

Conforto nos diagnósticos de enfermagem - características definidoras de conforto prejudicado: Revisão integrativa da literatura

Comfort in nursing diagnosis - defining characteristics of impaired comfort: Integrative literature review

Ana Rita Correia de Sousa¹, Filipa Veludo¹

1. Mestre em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Resumo

Enquadramento: O conforto tem sido considerado um conceito importante, fundamental e intimamente ligado à prática de enfermagem, assumindo-se como um resultado desejado para a prestação de cuidados.

Objetivo: Identificar, sintetizar e analisar o conhecimento existente acerca das características associadas ao conforto prejudicado.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura assente na metodologia PICo. A pesquisa foi realizada no motor de busca EBSCO, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e nas bases de dados SciELO e SciELO Portugal, com o friso temporal de 2009 a 2017.

Resultados: Foram selecionados quatro artigos que envolveram pessoas e familiares a quem foram prestados cuidados de enfermagem. Os resultados evidenciaram como características de conforto prejudicado a dor, a privação do sono, o medo, o cansaço, a sede, a fome, a anorexia, a astenia, a ansiedade, a incerteza da recuperação, o défice de confiança nos profissionais, a prática religiosa diminuída, as mudanças no ambiente familiar, social e profissional, a dependência nas atividades de vida diária e a presença de dispositivos médicos invasivos e não invasivos.

Conclusão: Comparativamente com as características que definem o diagnóstico de conforto prejudicado da classificação NANDA, existem outras expressas na literatura que não são incluídas nesta nomenclatura.

Palavras-chave: conforto; pessoa doente; cuidados de enfermagem; diagnósticos de enfermagem

Abstract

Background: Comfort has been considered an important concept, fundamental and closely linked to nursing practice, assuming itself as a care desired result.

Objective: To identify, synthesise and analyse existing knowledge about the characteristics associated with impaired comfort.

Methodology: Integrative literature review based on PICo methodology. The research was carried out in EBSCO search engine, Portugal Open Access Scientific Repository, SciELO and SciELO Portugal databases, from 2009 to 2017.

Results: Four articles that involved people and families who received nursing care were selected. The results showed as impaired comfort characteristics, pain, sleep deprivation, fear, fatigue, thirst, hunger, anorexia, asthenia, anxiety, recovery uncertainty, confidence deficit in professionals, reduced religious practice, changes in family, social and professional environment, daily living activities dependence, and the presence of invasive and non-invasive medical devices.

Conclusion: Compared with the characteristics that define the NANDA impaired comfort diagnosis, there are other characteristics expressed in the literature that are not included in this nomenclature.

Keywords: comfort; patient; nursing care; nursing diagnosis

Introdução

O conforto tem sido considerado um conceito importante, fundamental e intimamente ligado à prática de enfermagem, assumindo-se como um resultado desejado para a prestação de cuidados (Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira, & Martins, 2017).

Apesar da frequência e importância da utilização do termo conforto em enfermagem, só em 1991, com os trabalhos de Katharine Kolcaba, se iniciou o seu processo de definição teórica e operacionalização para a ciência de enfermagem (Kolcaba, 1992). Para a autora (Kolcaba, 2003) os cuidados de enfermagem têm como objetivo a promoção do conforto, devendo este conceito ser compreendido no contexto multidimensional do processo de cuidar. O conforto é considerado não apenas um conceito, mas também um resultado imediato e desejável da prática de enfermagem; um estado onde estão satisfeitas as necessidades básicas de conforto com o intuito de alcançar um nível de alívio, tranquilidade e transcendência. Os significados teóricos do conforto interligam-se com o contexto físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural da pessoa. Deste modo, o conforto é intencional, positivo, holístico, multidimensional, intersubjetivo, teoricamente definível e operacionalizável. As intervenções de enfermagem foram

definidas como cuidados dirigidos à satisfação de necessidades específicas de conforto, sendo que quando estas não estão satisfeitas, o enfermeiro deve focar a sua atuação no sentido de o maximizar.

A prática clínica de enfermagem é sustentada pelo processo de enfermagem, que consiste num referencial metodológico que orienta o trabalho permitindo sistematizar as suas ações em etapas que vão sendo operacionalizadas simultaneamente (Barros, 2009; Fontes, & Cruz, 2007). A fase do diagnóstico de enfermagem exige a aplicação de raciocínio clínico na identificação de problemas, que devem ser solucionados à luz dos referenciais teóricos que suportam as intervenções de enfermagem (Barros, 2009).

