrapassou 20% do total das ocorrências.

A Figura nº06 corresponde ao gráfico de Zipf, que por sua vez, determina a relação ordem de série e frequência de palavras (ocorrências). É possível perceber que a Ordem de Série (r) de 1 a 5, correspondente ao eixo vertical (log frequência), estão contidas as palavras [profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento],[suas_necessidades_atendidas_e_nquanto_usuario],[saúde],[sente_bem_na_unidade_acolhimento] e [ambiente_adequado]. O quadro nº01 apresenta as ocorrências referentes às formas ativas elencadas pelo IRAMUTEQ 7.2. O quadro nº02 dispõe das palavras que ocorreram apenas uma única vez – hápax.

Figura nº06 - Gráfico de Zipf



Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

Quadro nº 01 – Formas ativas

PALAVRAS/OCORRÊNCIAS	FREQUÊNCIA
profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento	67
suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario	51
saúde	49
sente_bem_na_unidade_acolhimento	45
ambiente_adequado	32
acolhimento	20
bem_estar	19
bom	18
atender	16
ser_bem	14
respeito	14
harmonia_tranquilidade	14
bom_atendimento	14
casa	12
paz	11
atenção	11
atendimento	11
tranquilidade	9

deus	7
palestra	6
medicamento	6
conforto	6
ambiente	6
unidade	5
posto	5
moradia	5
família	5
educação	5
dia	5
confiança	5
amizade	5
tranquilo	4
receber	4
quando	4
médico	4
funcionário	4
convivência	4
carinho	4
bons_profissionais	4
boa_conversa	4
alimentação	4
vida	3
tudo	3
tratar	3
social	3
ser_bem_tratada	3
sentir_bem	3
sempre	3
qualidade	3
não	3
necessário	3
hora	3
familiar	3
eficiência	3
diálogo	3
chegar	3
ao	3
adequado	3
área	2
água	2
tratamento	2
ser_bem_atendido	2
sente_se_bem	2
segurança	2
mesmo	2
mais	2
lugar	2
humildade	2
ficar	2
estar_em	2
eficácia	2
dor	2
descanso	2
deixar	2
correr	2
conhecimento	2
comunicação	2
básico	2
bom_tratamento	2
bem_com	2
atrás	2
aprender_sobre_a_doença	2
amigo	2
ambiente_limpo	2
agradável	2

Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

Quadro nº 02 – Hapax

PALAVRAS/OCORRÊNCIAS	FREQUÊNCIA
ética	1
vontade	1
volta	1
viver_bem_em	1
viver	1
vender	1
um_bom	1
tv	1
tratamento_adequado	1
tratado	1
transporte	1
transmitir	1
ter_uma_boa	1
ter_sempre	1
ter_que	1
ter_muita	1
ter_bom	1
ter_boa	1
tender	1
televisão	1
também	1
suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuários	1
sorriso	1
sociedade	1
sobrevivência	1
situação	1
sinto_me_bem	1
setor	1
ser_bem_tratado	1
sentir_se	1
sentir	1
sentindo_se_bem	1
sempre_bom	1
sempre_bem	1
saude	1
sair	1
saber_que	1
saber	1
rosto	1
reunião	1
resto	1
respeitar	1
remédio	1
relação	1
reinar	1
receptividade	1
realizar	1
querer	1
próprio	1
profissionalismo	1
problema	1
principal	1
prevenção	1
preocupação	1
preferência	1
precisar	1
porque	1
pontualidade	1
perder	1
passar	1
passando_mal	1
parar	1
palavra	1
paciente	1
ouvir	1
orientado	1
organização	1
objectivo	1
necessitar	1

necessidade	1
muito	1
momento	1
mental	1
me_sentido_bem	1
marido	1
maneira	1
maior	1
lugar_adequado	1
local	1
junto	1
jamais	1
informação	1
importância	1
hipertensão	1
higiene	1
harmonia	1
geral	1
gentileza	1
gente	1
físico	1
financiarmente	1
filho	1
felicidade	1
falar	1
expor	1
exercitar	1
este_mesmo	1
estar_em_um	1
estar_de_bem	1
estar_bem	1
esperar	1
específico	1
especialista	1
escutar	1
equipar	1
entretenimento	1
enfermeiro	1
emprego	1
emergência	1
eficiente	1
eficaz	1
efetividade	1
disponível	1
disponibilidade	1
dinheiro	1
desistir	1
depois	1
dentro	1
conviver	1
contar	1
consulta	1
conseguir	1
confiar	1
condição	1
compartilhar	1
companhia	1
companherismo	1
comodidade	1
como	1
coisa	1
claro	1
carro	1
capacitação	1
cantar	1
cama	1
brincar	1
bons_médicos	1
bons_funcionários	1
bom_médico	1
boa_palestra	1

boa_convivência	1
boa_assistência	1
bem_sobre	1
bem_recebida	1
bem	1
atender_bem	1
atencioso	1
assunto	1
aprender_sobre_prevenção	1
animar	1
além	1
ali	1
algo	1
alegria	1
alegre	1
agilidade	1
aflinge	1
acordo	1
acompanhamento_médico	1
acolhido	1

Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

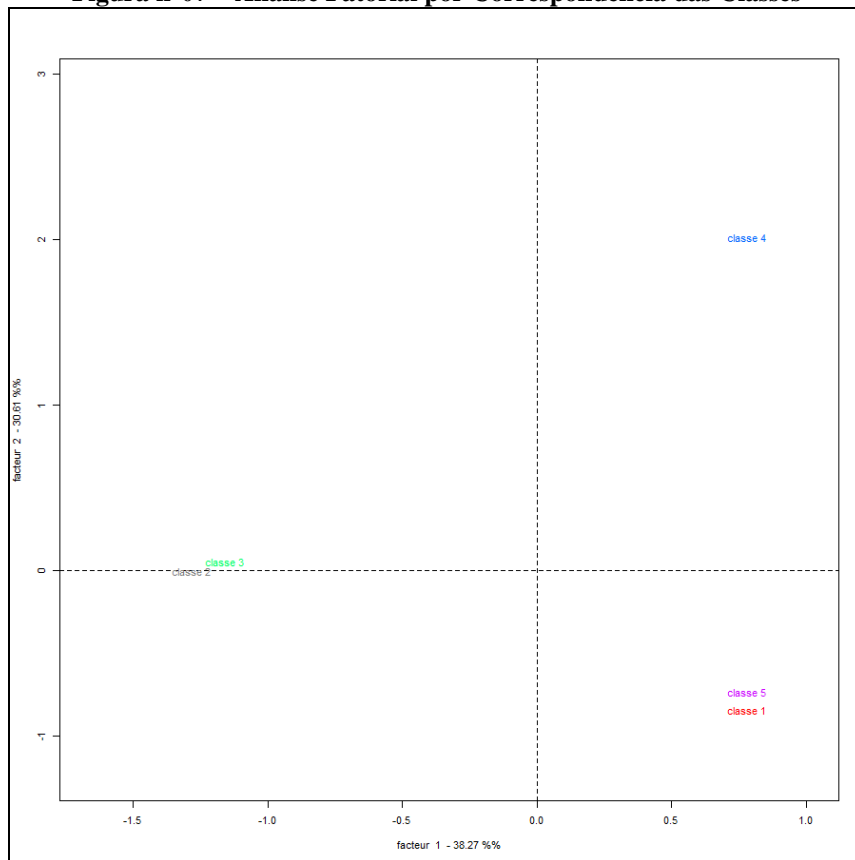
A Análise Fatorial por Correspondência - AFC (Figura nº07) mostra a distribuição das cinco Classes da Classificação Hierárquica Descendente – CHD de maneira que as classes 1 e 5 possuem uma correlação muito forte, enquanto que as classes 2 e 3 com pouca correlação e a classe 4 sem correlação alguma com as demais. O dendograma da Figura nº08 confirma esta assertiva e mostra as palavras envolvidas em cada uma das classes.

É possível determinar que as classes 2 e 3 dizem respeito à sensação de bem-estar quando se é atendido em um ambiente adequado. Estas duas classes permitiram a emergência da primeira Categoria de Análise que será apresentada a diante, cuja denominação é “Ambiente e Necessidades Humanas Atendidas para Promoção de Conforto em Unidades de Estratégia Saúde da Família”. Esta categoria é formada por palavras que remetem à ideia de que, para que o conforto seja ofertado, o paciente necessita de ambiente adequado.

Por sua vez, a segunda Categoria de Análise emerge das classes 1, 4 e 5, pois, as ocorrências estão diretamente relacionadas às Unidades Lexicais que remetem à ideia de conforto, sendo assim, sua denominação é “Percepções de Conforto”.

