

O CONFORTO DA PESSOA EM FINAL DE VIDA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO – PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO

THE COMFORT OF THE PERSON AT THE END OF LIFE IN A DOMICILIARY CONTEXT – NURSE'S PERCEPTION

EL CONFORT DE LA PERSONA EN EL FINAL DE SU VIDA EN CONTEXTO DOMICILIARIO – LA PERCEPCION DEL ENFERMERO

Autores

Bruno Rosa Rodrigues¹, Patricia Pontífice de Sousa²

¹ MHC, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, ² PhD, MHC, CNS, RN, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Corresponding Author: brunorosa1@hotmail.com

Resumo

Introdução: O conforto emerge como uma necessidade desejável ao longo da vida constituindo um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente Paliativo. Confortar assume-se como um ato complexo. Implica estar atento a todas as manifestações de desconforto, tendo em conta todas as dimensões do ser humano, a fim de promover medidas para alívio do sofrimento. Proporcionar o conforto é uma das principais funções e um desafio para a prática dos cuidados de enfermagem. (Ribeiro & Costa, 2012).

Objetivo: Compreender a perceção do enfermeiro relativamente ao fenómeno do conforto da pessoa em final de vida, em contexto domiciliário.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas a 8 participantes enfermeiros. A metodologia utilizada para o tratamento de dados foi a análise de conteúdo. (Bardin, 2014)

Resultados: O fenómeno do Conforto, na sua conceção, encontra sentido em quatro categorias: a expressão física; a expressão multifocal/multidimensional do conforto; a expressão afetiva e as necessidades básicas cumpridas.

Conclusão: explorar o fenómeno do conforto em relação à pessoa em fim de vida em contexto domiciliário constitui-se determinante para o cuidado ajustado ao alívio do sofrimento. Assente numa abordagem humanista-afetiva, o processo de conforto é mediado pela interação enfermeiro-doente/família reforçando-se a importância que o enfermeiro assume na implementação de cuidados confortadores.

Palavras-Chave: Conforto; Fim de Vida; Contexto Domicílio; Enfermeiro; Cuidados Paliativos.

Abstract

Introduction: Comfort is a key element in the provision of nursing care to patients with Palliative Care. Comfort is a complex act. To promote comfort is to be attentive to all manifestations of distress, to take into account all dimensions of the human being and to provide measures for the relief of suffering (Morse, 2000). We can see that there is no clear definition for the concept of comfort, however, it is unanimous that this emerges as a lifelong need in health and illness, therefore, providing comfort is one of the main functions and a challenge for the Practice of nursing care (Ribeiro and Costa 2012). **Objective:** The objective of this study is to understand the nurses' perception regarding the comfort of the person at the end of life in a home context, identifying the comfort conception for the nurse with respect to the person at the end of life. **Material and Methods:** A qualitative, descriptive study was carried out through semi-structured interviews with 8 participants. The methodology used for data processing was content analysis. (Bardin, 2014) Results: After analyzing our data, we can say that, in terms of Comfort Design (Domain), four categories were found: Physical Expression, Multifocal / Multidimensional Expression of Comfort, Affective Expression and Basic Needs Fulfilled). **Conclusion:** The main contribution of this study is to explore the phenomenon of comfort with regard to the end-of-life person in a home context, reinforcing the importance that nurses assume in the implementation of comforting care. Based on a humanistic-affective approach, the comfort process is mediated by the nurse-patient / family interaction.

Keywords: Comfort; End of life; Residence; Nurse; Palliative care.

Introdução

Cuidados paliativos são cuidados prestados a doentes em fase avançada da doença incurável com grande sofrimento. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (2004), tal, consiste numa “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

O conforto é um fator de cuidado e elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente Paliativo, sendo promovido pelas intervenções de enfermagem (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014). Muitas definições de conforto surgem na literatura, estando de acordo com a perspectiva de cada autor. Kolcaba (2003), considerou o conforto como um fenómeno de importância básica para a enfermagem, contextualizado ora como um objetivo da enfermagem ora como um estado relativo ao doente, destacando a importância de compreendê-lo na sua multidimensionalidade do processo de cuidar (Sousa, 2014). Como um resultado dinâmico, resulta de intervenções que procuram a satisfação das necessidades básicas, contextualizando-se relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014).