Os diagnósticos de enfermagem foram desenvolvidos para fornecer uma linguagem internacional que descreva o problema identificado de uma forma concisa, conduzindo à intervenção e ao resultado (Herdman, 2011). A elaboração do diagnóstico passa pela identificação de um conjunto de sinais e sintomas que clarifiquem o fenómeno em investigação, designados de características definidoras e de fatores relacionados que se constituem como circunstâncias ou causas possíveis para os problemas ocorrerem (NANDA International, 2009). A definição destas características deve ser clara e baseada em resultados da evidência científica (Herdman, 2011). Na

prática clínica cabe ao enfermeiro identificar essas características, associá-las ao diagnóstico que traduza a situação e implementar intervenções com vista à resolução ou minimização da situação problemática (Barros, 2009).

A evidência científica deve sustentar as decisões clínicas do enfermeiro na elaboração do diagnóstico e das intervenções (Cruz, & Pimenta, 2005).

Reconhecendo a importância da evidência científica na prática, a subjetividade inerente ao conceito de conforto e da importância de objetivar as características definidoras de um diagnóstico para uma prática clínica centrada nas necessidades da pessoa, procedeu-se a uma pesquisa exploratória com o intuito de identificar os indicadores clínicos do diagnóstico de conforto prejudicado. Esta pesquisa revelou que não existem estudos que respondam a esta problemática, pelo que, de modo a realizar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, desenvolvemos esta revisão integrativa da literatura. Tem como objetivos identificar, sintetizar e analisar o conhecimento existente acerca das características associadas ao conforto prejudicado.

Metodologia

A realização desta revisão integrativa da literatura teve em consideração as

orientações do Joanna Briggs Institute (2014). A questão de investigação que orientou a pesquisa foi elaborada através do formato PICo onde cada dimensão equivale aos seguintes elementos: Quais são as características definidoras do diagnóstico de conforto prejudicado (I), em pessoas adultas (P) que recebem cuidados de enfermagem (Co)?

Como critérios de inclusão e exclusão delimitou-se: artigos disponíveis em formato completo, redigidos em inglês, francês, espanhol e português, estudos de investigação em enfermagem com uma abordagem qualitativa e quantitativa, publicados entre janeiro de 2009 e dezembro 2017.

Efetou-se a pesquisa em bases de dados bibliográficas *online* nacionais e internacionais, durante o mês de março de 2018, conjugando os seguintes descritores: *patient comfort*, *patients*, *nursing care*. Como descritor booleano foi utilizado o termo AND.

A pesquisa foi realizada no motor de busca EBSCO (Academic Search Complete; CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina), no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e nas bases de dados SciELO e SciELO Portugal.

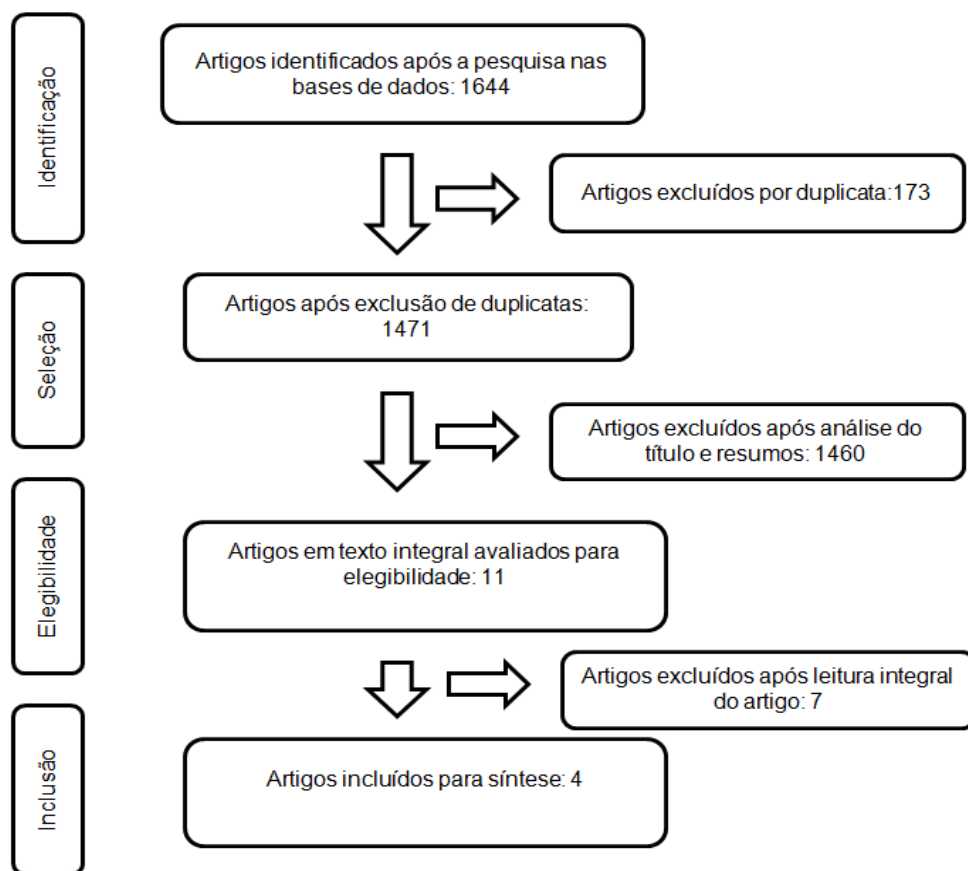
O processo de identificação e seleção dos artigos efetuou-se em três etapas. Na primeira etapa procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos identificados na pesquisa. Posteriormente, a seleção foi realizada com base na leitura e análise do resumo. Por último foram analisados na íntegra os artigos cuja informação no resumo era suficiente e obedecia aos critérios de seleção, e aqueles em que o resumo suscitava dúvidas ou era incompleto. Este processo de análise e seleção foi realizado por dois investigadores, de forma independente. A extração e síntese da informação foram