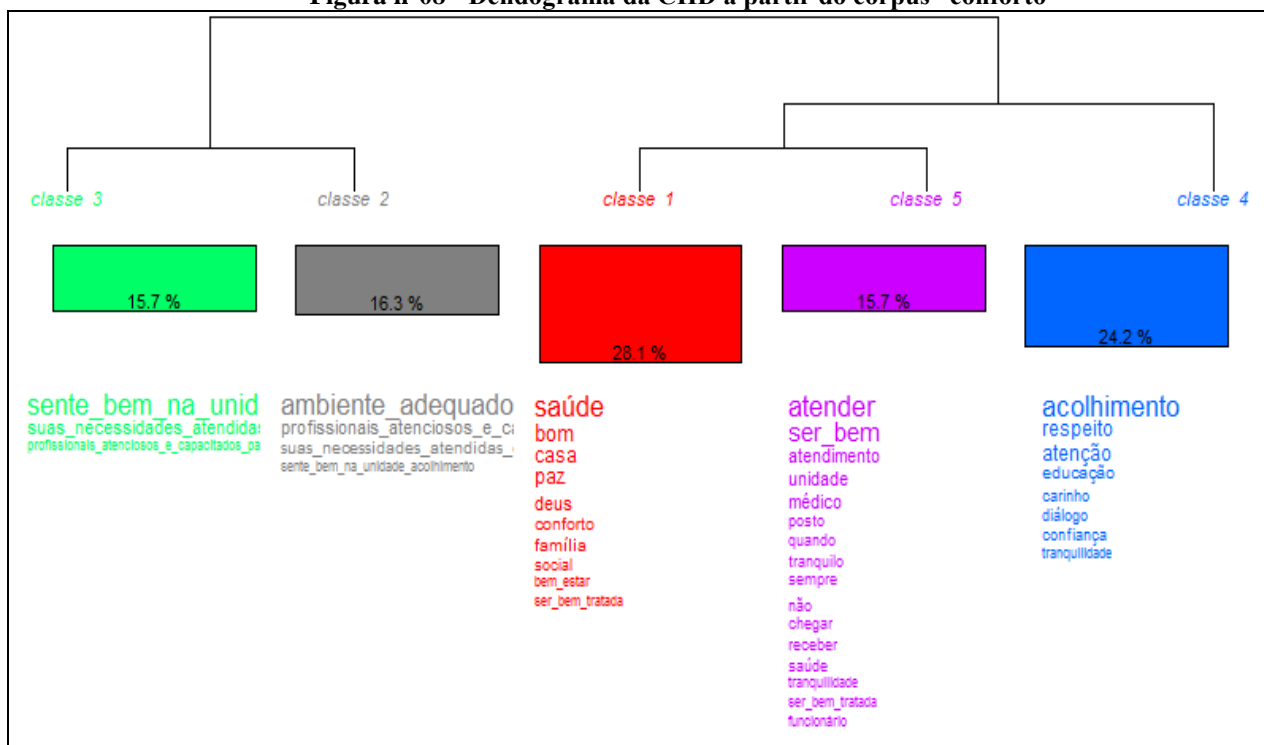
A CHD dividiu o corpus em 5 classes. O Dendograma da Figura nº08 apresenta as classes com suas respectivas palavras ranqueadas de acordo com o valor do Chi², quanto maior este valor, maior será o tamanho da fonte da palavra na classe.

Figura nº07 – Análise Fatorial por Correspondência das Classes



Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

Figura nº08 - Dendograma da CHD a partir do corpus “conforto”



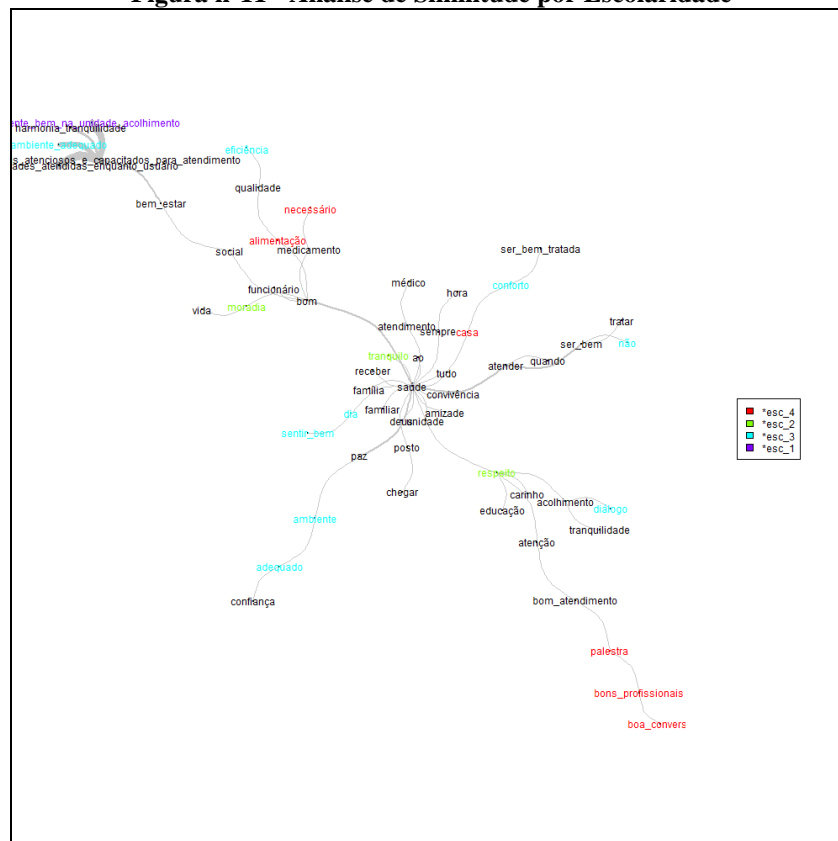
Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

Figura nº10 - Análise de Similitude quanto ao Sexo



Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

Figura nº11 - Análise de Similitude por Escolaridade



Fonte: Autores da pesquisa, 2017.

Resultados e Discussão

CATEGORIA 1 - Ambiente e Necessidades Humanas Atendidas para Promoção de Conforto em Unidades de Estratégia Saúde da Família

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

Antes de iniciar a discussão sobre esta categoria, parece-nos oportuno destacar a importância do ambiente e das necessidades humanas básicas e como essas necessidades estão correlacionadas com o conforto.

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.*, 2009).

Discutir conforto no ambiente onde o usuário da ESF está inserido pode tornar-se limitador se não forem observados os diferentes aspectos que compõe o conforto e que se interligam; para esse usuário sentir-se bem na unidade e ser bem recebido pelos profissionais é uma forma de se ter conforto.

A evolução do conceito de conforto vai além do estudo na área da saúde. Na área da indústria do vestuário, Van Der Linden e Guimarães (2004), definiu conforto como um estado prazeroso de harmonia fisiológica, física e psicológica entre o ser humano e o ambiente. Para ele esta proposta revela a natureza multidimensional do conforto por contemplar as dimensões fisiológica, psicológica e física.

Na evolução do conceito de conforto, Mussi (1996), verificou que o ambiente adequado aparece com elemento comum nas definições de conforto, dentro e fora da literatura de enfermagem, caracterizando uma concepção subjetiva do fenômeno. Nas concepções encontradas, o conforto adquiriu o significado de bem-estar e também de um sentimento.

Ilustrando a importância do conforto no ambiente não podíamos deixar de citar a Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, que parte da ideia de que uma necessidade satisfeita deixa de ser fonte de motivação para o comportamento; por outro lado,

uma necessidade não satisfeita afeta diretamente o comportamento humano como fator desmotivador (HESKETH e COSTA, 1980).

Para os mesmos autores as necessidades humanas, segundo Maslow (1954), estão arranjadas numa hierarquia que ele denominou de hierarquia dos motivos humanos. Conforme o seu conceito de premência relativa, uma necessidade é substituída pela seguinte mais forte na medida em que começa a ser satisfeita. A ilustração abaixo, (Figura nº 13), é um pictograma adaptado da Pirâmide de Maslow (1970) que na sua leitura em ordem decrescente, a necessidade fisiológica é a mais forte, a mais básica e essencial.

Figura nº13 - Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas



Fonte: Maslow, 1970.

Está descrito na Teoria de Maslow que uma necessidade de nível mais baixo tem forte influência nas de nível superior, portanto deixar de suprir as necessidades mais básicas irá refletir no comportamento do indivíduo, dificultando este a atingir o grau mais elevado de realização (VIDAL, 2015).

Discutindo as categorias é importante destacar que as informações aqui contidas teve sua origem a partir da confecção do corpus denominado total conforto _corpus_1 e posterior análise do mesmo pelo IRAMUTEQ 7.2, onde o software realizou a Análise Fatorial por Correspondência das Classes, o Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente, o Gráfico de Dispersão das Classes e Palavras e o Gráfico de Similitude.

A partir dos dados fornecidos pelos participantes da pesquisa o IRAMUTEQ 7.2 gerou o Dendograma (Figura nº 07 e 08) onde foi possível evidenciar que as CLASSES 2 e 3 dizem respeito à sensação de bem-estar quando se é atendido em um ambiente adequado.

Analisando a Figura nº 07 e 08, oriundas da definição de conforto para os usuários participantes é possível perceber, que além dessa sensação de bem-estar em um ambiente adequado, ter profissionais atenciosos capazes de atender suas necessidades básicas, é de extrema importância para que esse indivíduo se sinta confortável. Para esse usuário além da “estrutura física, dos recursos humanos e das relações sociais desse espaço, as necessidades básicas são aspectos que caracterizam conforto”.

Silva (2008) em sua tese de doutoramento apresenta um conceito de conforto que tem a realização/satisfação das necessidades humanas básicas como um dos aspectos a serem considerados.

A esse respeito Maslow (1970) contribui para esta discussão quando conclui que: “*o homem é motivado por necessidades organizadas numa hierarquia de relativa prepotência. Isto quer significar que uma necessidade de ordem superior surge somente quando a de ordem inferior foi relativamente satisfeita*”. No momento em que as necessidades fisiológicas encontram-se razoavelmente satisfeitas, as necessidades localizadas no nível imediatamente superior começam a dominar o comportamento do homem; começam a motivá-lo (SILVA, 2008).