São várias as investigações que procuram explorar o conforto da pessoa ao longo do ciclo de vida com resultados que evidenciam maior fortalecimento da pessoa nas diferentes

dimensões (física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), concretamente promovendo mais energia, força, esperança, controle sobre si mesmo, felicidade (Oliveira, 2011; Sousa, 2014). Oliveira (2011), reafirma que o conceito é mais do que a ausência de desconforto, na medida em que o doente pode sentir-se confortado, experimentando algum grau de desconforto - a existência prévia de desconforto pode ser uma condição possível mas não necessária para experimentar conforto.

Também Ribeiro (2012), ao estudar a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar, salienta que o processo de conforto é mediado pela interação enfermeiro-doente idoso e sua família, integrado numa abordagem humanista-afetiva. O agir integrador e intencional do enfermeiro é um ponto essencial para dar resposta às necessidades de cuidados, especificamente de conforto do doente idoso crónico (Sousa, 2014).

O desconhecimento sob a perceção do Enfermeiro, acerca da dimensão confortadora ligada à pessoa que necessita de cuidados em final de vida no Domicilio é algo que devemos considerar. Na verdade, sabemos não só que os conceitos se desenvolvem a partir da experiência e assumem um papel fundamental na clareza do fenómeno como também, o enfermeiro é o profissional de saúde que, pelas suas competências assume um papel preponderante e privilegiado no cuidado à pessoa humana que vivencia situações de sofrimento e desconforto (Sousa, 2014).

Sendo o conforto não só uma necessidade desejável bem como um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família em fim de vida e, não existindo

uma definição clara para este conceito, importa investigar qual a percepção do enfermeiro no que respeita à conceção do conforto da pessoa em final de vida no domicílio.

Métodos

Nesta investigação definimos a seguinte questão: Qual a percepção do enfermeiro relativamente ao fenómeno do conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário?

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com uma abordagem qualitativa onde se procurou compreender a percepção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário. Com a finalidade de refletir acerca do fenómeno do conforto nas suas múltiplas dimensões, considerámos alguns aspetos no processo de seleção dos participantes (Minayo, 2004), tendo sido a nossa amostra não probabilística/intencional de acordo com os objetivos e o propósito da investigação, selecionando os sujeitos que eram prestadores de cuidados no domicílio à pessoa em final de vida com os seguintes critérios de inclusão: (i) possuir formação básica em Cuidados Paliativos; (ii) ter experiência profissional com mínimo de um ano em Cuidados Paliativos; (iii) trabalhar na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital da região; (iv) consentir de livre vontade participar no estudo. Assim, para a investigação foram selecionados 8 Enfermeiros de um Hospital nos arredores de Lisboa, que tivessem experiência de prestação de cuidados no domicílio a doentes em fim de vida.

Uma vez que pretendemos compreender a percepção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário e, tendo em conta a complexidade e especificidade deste processo, o recurso à entrevista semi-estruturada pareceu-nos fundamental. A entrevista realizada surgiu com um formato próprio a fim de recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador a descoberta e sistematização da informação pela possibilidade de explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos do discurso dos informantes, permitindo uma melhor explicitação das suas vivências. Desta forma torna-se possível desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos vividos relacionados com o fenómeno (Ribeiro, 2012; Bardin, 2014). A busca do sentido que os atores dão aos acontecimentos foi essencial a fim de compreender o significado que cada sujeito atribuiu ao fenómeno do conforto. Considerando a natureza do estudo – qualitativo – o consentimento informado constituiu um processo contínuo, exigindo a reavaliação e renegociação por parte dos participantes do estudo, tendo todos os enfermeiros se mostrado recetivos ao nosso pedido de participação no estudo. Assim, foram considerados sistematicamente os princípios éticos do consentimento informado, da não maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça; as regras morais da fidelidade, de veracidade e de confidencialidade, e ainda o direito dos participantes à informação, à privacidade e à autodeterminação (Holzemer, 2010).