suportadas por uma tabela e o investigador principal procedeu à extração dos dados enquanto o outro confirmou a sua autenticidade.

Resultados e Discussão

Com a realização da pesquisa foram analisados e selecionados artigos (figura 1), apurando-se um total de 1644 publicações em formato de texto completo, dos quais se excluíram 1460 pela leitura do título e do resumo, finalizando num total de 11 artigos para análise, apurando-se 4 artigos.

Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas utilizadas na revisão integrativa da literatura



Os quatro artigos científicos analisados atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Para facilitar a análise e apresentação dos resultados, elaborou-se o quadro 1 com dados sobre o autor, ano, tipo de estudo, amostra, objetivos e resultados de cada estudo.

Da análise crítica dos artigos selecionados, verificou-se que estes estão incluídos no friso temporal de 2009-2017, estudando populações do Irão, França, Brasil e Portugal. Quanto aos aspetos metodológicos observou-se destaque da utilização da abordagem qualitativa. Em relação ao tipo de estudos eles são fenomenológicos (Yousefi, Abedi, Yarmohammadian, & Elliott, 2009) e descritivos (Freitas, Mussi, & Menezes, 2012; Pinto, Caldeira, Martins, & Rodgers, 2017). Um dos estudos emprega metodologia quantitativa, nomeadamente, um estudo de coorte (Kalfon et al., 2010). A pesquisa revela a existência de uma amostra heterogénea, constituída por 899 clientes e 9 familiares. Os quatro artigos em análise referem-se ao contexto hospitalar, sendo dois deles referentes a unidades de cuidados intensivos (Freitas et al., 2012; Kalfon et al., 2010) e os restantes a internamento médico-cirúrgico (Yousefi et al., 2009; Pinto, Caldeira, Martins, & Rodgers, 2017).

Os artigos selecionados apresentam resultados que ajudam a responder à questão de investigação, evidenciando de

forma objetiva as características que definem o conforto para os participantes.

Kalfon et al. (2010) identificaram como características de conforto prejudicado a privação do sono, a presença de dispositivos médicos invasivos e não invasivos, a dor, a sede e fome, a ansiedade e o ruído. Pinto, Caldeira, Martins e Rodgers (2017) acrescentam como características físicas os sintomas de dor, cansaço, anorexia e astenia, e como psicológicas a insegurança, o medo, a vulnerabilidade, a incerteza, a culpa e o desespero. Yousefi et al. (2009) aferiram que ter a perceção de que os profissionais de saúde reconhecem as suas necessidades é uma característica do conforto. Estes autores também identificaram características ambientais que influenciam o conforto, nomeadamente, ter espaço para estar com membros da família e para a prática religiosa.