Associando a Teoria de Maslow ao estudo aqui compreendido, é possível entender o significado de conforto no ambiente para satisfazer as necessidades humanas dos usuários da ESF, destacando que este “ambiente confortável” é o principal objetivo dessa categoria.

Iniciando por aquela que Maslow considerou como a mais forte e mais básica, as necessidades fisiológicas, está serve de elo para as demais necessidades; abaixo segue alguns extratos do corpus emitidos pelos usuários que merecem destaque:

Usuário 17 – “Água tratada, alimentação de qualidade, ter medicamentos necessários”.

Usuário 21 – “Ter uma boa alimentação, ter medicamentos necessários”.

Usuário 26 – “Uma boa alimentação e saúde”.

Usuário 30 – “Cama boa, para poder dormir quando chegar do trabalho, boa alimentação e medicamentos”.

Usuário 53 – “Descanso, saúde, poder sair para passear”.

Percebe-se que as necessidades fisiológicas, estão relacionadas com uma boa alimentação. Entretanto, diante das necessidades fisiológicas apresentadas acima, a de maior prioridade para os sujeitos dessa pesquisa que são os hipertensos/diabéticos estão relacionadas com a alimentação. Mas um fato importante que se observa nas falas acima é a preocupação com a medicação, fazendo um elo entre a necessidade fisiológica e a necessidade de segurança. Não seria possível tratar os usuários portadores de hipertensão/diabetes se a unidade de ESF em parceria com as secretarias de Estado e o MS não disponibilizasse programas de alimentação saudável e realizasse mensalmente a distribuição de medicamentos para tratamento dessas patologias.

Para Faria *et al.* (2014), as ações de saúde implementadas pelas equipes de Saúde da Família têm possibilitado incrementar novas relações entre profissionais de saúde, famílias e comunidades, pautadas no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade. Para os usuários da ESF e sujeitos dessa pesquisa isso é conforto, é sentir essa sensação de bem-estar, de ser bem acolhido em um ambiente adequado, garantindo-lhe um grau de resolutividade e segurança.

Dando continuidade, encontramos em outras falas a necessidade de segurança, deixando evidente que se ter um lar são condições que trazem segurança e conforto.

Usuário 24 – “Ter uma boa casa e ter o necessário dentro dela, saúde e harmonia”.

Usuário 36 – “Ter minha casa própria, carro e saúde”.

Usuário 47 – “Ter boa moradia, ter tranquilidade no dia a dia, ter além do básico para a sobrevivência, algo que nos faz sentir bem”.

Usuário 48 – “Ter uma boa condição de vida, uma boa moradia adequada, onde possa ter bom descanso”.

Usuário 49 – “Boa moradia, alimentação de boa qualidade.”.

Usuário 50 – “Ter moradia própria, poder estar em casa tranquilo e ver televisão”.

Para Bachelard (1978), na *Poética do Espaço* a casa tem antes de tudo a função de abrigar e proteger, levando o homem ao seu próprio recolhimento. Em sua positividade a casa efetivamente “vívda” é preenchida de pensamentos e sonhos, o verdadeiro “bem-estar” no lar possui um passado e uma história.

Pereira (2016) destaca que um dos atributos primordiais para que o usuário vivencie o conforto no espaço cotidiano da casa, é a *segurança e proteção* evidenciados pela tranquilidade e paz: o lar é território destinado ao aconchego, à paz interior, onde deixamos fora dele os aborrecimentos, dores e preocupações. Portanto, se a segurança é um elemento entendido como necessidade humana básica, parece factível e pertinente considerá-la na construção de um conceito de conforto.

Consequentemente revelam-se nesta categoria algumas falas sobre as necessidades sociais e de autoestima, mas 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, indivíduo cheio de emoções e que deseja sentir-se bem em um ambiente acolhedor e capaz de atender suas necessidades básicas.

Usuário 1 – Me sinto bem quando estou na Unidade de Saúde e quando estou com meus familiares e amigos.

Usuário 6 – “Estar em um ambiente onde eu esteja me sentindo bem e a vontade, de preferência em minha casa com minha família. Ser bem atendido no Posto de Saúde”.

Usuário 7 – “Estar em um ambiente adequado, onde haja comunicação com as pessoas, onde eu me sinto bem e tenho minhas necessidades atendidas”.

Usuário 25 – “Ter um ambiente adequado e me sentir bem”.

Usuário 11 – “Que ao chegar ao Posto de Saúde, sempre ser bem recebido, com isso, sentia-se em casa, o atendimento em todos os setores, sempre foi de excelência”.

Observa-se nessa categoria que a Teoria de Maslow completa a Teoria de Kolcaba, pois encontramos as cinco necessidades da pirâmide de Maslow (necessidades fisiológicas, segurança, social, autoestima e auto realização) afirmadas na teoria de Kolcaba, quando ela cita os contextos nos quais o conforto é experimentado (físico, psicoespiritual, ambiental e social).

CATEGORIA 2 – Percepções de Conforto

“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)

Ao analisar as respostas dos usuários da ESF e participantes do estudo foi possível construir a segunda categoria de análise denominada de Percepções de Conforto. Assim entender as percepções de conforto no ambiente onde o usuário da ESF está inserido é o principal objetivo dessa categoria.

Perceber o mundo através dos órgãos sensoriais é um atributo/característica intrínseca ao ser humano, desde que, suas funções corticais estejam em plenas condições (SILVA, 2009).

O ser humano assim como outros animais, percebe situações que ocorrem em seu cotidiano inserido em um determinado contexto e é claro, que tal contexto irá influenciar diretamente nas suas reações. No entanto, somente o homem é capaz de perceber o mundo a si mesmo e ainda, tomar decisões a partir de tais percepções de forma crítica, na maioria das vezes, assentadas na razão (SILVA, 2009).

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

A fim de verificarmos os tipos de conforto e contextos emitidos pelos usuários da unidade de ESF nesta categoria, identificamos primeiro as classes que a compõe: CLASSE 1, CLASSE 4 e CLASSE 5 (visualizado no Dendograma da Figura nº 07 e 08). Listamos alguns extratos do corpus que mostram a percepção que os usuários têm sobre conforto na ESF e que fazem parte desta categoria.

Usuário 9 – Ser bem tratada na Unidade de Saúde

Usuário 10 – Chegar no Posto de Saúde e ser bem atendido, garantindo minha saúde.

Usuário 12 – É ser bem recebida e atendida no Posto de Saúde e pelos profissionais que ali estão.

Usuário 13 – Sempre que vou ao Posto, sou sempre bem atendida, com remédios, consultas, o acolhimento é importante.

Usuário 14 – Poder confiar no atendimento; ser bem recebido, o que me deixa bem tranquilo para cuidar da minha saúde.

Usuário 27- Ter saúde.

Usuário 29 – Ter uma boa saúde, paz.

Usuário 31 – Ter uma boa saúde, amizade.

Usuário 34 – O tratamento dos funcionários sou sempre bem atendida.

Usuário 38 – Saúde, bem estar com a família, ser alegre e ter uma boa convivência social.

Usuário 52 – Paz e saúde.

Usuário 54 – Paz, saúde e felicidade.

Torna-se claro a valorização da saúde, do acolhimento, do respeito, da atenção e de ser bem atendido na unidade. O conforto diretamente ligado ao acolhimento e vivido pelo usuário e a importância de ser ter saúde é percebido nas falas dos sujeitos dessa categoria.

Araújo (2005) corrobora que quando o usuário dos serviços de saúde é bem atendido ele estabelece vínculo de confiança com a equipe que o acolhe e reconhecendo-o como sujeito ativo na promoção de sua qualidade de vida. Os profissionais também utilizam o acolhimento, diálogo e o respeito como estratégia capaz de estimular a confiança e instigar o usuário a refletir sobre suas escolhas, levando-o à crítica sobre seu processo de saúde com autonomia.

No cenário da Atenção Básica, Ferreira *et al.* (2009), afirmam que para se garantir um bom atendimento e acolhimento aos usuários os profissionais de saúde integram as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, das famílias e das comunidades com novos modos de agir e de interagir com a prática, a fim de responder às necessidades de saúde desses indivíduos.

Nota-se, pelos discursos dos usuários, como que eles se sentem confortáveis quando são bem atendidos na unidade, o reconhecimento do trabalho dos profissionais e como suas ações contribuem para a promoção da saúde desses indivíduos.

Em interpretação, observa-se que o acolhimento e ser bem atendido na unidade constitui-se um resultado positivo para promoção da saúde e remete momentos de conforto, a qual propõe que após o atendimento do usuário, as necessidades de conforto são identificadas. A partir de então o usuário tem a percepção de estar sendo bem atendido e bem acolhido pelos profissionais da unidade de ESF.

Percebe-se na Nuvem de Palavras (Figura nº 09) que a palavra “saúde” foi a mais evocada e no Dendograma da CHD – CLASSE 1 a mesma foi a mais ranqueada e apareceu

com maior percentual 28,1% (Figura nº 08), correlacionando o conforto com a manutenção de uma boa saúde.

A segunda palavra mais ranqueada nessa categoria foi o acolhimento. O acolhimento aparece na CLASSE 4 com 24,2% (Figura nº 08). Acolher é um recurso que possui a capacidade de potencializar o diálogo. Expressa uma atitude de inclusão, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém, e por isso acolher, também é cuidar, e esse cuidar deve se voltar para a contribuição do bem-estar. O diálogo humaniza a relação entre indivíduos distintos, permitindo a aproximação e a confiança necessária ao processo de cuidado (BRASIL, 2006).

