



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO
DE CONFORTO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO
DE CRONICIDADE E HOSPITALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Avançada

Por

Joana Mafalda da Cunha e Silva

Lisboa, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO
DE CONFORTO DA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE
CRONICIDADE E HOSPITALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Avançada

Por

Joana Mafalda da Cunha e Silva

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

Co-orientação da Professora Doutora Rita Margarida Dourado Marques

Lisboa, 2016

RESUMO

Introdução: O aumento da longevidade, a procura cada vez maior de pessoas idosas aos serviços de saúde e o aumento do número de pessoas idosas a viver com doença crónica faz-nos refletir sobre a importância de garantir cuidados de enfermagem que respondam às reais necessidades do idoso em contexto hospitalar. O Conforto, é uma das necessidades das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas (Sousa, 2014) e a inexistência de um instrumento que permita medir esse nível, foi a principal motivação para o desenvolvimento deste estudo. Partindo das necessidades de Conforto encontradas por Sousa (2014), propôs-se como finalidade deste trabalho disponibilizar um instrumento de avaliação do Conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas; construir um instrumento capaz de medir o nível de Conforto dessas pessoas; identificar as características sociodemográficas e de saúde da amostra em estudo; validar esse instrumento e conhecer o nível de Conforto da amostra em estudo.

Metodologia: Procedeu-se a um estudo de investigação metodológico (Polit & Hungler, 2004).

Resultados: O instrumento foi validado com uma amostra de 240 pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas com uma média de idades 78,41 anos (DP = 8,363). Após a análise fatorial o instrumento ficou com 22 itens distribuídos por 4 fatores (psicoespiritual, físico, social e ambiental) com uma variância explicada de 45,409%. O coeficiente do α de Cronbach calculado (0,819) permitiu afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna. Tendo presente que os valores poderão oscilar entre 1 e 5, pode referir-se que as pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas apresentam uma boa média de conforto (M = 3,11 e DP = 0,18).

Conclusões: O instrumento é válido e psicometricamente adequado, no entanto sugere-se a aplicação da escala a uma amostra maior em contexto de serviços de medicina e outros.

Palavras-chave: Doente Idoso Crónico, Hospitalização, Conforto em Enfermagem, Validação, Escala

ABSTRACT

Introduction: Increased longevity, the growing demand of older people to health services and the increasing number of elderly people living with chronic illness makes us reflect on importance of providing nursing care that respond to the real needs of the elderly in hospital context.

The Comfort is one of the needs of the elderly hospitalized with chronic disease (Sousa, 2014) and the lack of an instrument to measure this level, was the main motivation for the development of this study. Starting from the comfort needs encountered by Sousa (2014), has set itself the objective of this study provide an assessment instrument Comfort of the elderly hospitalized with chronic illness; build a tool to measure the comfort level of this patients; identify the sociodemographic and health characteristics of the sample under study; validate a tool to measure the comfort level of the elderly hospitalized with chronic disease and meet the comfort level of the sample under study.

Methodology: There has been conducted a methodological research study (Polit & Hungler, 2004).

Results: The instrument was validated with a sample of 240 older people with chronic illness hospitalized with an average age 78.41 years (Std = 8,363). After the factor analysis the instrument was left with 22 items distributed in four factors (psycho-spiritual, physical, social and environmental) with an explained variance of 45.409%. The Cronbach α coefficient calculated (0.819) allowed us to state that the instrument has good internal consistency. Bearing in mind that the values may range between 1 and 5, noted that the elderly hospitalized with chronic disease have a good average comfort (M = 3,11 and Std = 0,18).

Conclusions: The instrument is valid and psychometrically appropriate, however it is suggested the application of the scale to a larger sample in several hospital services.

Keywords: Chronically ill elderly, Hospitalization, Comfort in Nursing, Validation, Scale

AGRADECIMENTOS

Este caminho apenas foi possível porque tive ao meu lado um conjunto de pessoas, às quais quero demonstrar a minha enorme gratidão.