Por outro lado, Freitas et al. (2012) estudaram o fenómeno do conforto na perspectiva do familiar da pessoa internada na unidade de cuidados intensivos, tendo verificado que para estes o conforto prejudicado da pessoa internada seria representado pela incerteza da recuperação e medo da morte, incapacidade para se autocuidar, alteração na rotina de vida e na relação interpessoal e profissional.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados

Autor/Ano/Tipo	Amostra	Objetivos	Resultados
Yousefi, Abedi, Yarmohammadian, & Elliott (2009) (Qualitativo-Fenomenológico)	Pessoas internadas (N=16)	Explorar as experiências de conforto de pessoas hospitalizadas durante a permanência num serviço de internamento.	Foram identificadas como características de conforto: a presença de profissionais de saúde despertados para as suas necessidades, de um ambiente adequado para cerimónias religiosas e de um espaço para estar com os membros da família.
Kalfon et al. (2010) (Quantitativo-Estudo de coorte)	Pessoas internadas em unidade de cuidados intensivos (N=868)	Desenvolver e validar um questionário de avaliação de conforto na pessoa internada na unidade de cuidados intensivos	Foram identificadas como características associadas ao conforto prejudicado: privação de sono, presença de dispositivos médicos invasivos e não invasivos, dor, sede e fome, ansiedade e ruído.
Freitas, Mussi, & Menezes (2012) (Qualitativo-exploratório)	Familiares de pessoas internadas na unidade de cuidados intensivos (N=9)	Conhecer a representação de conforto para a pessoa internada na unidade de cuidados intensivos na perspectiva da família.	Foram identificadas como características associadas ao conforto prejudicado: incerteza da recuperação e medo da morte, incapacidade para se autocuidar, alteração na rotina de vida e na relação interpessoal e profissional.
Pinto, Caldeira, Martins, & Rodgers (2017) (Estudo Qualitativo)	Pessoas adultas em programa de cuidados paliativos (N=15)	Analisar as experiências de conforto da pessoa internada em unidade de cuidados paliativos.	Foram identificadas como características associadas ao conforto prejudicado: sintomas físicos de dor, cansaço, anorexia, e astenia, e psicológicos de insegurança, medo, vulnerabilidade, incerteza, culpa e desespero.

Com a intenção de enriquecer a discussão dos resultados foram introduzidos outros estudos pertinentes para esta temática, mas que não obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para a elaboração desta revisão.

Na investigação de Pinto, Fumincelli, Mazzo et al. (2017) encontramos similaridades aos pressupostos defendidos por Kolcaba (1994) ao referirem que o processo de conforto é individual e subjetivo, de caráter intencional, centrado nas necessidades de cada ser. Kolcaba (1994) considera que os recetores das medidas de conforto devem ser todos aqueles que apresentam um défice real ou potencial em qualquer contexto, devendo ser incluída a família e ou cuidador.

Quanto às características de conforto prejudicado, os resultados desta investigação corroboram as dimensões defendidas por Kolcaba e Fisher (1996): (i) Dimensão física: sendo evidenciada pela presença de anorexia, xerostomia, disfagia, dor, dispneia, náuseas, obstipação, sede, fome, privação do sono, desconforto relacionado com a ventilação mecânica, limitação do movimento devido à monitorização e administração de terapêutica. (ii) Dimensão psico-espiritual: associada às questões da falta de segurança, medo, angústia, ansiedade, incerteza face à situação atual e futura, culpa, desespero e sensação de

vulnerabilidade reforçada pela ausência ou défice de informação. (iii) Dimensão sociocultural: associada ao isolamento e afastamento das pessoas significativas e vida social. (iv) Dimensão ambiental: relaciona-se com o ruído, luminosidade excessiva e falta de privacidade.

Vaz (2009) identificou como características definidoras de conforto prejudicado a dor, calor, sede, higiene inadequada, barulho, fadiga e náusea. Outros estudos realizados sobre os principais fatores de *stress* ambiental na unidade de cuidados intensivos e as principais causas de insatisfação da pessoa em situação de doença crítica também suportam os resultados da investigação, concluindo que o ruído, a perturbação do sono, a imobilidade, a solidão, as alterações na comunicação aquando da ventilação invasiva, a luz constante, a dor e as oscilações de temperatura foram referidos como os principais desconfortos (Gadalean, Cheptea, & Constatin, 2011; Tastan, Ünver, İyigün, & İyisoy, 2010; Yava, Tosun, Ünver, & Çiçek, 2011).