A relação entre conforto e acolhimento pode ser percebida a partir do entendimento de que práticas de saúde são mandatórias para que as demandas de conforto sejam atendidas. Assim, o conforto pode ser considerado como resultante dos cuidados prestados, e o cuidar é um processo do qual pode resultar a experiência do conforto (MORSE, 2000).

Outro ponto importante que merece ser destacado nesta análise é que homens e mulheres apontam diferentes percepções de conforto conforme apresentado no Dendograma da Figura de nº 10 (Análise de Similitude quanto ao Sexo), esse fenômeno nos revela que os homens estão mais preocupados com o respeito e atenção dispensando a eles durante o atendimento na ESF. Sousa (2010) ressalta que uma estratégia para um bom atendimento ao usuário da ESF é uma assistência pautada no respeito e atenção à singularidade do ser cuidado, priorizando sua dimensão biopsicossocial e cultural. Nesse sentido, o cuidar humanizado transcende a assistência simplesmente biológica e vislumbra um cuidar que valoriza a subjetividade do ser humano. Contrapondo aos homens as mulheres apontam o ambiente como o mais importante para que elas possam sentir-se confortáveis.

Comparando com a Teoria de Kolcaba as mulheres se preocupam mais nas condições ambientais e suas influências externas, incluindo a cor, iluminação, sons e ruídos, iluminação, odor, temperatura, vistas da janela, elementos naturais e artificiais. Para as mulheres o foco deve ser na interação com o ambiente, que pode favorecer na cura, promoção e prevenção da saúde.

Ora, outra percepção de conforto destacada nesta categoria refere-se aos hipertensos e diabéticos, sujeitos dessa pesquisa. No Dendograma da Figura de nº 12 (Análise de Similitude por Patologia), ficou evidente para os hipertensos, que o ambiente e a eficiência são fundamentais para que eles possam se sentir confortável. Faz-se importante ressaltar alguns extratos do corpus a seguir:

Usuário 33 – Ser bem recebida e os profissionais sempre atenciosos e orientados sobre hipertensão.

Usuário 69 – Sentir bem acolhido em um ambiente limpo e acolhedor.

Usuário 71 – Chegar e ser atendido pelo médico, ele parar e me ouvir com atenção.

Usuário 73 – Ser bem tratado na hora que está passando mal e em um local limpo onde podemos esperar o atendimento com tranquilidade.

Usuário 74 – Ser bem atendido com eficiência e não ter que ficar esperando muito tempo quando estamos com dor.

Para os usuários da ESF, estar em um ambiente com salas planejadas para acomodá-los; claro, limpo, tranquilo, acolhedor, com ventilação adequada, e ser bem atendido pelos profissionais que compõem a equipe multiprofissional é sinônimo de conforto.

Por sua vez os diabéticos apontam a educação e confiança como fator primordial para obtenção do conforto.

Usuário 20 – Educação e um bom atendimento dos funcionários do local de saúde e confiar no atendimento.

Usuário 42 – Confiar no atendimento médico e nos Agentes de Saúde.

Usuário 45 – Ser bem atendido é ter confiança nos profissionais.

Usuário 57 – Para mim, conforto é bem estar físico mental e social, sentindo-se bem consigo mesmo e com a sociedade a sua volta é ser bem tratada com educação.

Usuário 61 – Ser bem tratado pelos profissionais da saúde com educação.

Cabe aqui pontuar que o vínculo com os usuários do serviço de saúde torna-se ferramenta eficaz nas ações de saúde, e auxilia na participação e auto-organização do usuário, na continuidade da procura dos serviços em saúde, contribuindo, assim, na formação da autonomia dos usuários e profissionais, proporcionando educação e confiança efetiva para a saúde (PEREIRA *et al.*, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação assumiu como objetivo construir um conceito de conforto na perspectiva de usuários de uma unidade de ESF; identificar as unidades lexicais contidas no discurso dos usuários da ESF que remetem a ideia de conforto; analisar o tipo de conforto mais importante para o usuário da ESF e determinar o perfil social dos usuários da ESF.

Para tal, foram contemplados 75 sujeitos hipertensos/diabéticos, usuários de uma unidade de ESF localizado no município de Luisburgo – MG.

O atual estudo fortaleceu a investigação sobre o conforto, e atendeu ao que foi proposto apontando indícios para a construção de um conceito de conforto voltado para a ESF.

O trabalho resultou em duas categorias de análise onde a primeira foi denominada “Ambiente e Necessidades Humanas Atendidas para a Promoção de Conforto em Unidades de ESF” e a segunda “Percepções de Conforto”.

Ressalta-se na primeira categoria que a sensação de bem estar quando se é atendido em um ambiente adequado é fundamental para que o conforto possa ser oferecido e mantido para os usuários da ESF. As condições do ambiente são determinantes para manutenção do conforto e satisfação das necessidades humanas; isso porque, o ambiente não pode ser visto isoladamente como espaço físico, sua relação com o espaço e a existência humana interfere diretamente um sobre o outro e na segunda categoria emerge da percepção que o usuário tem acerca do conforto.

O presente estudo mostrou que a construção de um conceito de conforto nas perspectivas de usuários de uma unidade ESF, está ligada com a Teoria do Conforto de Kolcaba, escolhida como referencial teórico deste constructo. Foi possível observar nas respostas, a inserção dos seus contextos (físico, psicoespiritual, ambiental, e social) em que o conforto pode ser experimentado contido em várias respostas, seja de forma objetiva e subjetiva.

Com base no exposto faz-se necessário destacar na fala dos sujeitos como o ambiente é importante para que eles se sintam confortáveis, fortalecendo a relação com o referencial teórico utilizado para essa pesquisa.

Os sujeitos do estudo nos forneceram uma variedade de dados acerca das questões relacionadas ao conforto em uma unidade de ESF que nos possibilitaram visualizar de que forma o conforto se configura neste ambiente. A partir deste entendimento e com embasamento científico conseguimos verificar qual o tipo de conforto mais importante para o

usuário da ESF e construir um conceito voltado para esse indivíduo, visto que antes de iniciar a proposta desta dissertação o que mais me chamou a atenção para essa investigação foi à escassez de estudos que tenham utilizado a variável conforto no âmbito da ESF.

Assim, nesta dissertação, foi possível construir um conceito de conforto voltado para a unidade de ESF a partir de predicções emitidas pelos usuários. Nesse sentido, o conceito de conforto desta dissertação envolve um ambiente físico e características profissionais, permitindo assim a emergência do termo que designa conforto e acolhimento.

“O conforto é sentir-se bem atendido e acolhido em um ambiente adequado por profissionais atenciosos e capazes de atender as suas necessidades para a manutenção da saúde e podendo resultar em qualidade de vida”.

Finalizo o estudo com destaque na primeira categoria desta dissertação referindo conforto contido no ambiente (objetivamente ou subjetivamente), seja no espaço da unidade de ESF ou na referência de outro ambiente que possa lhe trazer conforto, neste caso a casa. Assim, as condições do ambiente são determinantes para manutenção do conforto e satisfação das necessidades humanas; isso porque, o ambiente não pode ser visto isoladamente como espaço físico.

Na segunda categoria a relação entre conforto e acolhimento pode ser percebido a partir do entendimento de que práticas de saúde são fundamentais para obtenção de conforto. Nessa mesma categoria, mulheres e homens, hipertensos e diabéticos possuem percepções diferentes sobre o conforto, mas convergem para um mesmo discurso que o conforto é fundamental e deve ser oferecido e mantido no ambiente da ESF.

Mesmos com as respostas aqui obtidas, o cenário do conforto é amplo e ainda exige novas reflexões. Destaca-se a possibilidade de ampliação dos estudos acerca do conforto no âmbito da Atenção Básica à Saúde principalmente pela escassez de publicações sobre a temática, motivando outros pesquisadores a refletirem e investigarem, buscando novos conceitos sobre a área e aplicando na prática a experiência de cuidar e confortar, fornecendo contribuições reflexivas sobre a atuação do enfermeiro na promoção do conforto ao usuário da ESF, a fim de fortalecer os resultados da presente pesquisa, e conseqüentemente, a dimensionalidade deste construto.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Tradução por Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes. 2007. Tradução de: Dizionario di Filosofia.
- AIKENS, C. **Making the patient comfortable**. The Canadian Nurse, 1908.
- ALLIGOOD, M.R. e MARRINER Tomey, A. **Nursing Theory: Utilization and application**. 2 ed. St. Louis: Mosby, 2002.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel e ROCHA, Jean Suardo Yazile. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- APÓSTOLO, J. L. A. **O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos**. Revista Referência. II Serie, n.9, p.61-67, 2009.
- ARANTES, Luciano José, *et al.* **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1499-1509, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12 set. 2017.
- ARAÚJO, M.F.S. **O enfermeiro no programa de saúde da família: prática profissional e construção da identidade**. Rev Conceitos. 2005. Disponível em: <<http://www.anpocs.com/index.php/papers-26-encontro/gt-23/gt16-19/4470-mfaraujo-o-enfermeiro/file>> Acesso em: 12 set. 2017.
- BACHELARD, Gaston. **Os Pensadores (A filosofia do não; o novo espírito científico; a poética do espaço)**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro/Brasil: Contraponto, 1996. Tradução de: **La formation de l'esprit scientifique: contribution a une psychanalyse de la connaissance**. Paris/França: Librairie Philosophique J. Vrin, 1938. CACHAPUZ, Antônio.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: 2ª reimp, da 1ª ed., 2011.
- BARRA, S.A.R. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. Dissertação de Mestrado, UFJF. Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2017.
- BORGES, C.C. **O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas**. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-05102007-113033/pt-br.php>> Acesso em: 30 agost. 2017.
- BOYD, H. W. J. e WETFALL, R. **Pesquisa mercadológica: texto e caso**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1964.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília Senado, 1988.