À minha família, obrigada pelos incentivos constantes, pela compreensão das minhas ausências, obrigada pelo sorriso e pelo orgulho demonstrado.

Obrigada às minhas queridas amigas e colegas Inês Nunes e Maria Inês Santos, por me terem incentivado a seguir este caminho e por serem uma grande fonte de inspiração para mim. Obrigada à Filipa, à Catarina e à Mariana por terem sempre uma palavra de apoio e por me quererem ver crescer.

Um especial agradecimento à Prof^a Dr^a Patrícia Pontífice de Sousa e à Prof^a Dr^a Rita Marques, por terem tornado este percurso mais “confortável”. Um profundo obrigado por me terem concedido o privilégio da vossa orientação. Agradeço do fundo do coração a exigência, o empenho, as sugestões, assim como a oportunidade de me fazerem crescer enquanto investigadora e pessoa. Obrigado pela celeridade no esclarecimento de dúvidas, a disponibilidade total para as nossas reuniões, a paciência e carinho com que sempre me trataram.

Agradeço ao Conselho de Administração do Hospital onde foi realizado o estudo por facultar as autorizações necessárias à realização do mesmo e a todos os profissionais com quem me cruzei neste percurso e que sempre me sorriram.

Obrigada às pessoas idosas que entrevistei que se demonstraram disponíveis a participar no estudo e sem os quais não teria sido possível a sua realização. Obrigada aos familiares pelo tempo de visita concedido.

Obrigado João, porque desde o início me incentivaste e acreditaste em mim. Obrigado pela tua compreensão e ajuda, obrigada pelo teu amor e apoio incondicional.

A todos, que de algum modo me foram incentivando e que por isso se reconhecerão neste agradecimento.

Muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD'S – Atividades de Vida Diárias

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EACDQ – Escala de Avaliação de Conforto da mulher com cancro de mama a realizar quimioterapia

ECIH – Escala avaliação Conforto da pessoa idosa com doença crónica hospitalizada

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EPE – Entidade Pública Empresarial

GCQ – General Comfort Questionnaire

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO – *Kaiser- Meyer Olkin*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PICOD – Participants Interventions Context Outcomes Design

REPE – Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem

RL's – Radicais Livres

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

LISTA DE SÍMBOLOS

- α - Alfa de *Cronbach*
- n – Amostra
- ρ – Nível de significância
- % - Por cento
- < - Menor do que

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1 O FENÓMENO DO CONFORTO NA RELAÇÃO COM A PESSOA IDOSA COM DOENÇA CRÓNICA HOSPITALIZADA	7
1.1.1 O ENVELHECIMENTO HUMANO: UMA PROBLEMÁTICA DA SOCIEDADE ATUAL	8
1.1.2 A PESSOA IDOSA COM DOENÇA CRÓNICA HOSPITALIZADA	16
1.2 O CONFORTO EM ENFERMAGEM	22
1.2.1 A EVOLUÇÃO DO CONCEITO	23
1.2.2 O ESTADO DA ARTE	29
CAPÍTULO 2 – ESTUDO EMPÍRICO	43
2.1 METODOLOGIA	45
2.1.1 JUSTIFICAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS	45
2.1.2 TIPO DE ESTUDO	46
2.1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
2.1.4 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA	47
2.1.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	54
2.1.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	55
2.2 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES, APLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

ANEXOS	93
ANEXO 1- Pedido de autorização formal para utilização dos resultados à autora do Estudo “A natureza do Processo de Conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Construção de uma teoria explicativa”.....	95
ANEXO 2 - Pedido de autorização para colheita de dados.....	99
APÊNDICES	103
APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Informado para participação no estudo intitulado: “Construção e validação de uma escala de Conforto para a pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização”.....	105
APÊNDICE 2- Instrumento de colheita de dados.....	109
APÊNDICE 3- Escala para submissão de avaliação de Peritos.....	117
APÊNDICE 4- Versão final da ECIH.....	127