As entrevistas decorreram num espaço destinado a esse fim (na sala de realização de Conferências Familiares do Hospital), em hora marcada pelos informantes. No momento da entrevista estavam presentes apenas o entrevistador e o entrevistado, sendo que antes de se iniciar a entrevista foi explicado o objetivo da mesma assinando-se o termo de consentimento livre e esclarecido. Cada entrevista teve uma duração que oscilou entre os 20/30 minutos.

Todas as entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo para o tratamento de dados. Inicialmente lemos e relemos várias vezes os dados obtidos em cada uma das entrevistas a fim de se obter uma compreensão do conteúdo geral das mesmas, excluindo todo o verbatim que se apresentava mais distante do nosso estudo. A leitura dos dados permitiu identificar certas palavras, frases que se repetiam ou se destacavam permitindo identificar formas dos sujeitos pensarem os acontecimentos. Assim, aos segmentos do texto que não interessavam foi atribuído o código “ (...)”, e as palavras utilizadas para clarificar algum aspeto foram colocadas entre “[]”. Aos silêncios e pausas que surgiram ao longo da entrevista atribuiu-se o código “...”

Para tratar o material foi necessário codificá-lo, correspondendo a uma transformação segundo regras precisas, transformando o texto transcrito em bruto das entrevistas, em unidades de registo e unidades de contexto.

Todos os nomes dos participantes (enfermeiros) foram ocultados e substituídos por códigos, não constando nos anexos de caracterização dos mesmos. Assim, a cada entrevista foi atribuída a “letra de código” (E), tendo sido dividida em

unidades de significação (também chamadas unidades de registo ou declarações significativas), de acordo com o que foi referido pelo sujeito. As unidades de significação são frases ou proposições que se relacionam com o fenómeno em estudo, deste modo, e de forma a organizarmo-nos no futuro, a cada unidade de significação foi atribuído um número que em conjunto com o código já atribuído (E), possibilitava a localização dessa unidade de significação (E1 1, E1 2, ...). O desenvolvimento de um sistema de codificação foi, assim, importante constituindo-se categorias de codificação a fim de classificar os dados descritivos recolhidos. Posteriormente procurámos questionar a relação que existia entre cada unidade de significação e o fenómeno em estudo, procedendo à formulação dos significados através da descoberta do significado de cada unidade de significação (unidades de contexto). O significado permitiu evidenciar o sentido presente nas descrições originais, não devendo cortar a ligação com a descrição original. A cada um dos significados formulados foi também atribuído um código, letra “S” que se agrupou ao código já existente ficando: E1 S1, E1 S2, etc.

As diferentes fases de análise de conteúdo, organizam-se em torno de várias etapas cronológicas: pré-análise (transcrição da entrevista realizada); exploração do material (através da codificação); tratamento de dados, a inferência e a interpretação, as quais foram seguidas no nosso estudo. (Bogdan, 1991; Bardin 2014). A análise dos dados permite-nos obter um esquema compreensivo da relação entre os diferentes temas encontrados no

no decorrer da análise da informação.

De forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação foi, inicialmente, realizado o pedido formal de autorização à Direção Clínica e Direção de Enfermagem do Hospital, tendo sido dado um parecer favorável à realização do mesmo. Para tal, foi solicitada a apresentação do guião da entrevista aos enfermeiros, assim como o termo de consentimento livre e esclarecido. O consentimento informado aos participantes do estudo (Enfermeiros) foi assinado, após terem sido informados dos objetivos do trabalho, da sua finalidade, do tipo de participação solicitada, dos meios a usar – como a áudio gravação – esclarecendo o direito de não-aceitação e de desistência caso assim o entendessem, sem qualquer repercussão negativa para os próprios.