_____**Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, 19 de setembro de 1990.

_____**Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, 28 de Dezembro de 1990.

BRASIL. **Manual para organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **O SUS é legal. Rio Grande do Sul (RS)**: Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____**Ministério da Saúde. Portaria Ministerial. Portaria nº 648 de 28 de março**, 2006.

_____**Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: diretrizes NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Brasília, 2010. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/luisburgo/panorama>> Acesso em: 22 ago. 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____**Departamento de Atenção Básica. Números da Saúde da Família (DATASUS)**, 2016. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>> Acesso em: 22 ago. 2017.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em 22 ago. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete, *et al* (Orgs). Serviço Social e Saúde. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CAMPONOGARA, S. **Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale**. Esc. Anna Nery vol.16 n.1 Rio de Janeiro, Mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100024> Acesso em 03 set. 2017.

CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORBO, Anamaria D'Andrea *et al.* **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde**. In: MOROSINI, Marcia Valeria; CORBO, Anamaria D'Andrea. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

COSTA, Roberta, *et al.* **O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis; Out/Dez; 18(4): 661-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf>> Acesso em 02 set. 2017.

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

DAHLBERG, I. **Knowledge organization and terminology philosophical and linguistic bases**. International classification, v.19, n° 2, 1992.

DALPIAZ, A.K. e STEDILE, N.L. **Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas premissas**. Revista Universidade de Caxias do Sul, v.3, n.2, set./dez., 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSEES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL> Acesso em 05 agost. 2017.

FARIA, H.T.G., *et al.* **Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família**. Rev Esc Enferm USP; 48(2):257-63, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf> Acesso em 02 set. 2017.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate**. Cien. Saúde Colet., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>> Acesso em 18 jul. 2016.

FERREIRA R.C., *et al.* **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000800015&script=sci_abstract&tling> Acesso em 18 jul. 2017.

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

FORMIGA, J.M.M. e GERMANO, R.M. **Por dentro da história: o ensino de administração em enfermagem**. Rev. Bras. Enferm., mar/abr; 58(2): 222-26, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200019> Acesso em 13 mai. 2017.

GEORGE, J.B., *et al.* **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. São Paulo: Artes Médicas, 1993.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ed. São Paulo Atlas, 1999.

GIL, Celia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas.** In: Caderno de Saúde Pública. n. 21. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/ed71060e84ea085a5778e0d6669c483.pdf>> Acesso em 13 mai. 2017.

GIOVANELLA, Ligia e MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia, *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. Disponível em < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_text=&pid=S0102-311X2013001300030 > Acesso em 23 de set.2017.

GOODNOW, M. **The technique of nursing.** Philadelphia: W.B. Saunders, 1935.

HADDAD, H.C.N. e SANTOS, T.C.F. **A teoria ambientalista de Florence Nightingale no Ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery (1962 – 1968).** Esc. Anna Nery (impr); out/dez; 15(4): 755-761, 2011. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400014> Acesso em 13 mai. 2017.

HAMILTON, J. **Comfort and hospitalized chronically ill.** Journal of Gerontological Nursing. 1987.

HENDERSON, V. **The nature of nursing.** New York: McMillan. 1966.

HESKETH, J.L e COSTA, M.T.P.M. **Construção de um instrumento para medida de satisfação no trabalho.** Rev. Adm. Emp., Rio de Janeiro, 20(3): 59-68, jul./ set. 1980. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rae/v20n3/v20n3a05> > Acesso em 23 de set.2017.

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.

KOLCABA, K.Y, KOLCABA, R. J. **An analysis of the concept of comfort.** Journal of Advanced Nursing, v. 16, p. 1301-1310, 2002.

KOLCABA, K.Y, KOLCABA, R. J. **An analysis of the concept of comfort.** Journal of Advanced Nursing, v. 16, p. 1301-1310. 2003.

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

MACHADO, J.P. **Dicionário etimológico da língua portuguesa.** v.2, 7 ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1995.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. **L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle français.** Universidade de Toulouse, França, 2011.

MCILVEEN, K e MORSE, J. **The role of comfort in nursing care: 1900-1980.** Clinical Nursing Research. 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo Tecno assistencial.** A Atenção Primária à Saúde Pública do Ceará. Hucitec, p.300, 2002. Disponível em < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf> > Acesso em 13 mai. 2017.

MICHAELIS. **Dicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2012.

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

MONNERAT, Giselle Lavinias, *et al.* **Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família.** In: BRAVO, Maria Inês Souza, *et al* (Orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MORSE. J.M. **An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminar investigation.** Nurs. Pap.,v.15, n.1, p.6-20, 1983.

MORSE, J. **On Comfort and Comforting.** Am J of Nursing,v.100,n.9,p.34-38, 2000.

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

MUSSI, F.C. **Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem.** Acta Paul Enferm., v.18, n.1, p.72-81, 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Nursing.** New York: Dover, 1859.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

OGDEN, C.K e RICHARDS, I.A. **O significado de significado; um estudo da influência da linguagem sobre o pensamento e sobre a ciência do simbolismo.** Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

ORLANDO, I. **The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles.** New York: Putnam. 1961.

PATERSON, J. e ZDERAD, L. **Humanistic nursing.** 2 ed. New York: National League for Nursing, 1975.

PEREIRA, M.N. e COELHO, M.J. **O (des) conforto como vínculo do cuidar de enfermagem.** UERJ: Rio de Janeiro, 2003.

PEREIRA AD, Freitas HMB, Ferreira CLL, Marchiori MRCT, Souza MHT, Backes DS. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. Rev gaúch enferm. 2010. [citado 2013 jul 24]; 31(1):55-61. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S198314472010000100008&lng=en&nr m=iso&tlng=pt > Acesso em 13 mai. 2017.

PEREIRA, Aline de Almeida. **O conceito de conforto na perspectiva de usuários adultos em observação em Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)**. Dissertação de Mestrado, EEAP/UNIRIO. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2016/dissertacao-aline-de-almeida-pereira> > Acesso em 18 jul. 2017.

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

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.

RICHARDSON, Roberto. **Pesquisa social. Métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

RONCHI, J.P. e AVELLAR, L.Z. **Ambiência na Atenção Psicossocial infanto-juvenil: um estudo no CAPSi**. Saúde Soc. v.6, n. 1- 1045-58, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400008 > Acesso em 29 jul. 2017.

ROSA, L.M., *et al.* **As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, jul/set; 16(3):410-4, 2008. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a19.pdf> > Acesso em 21 jun. 2017.

RÚDIO, Fraz Vitor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

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

SILVA, Carlos Roberto Lyra. **O conceito de conforto da perspectiva de clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar**. Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < <http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEANCarlosRobertoLyraDaSilva.pdf> > Acesso em 10 mar. 2016.

SILVA, C.R.L. **Percepções e enfrentamentos do graduando de enfermagem no cuidado ao cliente necessitado de tecnologias duras e em processo de morte e morrer em UTI**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2009. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=505750815002> > Acesso em 13 mai. 2017.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da e ALVES, Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: MOROSINI, Marcia Valeria G. C; CORBO, Anamaria D'Andreia. (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: < <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/Livro-Modelos-de-Aten%C3%A7%C3%A3o.pdf#page=27> > Acesso em 18 set. 2017.

SOUSA, Alana Tamar Oliveira, *et al.* **O cuidar Humanizado na Estratégia Saúde da Família.** Universidade Federal da Paraíba (UFPB) João Pessoa – PB – Brasil. Rev.Saúde.Com 2010; 6(2): 139-147. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/138/168>> Acesso em 21 jun. 2017.

TOMEY, A.M. e ALLIGOOD, M. **Teóricas de Enfermagem e sua obra: (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª ed. Loures: Lusiciência, 2004.

VAN DER LINDEN, J. C. S. e GUIMARÃES, L. B. M. **O conceito de conforto a partir da opinião de especialistas.** In: Congresso de Ergonomia dos Países de Língua Oficial Portuguesa, 2004 - Funchal (Ilha da Madeira). Anais do Congresso de Ergonomia dos Países de Língua Oficial Portuguesa, 2004. Disponível em: <www.producao.ufrgs.br/.../101> Acesso em 21 jun. 2017.

VAN DER LINDEN, J. C. S., GUIMARÃES, L. B. M. e TABASNIK, R. **Conforto e Desconforto: são construtos opostos?** In: 3º Congresso Internacional de Pesquisa em Design, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <www.producao.ufrgs.br/.../224> Acesso em 21 jun. 2017.

VERGÈS, P. **L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central de la représentation.** *Bulletin de Psychologie*, 45, 203-209, 1992.


VIDAL, T.L.L. **Construção de um conceito de conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros em unidade de terapia intensiva oncológica.** Dissertação de Mestrado. EEAP/UNIRIO, Rio de Janeiro, 2015.<<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes/dissertacoes-2015/thaisa-lobes-louzada-vidal>> Acesso em 21 jun. 2017.

WATSON, J. **Nursing. The philosophy and Science of caring.** Boulder, CO. Associated University Press, 1973.