Na lógica da prática de um cuidado de conforto individual e centrado nas necessidades da pessoa, torna-se premente continuar a investigar os significados que cada um atribui ao conceito e as características que definem o diagnóstico de conforto prejudicado. Este conhecimento assume uma importância crucial na fase de diagnóstico

e planeamento das intervenções, sendo pertinente integrar a família em todo o processo de cuidar e que este não se restrinja unicamente à pessoa.

No que diz respeito às principais fragilidades desta investigação é de referir a limitação das bases de dados, assim como a limitação temporal e exclusão de literatura cinzenta, que foi intencional dos autores em pesquisar apenas artigos científicos dos últimos 10 anos, procurando um olhar atualizado sobre o fenómeno. De referir também a limitação da análise de textos redigidos apenas em inglês, francês, espanhol e português.

Conclusão

A clarificação das características dos fenómenos associados aos diagnósticos de enfermagem constitui um processo facilitador da comunicação e informação entre a classe profissional, permitindo maior eficiência no cuidar e assegurar a continuidade dos cuidados.

Os resultados desta revisão evidenciam características definidoras de conforto prejudicado, assim como fatores que o influenciam.

Dos artigos incluídos nesta revisão, são destacadas as seguintes características de conforto prejudicado: a dor, a privação do sono, o medo, o cansaço, a sede, a fome, a anorexia, a astenia, a ansiedade, a incerteza da recuperação, o défice de confiança nos profissionais, a prática

religiosa diminuída, as mudanças no ambiente familiar, social e profissional, a dependência nas atividades de vida diárias e a presença de dispositivos médicos invasivos e não invasivos.

Da análise dos resultados desta investigação, podemos concluir que comparativamente com as características que definem o diagnóstico de conforto prejudicado da classificação NANDA, existem outras expressas na literatura que não são incluídas nesta nomenclatura, mas que são valorizadas pela pessoa que recebe cuidados de enfermagem, o que nos remete para a necessidade de investigação sobre o fenómeno.

Referências bibliográficas

- Barros, A. (2009). Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 864-867. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>
- Cruz, D., & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, 13(3), 415-422. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>
- Fontes, C., & Cruz, D. (2007). Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP*, 4. 395-

402. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/08.pdf>.
- Freitas, K., Mussi, F., & Menezes, I. (2012). Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Esc Anna Nery*, 16, 704–711. **DOI:** 10.1590/S1414-81452012000400009
- Gadalean, J., Cheptea, M., & Constatin, I. (2011). Evaluation of Patient Satisfaction. *Applied Medical Informatics*, 29(4), 41-47. Recuperado de <http://ami.info.umfcluj.ro/index.php/AMI/article/view/361>
- Herdman, T. (2011). Qual o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 161-162. **DOI:** 10.5216/ree.v13i2.14773
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Kalfon, P., Mimos, O., Auquier, P., Loundou, A., Gauzit, R., Lepape, A., ... Mallédant, Y. (2010). Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med*, 36(10), 1751–1758. **DOI:** 10.1007/s00134-010-1902-9
- Kolcaba, K., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18, 66-76. Recuperado de <https://journals.lww.com/ccnq/pages/results.aspx?txtKeywords=holistic+perspective+on+comfort+care+as+an+advance+directive>.
- Kolcaba, K.Y. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10. Recuperado de https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1992/09000/Holistic_comfort__Operationalizing_the_construct.3.aspx
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Advances in Nursing Science*, 19, 1178-1184. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- NANDA International. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014*. São Paulo: Artmed Editora.
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12. **DOI:** 10.1016/j.pbj.2016.11.003
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J. C., & Rodgers, B. (2017). Evolutionary Analysis of the Concept of Comfort. *Holist Nurs Pract*, 31(4), 243-252. **DOI:** 10.1097/HNP.0000000000000217
- Tastan, S., Ünver, V., İyigün, E., & İyisoğlu, A. (2010). Study on the effects of intensive care environment on sleep state of

patients. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 4(1), 5-10.

Vaz, C. (2009). *Dor aguda e conforto prejudicado em Parturientes: uma Revisão integrativa*. Porto Alegre. Tese de Graduação. Escola de enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/24333>

Yava, A., Tosun, N., Ünver, V., & Çiçek, H. (2011). Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health*, 27, 36-47. **DOI:** 10.1002/smi.1333

Yousefi, H., Abedi, H., Yarmohammadian, M., & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1891-1998. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2009.05026