Resultados e Discussão

Tal como referimos, reunir a informação em unidades estruturais, foi um processo estruturante complexo. Os significados encontrados foram sendo agrupados dando origem às Categorias e Subcategorias, as quais serão referidas ao longo deste ponto, de forma a explicitar o fenómeno em estudo. Na discussão dos resultados seguiremos a ordem de apresentação das mesmas, procurando, deste modo, descrever a estrutura essencial do fenómeno do conforto na ligação à percepção dos oito participantes (Enfermeiros) contextualizado na conceção do Conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário.

As conceções de “Conforto”, que no nosso estudo estão relacionadas com as conceções

dos enfermeiros revelam o pensamento e a ação dos atores de cuidados - enfermeiros- considerando a particularidade dos seus pontos de vista e incluem as formas como os sujeitos compreendem os conceitos, considerando a percepção que deles é feita na relação com os elementos relacionados com o ideal ou com o verdadeiro significado (Carpenter, 2002). Atribuir significado é dar sentido à sua forma “autêntica”, procurando compreender um determinado fenómeno (Watson, 2002). As conceções são as unidades fundamentais, de sentido ou da compreensão do fenómeno, de acordo com a intenção dos atores em contexto e apresentam-se como parte integrante da descrição do mesmo (Ribeiro, 2012).

Após a análise dos nossos dados em estudo, podemos dizer que no que respeita ao fenómeno do conforto (Tema) na relação com a sua **Conceção de Conforto** (Domínio) foram encontradas quatro categorias (Expressão Física; Expressão Multifocal/multidimensional do Conforto; Expressão Afetiva e Necessidades Básicas Cumpridas) das quais emergiram várias subcategorias, as quais vamos explicar com detalhe em seguida. Verificamos que na **Expressão Física** (categoria), o enfermeiro atribui importância ao **alívio/controlo da dor** (Subcategoria) assim como o controlo de outros sintomas físicos, como consta nas asserções: “ (...) [conforto é estar] sem dor ou sem outro descontrolo de sintomas... É mais ao nível da dor...” E2 15; “ (...) [conforto é estar] sem agitação... (...) ” (E2 17). Relativamente às subcategorias **Estado de alívio/controlo de dor; Controlo Sintomático e Ausência de agitação**, refletem os seguintes significados

encontrados: relacionado com dor controlada (S8); relacionado com controlo do sintoma agitação (S9); relacionado com sintomas físicos controlados (S19).

A investigação evidencia que os enfermeiros têm um papel fundamental no alívio/controlo da dor uma vez que lidam com os desconfortos dos doentes (Sousa, 2014). O conceito é identificado numa relação estreita com o controlo e com a ausência de dor, considerados, desta forma, como sinónimos. A experiência dolorosa é um fenómeno individual. A conceção de conforto pode adquirir significado de um estado de alívio ou de encorajamento conotado com um sentido positivo o que vem corroborar com a investigação já realizada (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012): “ (...) [conforto é] quando, acima de tudo, não tem dor visível, não tem dor descompensada (...) advém da ausência ou da diminuição da dor.” (E2 14); “ (...) [conforto é] é o alívio dos sintomas (...) dos sintomas físicos, quaisquer que sejam (...) se estiverem controlados (...) ” (E8 13. A este propósito Ribeiro (2012), no seu estudo, evidencia também que a experiência e o significado de conforto se referem a uma sensação de comodidade e de alívio da dor, o que conduz ao reconhecimento da individualidade da experiência humana do sofrimento, pelo ator de cuidado, numa ação orientada pela possibilidade de ajudar o doente a alcançar um estado de alívio/ausência de dor (Ribeiro, 2012).