WACHELKE, João; WOLTER, Rafael. **Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais.** Psic.: Teor. e Pesq. vol.27 n.4 – Dec.: Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400017> Acesso em 15 jul.2017.

ANEXO-A

Termo de Autorização do Secretário Municipal de Saúde do Município de Luisburgo – MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUISBURGO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Orlando Muniz de Carvalho 39, Centro, LUISBURGO-MG
secretaria1997@yahoo.com.br

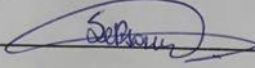


CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que aceito a pesquisadora **ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Acadêmico da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) a desenvolver a sua pesquisa intitulada “**O CONCEITO DE CONFORTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**” que está sob a orientação do (a) Prof. (a) **DR. CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA** cujo objetivo da pesquisa é construir um conceito de conforto na perspectiva dos usuários da ESF, nesta Unidade Básica de Saúde. A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins dessa pesquisa.

Luisburgo (MG), 03 de agosto de 2016

*SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Município de Luisburgo*



SEBASTIÃO BRAGA DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde do Município de Luisburgo

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CONCEITO DE CONFORTO NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60898516.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.789.697

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de mestrado que almeja construir um conceito de conforto na perspectiva dos usuários do serviço público de saúde do governo federal chamado "Estratégia de Saúde da Família" (ESF). Busca-se aprimorar a compreensão do fenômeno do conforto na assistência de enfermagem, seu significado e sua importância para os usuários dos serviços públicos de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. O instrumento utilizado para a coleta dos dados será um questionário, contendo um grupo de perguntas abertas e fechadas, algumas voltadas para o perfil sociodemográfico dos participantes e outras para o entendimento que os usuários possuem sobre o conforto. O cenário da pesquisa será uma unidade urbana de ESF localizada no município de Luisburgo, Interior de Minas Gerais, junto a um grupo de Hipertensos/diabéticos acima de 18 anos, alfabetizados e presentes na unidade nos dias agendados para a coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um conceito de conforto na perspectiva dos usuários da ESF.

Objetivo Secundário: Identificar as unidades lexicais contidas no discurso dos usuários da ESF que remetam à ideia de conforto; Analisar o tipo de conforto mais importante para o usuário da ESF; Determinar o perfil social dos usuários da ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Os participantes poderão achar, que determinadas perguntas, possam ser incômodas e,

Endereço: Av. Pasteur, 298

Bairro: Urca

CEP: 22.290-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.702.007

talvez, constrangedoras, no entanto, caso seja esta a percepção, eles poderão escolher por não responderem quaisquer perguntas que o façam sentir-se Incomodado”.

Benefícios: “Seu questionário ajudará a contribuir com a assistência de enfermagem prestada, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria Instituição em questão”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a definição do significado e da importância do conforto na assistência de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto corretamente preenchida. TCLE adequado ao modelo sugerido pelo CEP-Unirio. Apresenta cronograma e roteiro de questões bem como carta de anuência do Secretário Municipal de Saúde da cidade que servirá como cenário da pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_794564.pdf	06/10/2016 16:56:09		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/10/2016 16:55:11	ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/10/2016	ELCIANA DE	Acelto

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.708.697

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	16:50:13	OLIVEIRA EMERICK COELHO	Acelto
Cronograma	cronograma.pdf	28/09/2016 07:31:01	ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	28/09/2016 07:28:30	ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	28/09/2016 07:26:32	ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Outubro de 2016

Assinado por:

Cláudia Vieira de Castro Herculano
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 298

Bairro: Urca

CEP: 22.290-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE-A



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

O CONCEITO DE CONFORTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1ª PARTE – PERFIL

UNIDADE:	
NOME:	
SEXO: () FEMININO () MASCULINO	
IDADE:	ESCOLARIDADE: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU () PÓS GRADUAÇÃO
() HIPERTENSO () DIABÉTICO	

2ª PARTE – PERSPECTIVA DE CONFORTO

O QUE É CONFORTO PARA VOCÊ? EXEMPLIFIQUE:

3ª PARTE

Das palavras listadas abaixo, escolha 3 obedecendo níveis de prioridade 1ª, 2ª e 3ª que representam conforto para você, quando você está ou necessita da Unidade de Saúde?

() BEM ESTAR

() SENTE BEM NA UNIDADE/ACOLHIMENTO

() AMBIENTE ADEQUADO
ATENDIMENTO

() PROFISSIONAIS ATENCIOSOS E CAPACITADOS PARA

() SUAS NECESSIDADES ATENDIDAS ENQUANTO USUÁRIO ()
HARMONIA/TRANQUILIDADE

QUAIS OUTRAS PALAVRAS TE FAZEM LEMBRAR CONFORTO QUANDO VOCÊ ESTÁ NA UNIDADE DE SAÚDE OU ESTÁ PARTICIPANDO DO GRUPO DE HIPERTENSO-DIABÉTICOS?

VOCÊ SE SENTE CONFORTÁVEL AO PARTICIPAR DO GRUPO DE HIPERTENSO-DIABÉTICOS? POR QUÊ?

APÊNDICE-B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TÍTULO: “O conceito de conforto na Estratégia Saúde da Família”

OBJETIVO DO ESTUDO:

1. Identificar as unidades lexicais contidas no discurso dos usuários da ESF que remetam à ideia de conforto
2. Analisar o tipo de conforto mais importante para o usuário da ESF.
3. Construir um conceito de conforto na perspectiva dos usuários da ESF

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

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você preencherá um questionário que utilizaremos como parte do objeto de pesquisa.

INSTRUMENTO DE COLETA: Todos os questionários serão preenchidos pelos usuários da ESF, auxiliados por mim, terão um número de identificação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas lhe incomodam. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

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

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

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem sendo a aluna Elciana de Oliveira Emerick Coelho a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a enfermeira Elciana de Oliveira Emerick Coelho no telefone (33) 98454-1976, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura (Pesquisador): _____

APÊNDICE-C

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

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

APÊNDICE-D

Corpus – O que é conforto

HIPERTENSOS

DIABÉTICOS

**** *subj_1 *sex_2 *esc_3 *pat_1

me sinto_bem quando estou na Unidade de Saúde e quando estou com meus familiares e amigos.

**** *subj_2 *sex_1 *esc_2 *pat_1

conforto é estar_bem comigo mesmo e com meus familiares, é estar_em casa sem maiores preocupações, é saber_que estamos com saúde, é brincar com meus filhos, isto é conforto para mim.

**** *subj_3 *sex_2 *esc_3 *pat_2

conforto para mim é ter a minha saúde para cuidar da minha casa, do meu marido. Ter animo para trabalhar no dia a dia e é claro que ter um pouco de dinheiro para o básico.

**** *subj_4 *sex_2 *esc_1 *pat_1

e ter saúde, estar_de_bem com a vida e com todos, é exercitar, boa moradia, escutar boas coisas, transmitir a palavra de Deus à todos.

**** *subj_5 *sex_2 *esc_1 *pat_1

estar com saúde, pois ela é o principal depois de Deus.

**** *subj_6 *sex_2 *esc_1 *pat_2

estar_em um ambiente onde eu esteja me_sentido_bem e a vontade, de preferência em minha casa com minha família. Ser_bem_atendido no Posto de Saúde.

**** *subj_7 *sex_2 *esc_3 *pat_2

estar em um ambiente adequado, onde haja comunicação com as pessoas, onde eu me_sinto_bem e tenho minhas necessidades atendidas.

**** *subj_8 *sex_2 *esc_1 *pat_1

estar em casa com a minha família e cantar.

**** *subj_9 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ser_bem tratada na unidade de saúde.

**** *subj_10 *sex_2 *esc_1 *pat_1

chegar no posto de saúde e ser_bem atendido, garantindo minha saúde.

**** *subj_11 *sex_1 *esc_1 *pat_1

que ao chegar ao posto de saúde, sempre ser bem recebido, com isso, sentia_se_em casa, o atendimento em todos os setores, sempre foi de excelência.

**** *subj_12 *sex_2 *esc_1 *pat_2

é ser_bem recebida e atendida no Posto de Saúde e pelos profissionais que ali estão.

**** *subj_13 *sex_2 *esc_1 *pat_2

sempre que vou ao posto, sou sempre_bem atendida, com remédios, consultas, o acolhimento é importante.

**** *subj_14 *sex_2 *esc_1 *pat_1

poder confiar no atendimento; ser_bem recebido, o que me deixa bem tranquila para cuidar da minha saúde.

**** *subj_15 *sex_1 *esc_1 *pat_2

um bom atendimento na área da saúde.

**** *subj_16 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter os medicamentos no posto, uma casa boa.

**** *subj_17 *sex_2 *esc_1 *pat_1

água tratada, alimentação de qualidade, ter os medicamentos necessários.

**** *suj_18 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter uma boa casa.

**** *suj_19 *sex_2 *esc_1 *pat_1

água tratada, ser_bem atendido pelos funcionários.

**** *suj_20 *sex_1 *esc_1 *pat_2

educação e um bom atendimento dos funcionários do local de saúde e confiar no atendimento.

**** *suj_21 *sex_2 *esc_1 *pat_2

ter uma boa alimentação, ter os medicamentos necessários.

**** *suj_22 *sex_2 *esc_1 *pat_2

ficar em casa vendo tv e fazendo crochê.

**** *suj_23 *sex_2 *esc_1 *pat_1

saúde.

**** *suj_24 *sex_2 *esc_4 *pat_2

ter uma boa casa e ter o necessário dentro dela, saúde e harmonia.

**** *suj_25 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter um ambiente adequado e me sentir_bem.

**** *suj_26 *sex_2 *esc_4 *pat_1

uma boa alimentação e saúde.

**** *suj_27 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter saúde.

**** *suj_28 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter uma boa saúde.

**** *suj_29 *sex_2 *esc_1 *pat_2

ter uma boa saúde, paz.

**** *suj_30 *sex_2 *esc_1 *pat_2

cama boa, para poder dormir quando chegar do trabalho, boa alimentação e medicamentos.

**** *suj_31 *sex_1 *esc_1 *pat_1

Ter uma boa saúde, amizade.

**** *suj_32 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter um bom tratamento.

**** *suj_33 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ser bem_recebida e os profissionais sempre atenciosos e orientados sobre hipertensão.

**** *suj_34 *sex_2 *esc_1 *pat_1

o tratamento dos funcionários, sou sempre bem atendida.

**** *suj_35 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter Deus, saúde, família e amigos.

**** *suj_36 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter minha casa própria, carro e saúde.

**** *suj_37 *sex_2 *esc_1 *pat_1

é ter uma unidade de saúde que nos atende.

**** *suj_38 *sex_2 *esc_1 *pat_1

Saúde, bem estar com a família, ser alegre e ter uma boa convivência social.

**** *suj_39 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter uma área de saúde que nos atende.

**** *suje_40 *sex_1 *esc_1 *pat_1

ter Deus em companhia porque tendo Deus tem tudo.

**** *suje_41 *sex_2 *esc_1 *pat_2

ser_bem atendido.

**** *suje_42 *sex_2 *esc_1 *pat_2

confiar no atendimento médico e nos agentes de saúde.

**** *suje_43 *sex_2 *esc_1 *pat_1

o transporte de pacientes, a Unidade de Saúde e os agentes de saúde.

**** *suje_44 *sex_1 *esc_1 *pat_2

ser_bem atendido.

**** *suje_45 *sex_1 *esc_1 *pat_2

ser_bem atendido e ter confiança nos profissionais.

**** *suje_46 *sex_2 *esc_1 *pat_2

o atendimento dos médicos e medicamentos disponíveis.

**** *suje_47 *sex_2 *esc_2 *pat_2

ter_boa moradia, ter tranquilidade no dia a dia, ter além do básico para sobrevivência, algo que nos faz sentir_bem.

**** *suje_48 *sex_1 *esc_1 *pat_2

ter_uma_boa condição de vida, uma boa moradia adequada, onde possa ter_bom descanso.

**** *suje_49 *sex_2 *esc_1 *pat_2

boa moradia, alimentação de boa qualidade.

**** *suje_50 *sex_2 *esc_2 *pat_1

ter moradia própria, poder estar_em casa, tranquilo e ver televisão.

**** *suje_51 *sex_2 *esc_2 *pat_2

viver_bem_em família, financeiramente bem_com saúde e respeito.

**** *suje_52 *sex_2 *esc_1 *pat_2

paz e saúde.

**** *suje_53 *sex_1 *esc_2 *pat_2

descanso, saúde, poder sair para passear.

**** *suje_54 *sex_2 *esc_1 *pat_1

paz, saúde e felicidade.

**** *suje_55 *sex_2 *esc_1 *pat_1

quando está tudo bem_com a saúde dos familiares, está tudo em paz.

**** *suje_56 *sex_1 *esc_1 *pat_1

ter paz, receber atenção e carinho, respeito dos funcionários.

**** *suje_57 *sex_2 *esc_3 *pat_2

para mim, conforto é bem_estar físico, mental e social, sentindo_se_bem consigo mesmo e com a sociedade a sua volta é ser_bem_tratada com educação.

**** *suje_58 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ser_bem_tratada quando necessito de atendimento.

**** *suje_59 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter saúde.

**** *suje_60 *sex_1 *esc_2 *pat_2

ter paz e bom convívio social.

**** *suje_61 *sex_2 *esc_2 *pat_2

ser_bem_tratada pelos profissionais da saúde com educação.

**** *subj_62 *sex_2 *esc_3 *pat_1

em primeiro lugar ter confiança no profissional que nos atendem em relação à capacitação, ter sempre um profissional da saúde para nos atender nas situações de emergência e poder contar com uma Unidade de Saúde adequada e equipada de acordo com nossas necessidades. Ter especialistas específicos mais acessíveis.

**** *subj_63 *sex_2 *esc_1 *pat_2

saúde e paz.

**** *subj_64 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ter saúde e paz.

**** *subj_65 *sex_2 *esc_1 *pat_2

saúde.

**** *subj_66 *sex_2 *esc_2 *pat_1

é ter uma vida tranquila e ter saúde.

**** *subj_67 *sex_2 *esc_3 *pat_2

de uma maneira geral, conforto para mim é sentir bem acolhido em momentos cruciais para nossa saúde. É sentir que corremos atrás e não perdemos tempo.

**** *subj_68 *sex_2 *esc_3 *pat_2

atender bem, falar um bom dia, um sorriso no rosto.

**** *subj_69 *sex_2 *esc_3 *pat_2

sentir bem acolhido em um ambiente limpo e acolhedor.

**** *subj_70 *sex_2 *esc_1 *pat_1

saúde.

**** *subj_71 *sex_1 *esc_1 *pat_1

chegar e ser bem atendido pelo médico, ele parar e me ouvir com atenção.

**** *subj_72 *sex_1 *esc_1 *pat_1

ser bem atendido.

**** *subj_73 *sex_2 *esc_3 *pat_1

ser bem tratado na hora que está passando mal e em um local limpo onde podemos esperar o atendimento com tranquilidade,

**** *subj_74 *sex_2 *esc_3 *pat_2

ser bem atendido com eficiência e não ter que ficar esperando muito tempo quando estamos com dor.

**** *subj_75 *sex_1 *esc_3 *pat_2

ser bem atendido e não ter muita demora no atendimento com está com dor.

APÊNDICE-E

Corpus – Palavras que representam conforto

**** *su_j_1 *sex_2 *esc_3 *pat_1

ambiente_adequado 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *su_j_2 *sex_1 *esc_2 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, ambiente_adequado 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *su_j_3 *sex_2 *esc_3 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, ambiente_adequado 3

**** *su_j_4 *sex_2 *esc_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *su_j_5 *sex_2 *esc_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, bem_estar 3

**** *su_j_6 *sex_2 *esc_1 *pat_2

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, ambiente_adequado 2, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 3

**** *su_j_7 *sex_2 *esc_3 *pat_2

ambiente_adequado 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *su_j_8 *sex_2 *esc_1 *pat_1

suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, ambiente_adequado 3

**** *su_j_9 *sex_2 *esc_1 *pat_1

bem_estar 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 3

**** *su_j_10 *sex_2 *esc_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *su_j_11 *sex_1 *esc_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, harmonia_tranquilidade 3

**** *su_j_12 *sex_2 *esc_1 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, harmonia_tranquilidade 3

**** *su_j_13 *sex_2 *esc_1 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, harmonia_tranquilidade 3

**** *su_j_14 *sex_2 *esc_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, harmonia_tranquilidade 3

**** *su_j_15 *sex_1 *esc_1 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *su_j_16 *sex_2 *esc_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *su_j_17 *sex_2 *esc_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_18 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *sujeito_19 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *sujeito_20 *sexo_1 *escala_1 *patologia_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *sujeito_21 *sexo_2 *escala_1 *patologia_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *sujeito_22 *sexo_2 *escala_1 *patologia_2

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_23 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, ambiente_adequado 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_24 *sexo_2 *escala_4 *patologia_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_25 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_26 *sexo_2 *escala_4 *patologia_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *sujeito_27 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *sujeito_28 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_29 *sexo_2 *escala_1 *patologia_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_30 *sexo_2 *escala_1 *patologia_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_31 *sexo_1 *escala_1 *patologia_1

suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuarios 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_32 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, bem_estar 3

**** *sujeito_33 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, harmonia_tranquilidade 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *sujeito_34 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, harmonia_tranquilidade 3

**** *sujeito_35 *sexo_2 *escala_1 *patologia_1

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *suja_36 *sex_2 *esc_1 *pat_1

suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 1, harmonia_tranquilidade 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *suja_37 *sex_2 *esc_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *suja_38 *sex_2 *esc_1 *pat_1

bem_estar 1, harmonia_tranquilidade 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *suja_39 *sex_2 *esc_1 *pat_1

suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 3

**** *suja_40 *sex_1 *esc_1 *pat_1

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 3

**** *suja_41 *sex_2 *esc_1 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, ambiente_adequado 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *suja_42 *sex_2 *esc_1 *pat_2

suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 1, bem_estar 2, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 3

**** *suja_43 *sex_2 *esc_1 *pat_1

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *suja_44 *sex_1 *esc_1 *pat_2

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, harmonia_tranquilidade 3

**** *suja_45 *sex_1 *esc_1 *pat_2

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *suja_46 *sex_2 *esc_1 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, bem_estar 2, ambiente_adequado 3

**** *suja_47 *sex_2 *esc_2 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, ambiente_adequado 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *suja_48 *sex_1 *esc_1 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *suja_49 *sex_2 *esc_1 *pat_2

ambiente_adequado 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *suja_50 *sex_2 *esc_2 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, ambiente_adequado 3

**** *suja_51 *sex_2 *esc_2 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, ambiente_adequado 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *suja_52 *sex_2 *esc_1 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, ambiente_adequado 3