Aspetos relacionados com a **autonomia física** (Subcategoria) são referidos pelos enfermeiros como algo a considerar no conceito de conforto: “ (...) [conforto é] sentir-se autónoma num

processo que era normal, era uma rotina anterior (...) ” (E3 33)

O estudo do significado e dos atributos de conforto reconhece a seguinte categoria: **Expressão Multifocal/multidimensional do Conforto**, assumindo diferentes características definidoras das quais emergem as Subcategorias: **Espiritualidade; Serenidade; Individualidade/Subjetividade; “Estar-Bem”; “Bem-estar global”; Dignidade e Tranquilidade**. O Conforto é caracterizado por ser um conceito muito subjetivo e por isso individual, por questões relacionadas com o sentido da vida ou por uma sensação de “Bem-Estar” interligadas com a serenidade e tranquilidade desejáveis a estado pleno de Dignidade. Os enfermeiros referem que o conceito é algo difícil de definir estando ligado a diferentes circunstâncias. Emerge assim a noção de circunstancial tal como já tinha sido descoberto na investigação de Ribeiro, (2012) ao considerar que o conforto se altera consoante as circunstâncias: “ (...) conforto para mim, também é uma situação que pode mudar. Portanto, a definição de conforto mudará consoante a nossa situação.” (E5 9). São vários os autores que defendem a perspetiva de que o conforto é subjetivo, na medida em que há ter em conta qual o significado que cada pessoa, família ou comunidade lhe atribui (Leininger, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012). Assim sendo, é importante atender à individualidade da pessoa, de forma a poder intervir de acordo com as necessidades de conforto, tal como se evidencia nos relatos dos enfermeiros: “ (...) [o conforto] percecionado por cada um de nós de forma muito pessoal.” (E1 21);

“ (...) o conforto é (...) uma dimensão mais subjetiva (...) para percebermos se realmente está confortável ou desconfortável. “ (E1 25); “ (...) o conforto é uma coisa, para si, como enfermeiro e como pessoa, deve ser outra, e cada um tem a sua definição de conforto, e é aí que temos de ir de encontro...” (E3 44); “ conforto vai (...) de encontro às minhas expectativas, às minhas necessidades enquanto pessoa, e não tanto de encontro a regras, padrões...” (E5 6).

Watson (2002), refere na sua teoria que o conforto é contextualizado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo de cada pessoa, tendo em conta os seus valores, desejos, crenças e perspetivas, estando relacionado com a sensação de bem-estar, e assumindo, desta forma, um carácter singular e único. No nosso estudo, e também na investigação de (Ribeiro, 2012), a expressão do conceito multifocal/multidimensional ganha sentido quando se reporta a um estado desejável para viver a vida, quando é relacionado com o “**Bem-estar global**” e o “**Estar bem**”, expressões próximas e similares, do conceito, e, de acordo com os resultados, bastante expressivas na perspetiva dos enfermeiros intervenientes do estudo, como é justificado pelas unidades de significação: “ (...) [o conforto] permite-nos o bem-estar necessário à qualidade de vida.” (E1 26); “ (...) o conforto é... está ligado com um bem-estar (...) ” (E3 46); “ (...) [conforto é] momento em que se diz, eu estou bem no sítio em que estou.” (E3 50); “ (...) [conforto é] estarmos bem conosco próprios (...) ” (E4 13). A literatura aponta o conforto como um estado de prazer e de bem-estar (Ribeiro, 2012). Assim

sendo, e segundo o descrito anteriormente, podemos inferir que no nosso estudo encontrámos os seguintes significados: Conforto está relacionado com a individualidade (S4); Conforto varia de pessoa para pessoa (S5); O conforto está relacionado com o bem-estar (S6); Conforto é algo difícil de definir (S15).