**** *suja_53 *sex_1 *esc_2 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *suja_54 *sex_2 *esc_1 *pat_1

harmonia_tranquilidade 1, ambiente_adequado 2, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 3

**** *sujeito_55 *sexo_2 *escala_1 *pat_1

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, ambiente_adequado 2, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 3

**** *sujeito_56 *sexo_1 *escala_1 *pat_1

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_57 *sexo_2 *escala_3 *pat_2

bem_estar 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_58 *sexo_2 *escala_1 *pat_1

bem_estar 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_59 *sexo_2 *escala_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, ambiente_adequado 2, bem_estar 3

**** *sujeito_60 *sexo_1 *escala_2 *pat_2

harmonia_tranquilidade 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_61 *sexo_2 *escala_2 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, ambiente_adequado 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_62 *sexo_2 *escala_3 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_63 *sexo_2 *escala_1 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, harmonia_tranquilidade 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_64 *sexo_2 *escala_1 *pat_1

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, bem_estar 2, harmonia_tranquilidade 3

**** *sujeito_65 *sexo_2 *escala_1 *pat_2

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, ambiente_adequado 2, bem_estar 3

**** *sujeito_66 *sexo_2 *escala_2 *pat_1

ambiente_adequado 1, bem_estar 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_67 *sexo_2 *escala_3 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_68 *sexo_2 *escala_3 *pat_2

sente_bem_na_unidade_acolhimento 1, bem_estar 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_69 *sexo_2 *escala_3 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, ambiente_adequado 3

**** *sujeito_70 *sexo_2 *escala_1 *pat_1

bem_estar 1, harmonia_tranquilidade 2, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 3

**** *sujeito_71 *sexo_1 *escala_1 *pat_1

bem_estar 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2, sente_bem_na_unidade_acolhimento 3

**** *sujeito_72 *sexo_1 *escala_1 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *sujeito_73 *sexo_2 *escala_3 *pat_1

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, sente_bem_na_unidade_acolhimento 2, suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *subj_74 *sex_2 *esc_3 *pat_2

profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 1, ambiente_adequado 2,
suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

**** *subj_75 *sex_1 *esc_3 *pat_2

ambiente_adequado 1, profissionais_atenciosos_e_capacitados_para_atendimento 2,
suas_necessidades_atendidas_enquanto_usuario 3

APÊNDICE-F

Corpus – Quais outras palavras te fazem lembrar conforto quando você está na unidade de saúde ou está participando do grupo de hipertenso-diabéticos?

**** *suj_1 *sex_2 *esc_3 *pat_1

ser_bem_atendido, disponibilidade, humildade, comunicação, educação, confiança

**** *suj_2 *sex_1 *esc_2 *pat_1

confiança, profissionalismo

**** *suj_3 *sex_2 *esc_3 *pat_2

respeito, boa_assistência

**** *suj_4 *sex_2 *esc_1 *pat_1

acolhimento, respeito, carinho

**** *suj_5 *sex_2 *esc_1 *pat_1

atenção, bom_atendimento

**** *suj_6 *sex_2 *esc_1 *pat_2

eficiência, eficácia

**** *suj_7 *sex_2 *esc_3 *pat_2

eficiência, eficácia

**** *suj_8 *sex_2 *esc_1 *pat_1

bom_atendimento, acolhimento

**** *suj_9 *sex_2 *esc_1 *pat_1

bom_atendimento, atenção

**** *suj_10 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ser_bem_atendido, bom_médico

**** *suj_11 *sex_1 *esc_1 *pat_1

atenção

**** *suj_12 *sex_2 *esc_1 *pat_2

médico, enfermeiro, dentista

**** *suj_13 *sex_2 *esc_1 *pat_2

bom_atendimento, receptividade

**** *suj_14 *sex_2 *esc_1 *pat_1

bons_funcionários, medicamentos

**** *suj_15 *sex_1 *esc_1 *pat_2

bom_atendimento

**** *suj_16 *sex_2 *esc_1 *pat_1

bom_atendimento

**** *suj_17 *sex_2 *esc_1 *pat_1

bom_atendimento

**** *suj_18 *sex_2 *esc_1 *pat_1

bom_atendimento

**** *suj_19 *sex_2 *esc_1 *pat_1

palestras, bom_atendimento

**** *suj_20 *sex_1 *esc_1 *pat_2

palestras, ser_bem_tratado

**** *suj_21 *sex_2 *esc_1 *pat_2

aprender_sobre_a_doença, palestras

**** *suj_22 *sex_2 *esc_1 *pat_2
acolhimento

**** *suj_23 *sex_2 *esc_1 *pat_1
acolhimento, humildade, tranquilidade

**** *suj_24 *sex_2 *esc_4 *pat_2
bom_atendimento, boa_conversa, segurança, palestras, bons_profissionais

**** *suj_25 *sex_2 *esc_1 *pat_1
bom_atendimento, boa_conversa, segurança, palestras, bons_profissionais

**** *suj_26 *sex_2 *esc_4 *pat_1
acolhida, boa_palestra, conhecimento

**** *suj_27 *sex_2 *esc_1 *pat_1
aprender_sobre_prevenção

**** *suj_28 *sex_2 *esc_1 *pat_1
boa_conversa

**** *suj_29 *sex_2 *esc_1 *pat_2
tranquilidade, boa_conversa

**** *suj_30 *sex_2 *esc_1 *pat_2
aprender_sobre_a_doença

**** *suj_31 *sex_1 *esc_1 *pat_1
bom_tratamento

**** *suj_32 *sex_2 *esc_1 *pat_1
bom_tratamento

**** *suj_33 *sex_2 *esc_1 *pat_1
tranquilidade, confiança

**** *suj_34 *sex_2 *esc_1 *pat_1
conhecimento, confiança

**** *suj_35 *sex_2 *esc_1 *pat_1
amizade, tranquilidade

**** *suj_36 *sex_2 *esc_1 *pat_1
boa_convivência

**** *suj_37 *sex_2 *esc_1 *pat_1
amizade, convivência

**** *suj_38 *sex_2 *esc_1 *pat_1
saúde, amizade

**** *suj_39 *sex_2 *esc_1 *pat_1
convivência, bons_profissionais

**** *suj_40 *sex_1 *esc_1 *pat_1
saúde, convivência

**** *suj_41 *sex_2 *esc_1 *pat_2
comodidade, bons_médicos

**** *suj_42 *sex_2 *esc_1 *pat_2
trabalho, saúde

**** *suj_43 *sex_2 *esc_1 *pat_1
bom_atendimento, medicamentos

**** *suje_44 *sex_1 *esc_1 *pat_2

informação, saúde

**** *suje_45 *sex_1 *esc_1 *pat_2

acolhimento

**** *suje_46 *sex_2 *esc_1 *pat_2

bem_estar, acolhimento

**** *suje_47 *sex_2 *esc_2 *pat_2

atenção, respeito, pontualidade, organização

**** *suje_48 *sex_1 *esc_1 *pat_2

lugar_adequado, acolhimento

**** *suje_49 *sex_2 *esc_1 *pat_2

acolhimento, tranquilidade

**** *suje_50 *sex_2 *esc_2 *pat_1

acolhimento, tranquilidade

**** *suje_51 *sex_2 *esc_2 *pat_2

bom_atendimento, respeito

**** *suje_52 *sex_2 *esc_1 *pat_2

acolhimento, respeito, amizade

**** *suje_53 *sex_1 *esc_2 *pat_2

bom_atendimento

**** *suje_54 *sex_2 *esc_1 *pat_1

acolhimento

**** *suje_55 *sex_2 *esc_1 *pat_1

acolhimento

**** *suje_56 *sex_1 *esc_1 *pat_1

atenção, respeito, efetividade

**** *suje_57 *sex_2 *esc_3 *pat_2

companherismo, atendimento, ética

**** *suje_58 *sex_2 *esc_1 *pat_1

respeito

**** *suje_59 *sex_2 *esc_1 *pat_1

atenção, educação

**** *suje_60 *sex_1 *esc_2 *pat_2

saúde, atenção, respeito

**** *suje_61 *sex_2 *esc_2 *pat_2

paz, alegria

**** *suje_62 *sex_2 *esc_3 *pat_1

carinho, prevenção, dedicação, acompanhamento_médico

**** *suje_63 *sex_2 *esc_1 *pat_2

atendimento

**** *suje_64 *sex_2 *esc_1 *pat_1

diálogo, saúde, acolhimento

**** *suje_65 *sex_2 *esc_1 *pat_2

acolhimento

**** *subj_66 *sex_2 *esc_2 *pat_1

acolhimento, tratamento_adequado

**** *subj_67 *sex_2 *esc_3 *pat_2

qualidade, atenção, higiene, agilidade, eficiência, gentileza

**** *subj_68 *sex_2 *esc_3 *pat_2

entretenimento, acolhimento

**** *subj_69 *sex_2 *esc_3 *pat_2

acolhimento, diálogo

**** *subj_70 *sex_2 *esc_1 *pat_1

ambiente_limpo, acolhimento

**** *subj_71 *sex_1 *esc_1 *pat_1

ambiente_limpo, respeito, educação

**** *subj_72 *sex_1 *esc_1 *pat_1

respeito, educação

**** *subj_73 *sex_2 *esc_3 *pat_1

respeito, educação, acolhimento, bons_profissionais, carinho

**** *subj_74 *sex_2 *esc_3 *pat_2

acolhimento, diálogo

**** *subj_75 *sex_1 *esc_3 *pat_2

saúde, atenção, respeito