Ainda na categoria da Expressão Multifocal/multidimensional do conforto, surgem as subcategorias **Espiritualidade**: “ (...) [conforto é] toda a parte espiritual: saber que não estamos sozinhos, saber que há alguém que cuida de nós e que gosta de nós, e que está lá mesmo só para nos dar a mão, e que, mesmo que não esteja presencial (...) ” (E8 14);

Dignidade: “ (...) [conforto é] promover a dignidade da pessoa (...) em fim de vida.” (E1 1);

Tranquilidade: “ (...) [doente] foi ficando mais tranquilo.” (E1 8); **Serenidade**: “ (...) [conforto é] Quando a pessoa (...) consegue alcançar algum tipo de serenidade (...)” (E7 13). Encontraram-se os seguintes significados no nosso estudo: Existe preocupação em promover a dignidade (S1); O conforto está relacionado com tranquilidade (S2); O conforto está relacionado com serenidade (S3); Conforto liga-se à espiritualidade (S20).

O facto de uma pessoa ter um sentimento de ligação a um ser superior, à natureza ou a algo superior a si mesmo e senti-los ainda como uma força e um apoio, poderá ter benefícios para a mesma (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Ribeiro, 2008; Ribeiro; 2012). É reconhecido a importância em promover a dignidade, numa ação humana sustentada pelos princípios éticos do respeito respeito da autonomia, da beneficência e da não maleficência, no reconhecimento do Outro e da sua dignidade

(Vieira, 2007; Nunes, 2011; Ribeiro, 2012). Parece fazer sentido olhar o conforto como a sensação de paz, serenidade/ tranquilidade face à vivência de um incômodo ou perturbação considerada como desconfortadora (Ribeiro, 2012).

A **Expressão afetiva** (Categoria) assume também um papel relevante no que respeita à conceção do conforto, com grande enfoque no nosso estudo à **família** e às **relações interpessoais**: “ (...) o maior conforto (...) era estar com a família, com os entes queridos (...) ” (E3 22); “ (...) [conforto é] termos uma boa estrutura familiar (...) ” (E4 14), “ (...) [conforto é] ter a minha família perto, poderem permanecer comigo (...) ” (E6 12); “ (...) o maior conforto tanto para o doente como para a família, eram as relações [entre pessoas]. ” (E3 24), assim como ao **afeto; sorriso e felicidade**: “ (...) [conforto] estava muito ligado ao afeto (...) ” (E3 31); “ (...) [conforto é] sentir um sorriso todos os dias (...) ” (E3 45); “ (...) [conforto é] é sorrir (...) ” (E3 48); “ (...) [conforto é] estar feliz (...) ” (E3 49). Pode-se dizer que os atores atribuem significado à forma como se relacionam entre as pessoas assim como a estrutura familiar que possuem, ou à oportunidade de a família partilhar momentos importantes, o que lhes leva a um estado de felicidade, à presença do sorriso a um estado de afeto.

A investigação realizada mostra ainda que o conforto se relaciona com a oportunidade de deixar **recordações/memórias** para as pessoas que permanecem vivas após a morte do próprio, como reflete a asserção: “ *Conforto...mesmo que*

seja em fim de vida, saber que, após a nossa partida, alguém nos há-de recordar. ” (E8 15).

A família apresenta-se como uma entidade dinâmica, onde as relações de proteção e apoio constituem uma dimensão importante (Silva, 2006). As funções familiares são inúmeras, nelas pode-se incluir: o gerar afeto, entre os membros da família; o proporcionar a satisfação, a aceitação pessoal, a segurança, a estabilidade e ainda o dar apoio e resposta às necessidades básicas, em situação de doença (Ribeiro, 2012). O sorriso é um dos sinais de comunicação com sentido universal, constitui-se como a expressão facial que melhor rompe barreiras e aproxima as pessoas, permitindo por isso estabelecer um mecanismo de vinculação entre as mesmas. Os estudos sobre o sorriso demonstram que o sorriso tem efeito na interação social. Pode considerar-se a influência do comportamento sorriso pelo emissor na manifestação do mesmo pelo recetor, promovendo um efeito terapêutico, em pessoas que se sentem deprimidas ou pessimistas, ou ainda como uma forma de um maior relaxamento (Ribeiro, 2012).

Honoré (2004) refere que a saúde está no centro da vida e é condição fundamental para a nossa existência, estando associada à felicidade e à autonomia. Assim, quando os atores referem o conforto como um estado de felicidade podemos dizer que está associado a um estado de autonomia, a um estado de bem-estar, presentes quer na expressão física quer na expressão multifocal/multidimensional do conforto.

A multidimensionalidade do conceito é comprovada por diferentes autores ao afirmarem que envolve aspetos de natureza física, sociocultural, psicoespiritual e ambiental (Wilson,

2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Wilby, 2005, Yoursefi, H. et al. 2009; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012), o que corrobora os achados do nosso estudo.

Na conceção do conforto surge ainda a referência pelos atores do nosso estudo, às **Necessidades Básicas Cumpridas** (Categoria) tal como exemplificam as unidades de significação: “ (...) [conforto é] quando está (...) bem hidratado (...) ” (E2 13); “ (...) um padrão de eliminação regular...” (E2 18). Pode afirmar-se que só se consegue atingir um estado desejável de conforto quando a hidratação ou o padrão de eliminação estiver satisfatoriamente cumprido. Kolcaba (2003) considera o conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas.

O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. As necessidades evidenciam-se como algo positivo que se pode relacionar com os desejos e as expectativas particulares do doente, imprescindível para que a pessoa assegure o seu bem-estar e se preserve física e mentalmente (Phaneuf, 2010; Ribeiro, 2012).

Em síntese apresentamos o Diagrama 1 onde podemos observar, de forma resumida, a estrutura do fenómeno do Conforto na ligação à sua Conceção na perspetiva que se relaciona com a perceção do Enfermeiro:



Diagrama 1 - Tema: Fenómeno Conforto

Domínio: Conceção de Conforto: Categorias e Subcategorias

Referências:

- Bardin (2014). L. Análise de Conteúdo. 4ª edição. Lisboa: Edições 70;
- Bogdan (1991). R. Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto Editora.
- Carpenter, D. R. (2002). Método de teoria fundamentada. In H. J. Streuberg & D. R.
- Fortin, M-F. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- Holzemer, W.L. (2010). Responsible conduct of research. In W.L. Holzemer (Ed.) Improving health through nursing research, (pp. 167-179). International Council of Nurses: Willy-Blackwell.
- Honoré, B. (2004). Cuidar: persistir em conjunto na existência. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company.
- Leininger, Madeleine M. (1995). Trans-cultural care diversity and universality: A Theory of care and nursing. New York: Grunt & Stratton.
- Malinowski, Ann & Stamler, L.L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 599-606. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x
- Minayo MCS. (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec
- Morse, J.M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*, 100 (9), 34-38. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x
- Nunes, L. (2011). Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes. Loures: Lusociência.
- Oliveira, C. (2011). O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Phaneuf, M. (2010). O envelhecimento perturbado. A doença de Alzheimer. Lisboa: Lusodidacta.
- Ribeiro, P. C. P. S. V. (2012) Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar - Construção de uma Teoria Explicativa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Ribeiro, P.; Costa M. (2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Ribeiro, Patrícia.C.P.S. (2008). A espiritualidade no doente crónico como uma estratégia de coping: narrativa de uma história de vida. *Referência*. II (7), 21-31.
- Silva, J.F. (2006). Quando a vida chega ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família. Loures: Lusociência.
- Sousa, P. S. (2014). O Conforto da Pessoa Idosa. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora
- Tutton, E. & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (4), 380-389. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x
- Vieira, M. (2007). Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência. Lisboa: Universidade

Católica Editora.

- Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.
- Wilby, M. (2005). Cancer patients descriptions of comforting and discomforting nursing actions. *International Journal for Human Caring*, 9 (4), 59-63.
- Wilson, L. (2002). An investigation of the relationships of perceived nurse caring, social support and emotion-focused coping to comfort in hospitalized medical patients. (Unpublished doctoral dissertation). Newark, New Jersey.
- Yousefi, H., Abedi, H. A., Yarmohammadian, M.H. & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (9), 1891-1898.