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização Sócio Demográfica da Amostra (n=240).....	59
Tabela 2 – Caracterização da Amostra segundo dados relativos à Situação e Percepção de Saúde (n=240).....	60
Tabela 3 – Correlação de Pearson dos itens que compõem a ECIH e o alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item.....	63
Tabela 4 – Resultado da análise fatorial da ECIH pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação Varimax.....	70
Tabela 5 – Valores de alfa de Cronbach dos quatro fatores.....	73
Tabela 6 – Caracterização da amostra relativamente ao nível de Conforto, segundo os vários itens e por fator.....	74
Tabela 7 – Distribuição dos vários itens da ECIH por fator.....	76

INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo na população, tanto Portuguesa, como no resto do mundo constitui uma realidade do século XXI. Perante o estado atual das sociedades modernas e desenvolvidas, observa-se um aumento da esperança média de vida, associada ao crescimento da incidência do número de patologias crónicas.

A Organização Mundial de Saúde estima que as necessidades em cuidados de saúde da pessoa idosa sofram um grande aumento, paralelamente a um incremento acentuado da prevalência de doenças de evolução prolongada. As múltiplas patologias, complicações frequentes, a estreita relação com fatores sociais, a cronicidade e elevada mortalidade são fatores característicos no que respeita ao perfil de saúde da pessoa idosa (Costa, 2006). O aumento da longevidade, a procura cada vez maior de pessoas idosas aos serviços de saúde e o aumento do número de pessoas idosas a viver com doença crónica leva-nos a pensar sobre as formas de assistência e adequação dos cuidados prestados, conduzindo-nos a refletir sobre a importância de garantir cuidados de enfermagem que respondam às reais necessidades do idoso em contexto hospitalar.

Sendo os enfermeiros um agente integrante do processo de cuidar, devem estar despertos para a urgência em compreender as necessidades dos doentes e famílias a quem prestam cuidados. Relativamente às necessidades do doente idoso hospitalizado, a investigação, apesar de escassa nesta matéria, evidencia “ *que os idosos hospitalizados percebem as necessidades físicas como as mais importantes, bem como a competência da enfermeira para lhes dar resposta, como prioridade*” (Chang, 2003, p. 34) tendo o Conforto surgido como uma dessas expectativas (Marques, 2000; Pereira, 2008).

As pessoas idosas estão incluídas num grupo de clientes que exige práticas de cuidados sustentadas e que ao mesmo tempo garantam a assunção de direitos que preservem a dignidade e integridade das pessoas numa fase que corresponde a uma transição na vida. Esta transição, caracteriza-se por ter uma duração longa, que pode exceder os quarenta anos. A maioria das pessoas deseja e receia esta etapa, pelo que esta ambiguidade faz com que seja uma altura da vida não refletida, cuja preparação habitualmente é adiada.

A situação atual, em que um elevado número de pessoas idosas está à responsabilidade de cuidadores informais, sem que os enfermeiros assumam orientação, nem supervisão desses cuidados, é uma realidade que lesa quer os que cuidam, quer os que são cuidados.

A necessidade de implementação de instrumentos de avaliação é essencial, sobretudo devido aos estereótipos existentes sobre a velhice e também pela presença de sinais e sintomas de apresentação difusa e situações de evolução lenta, como são as várias doenças crônicas muitas vezes presentes. A apreciação da pessoa no seu contexto de vida e nas várias dimensões que a constituem, se avaliadas de modo impróprio, impedem, ou dificultam uma intervenção eficaz a nível preventivo, curativo e de recuperação.

O diagnóstico de uma doença crónica, desperta no doente e na família algum nível de ansiedade (Pereira, 2008). Habitualmente, estas situações são a fonte mais significativa de sofrimento, quer pela ameaça que constituem à integridade da pessoa, quer pelas perdas que acarretam e implicam invariavelmente um processo de adaptação. (Sousa, 2014).

É fundamental que os profissionais de saúde compreendam as características dos doentes durante a sua hospitalização, uma vez que facilita a identificação correta dos seus problemas, necessidades e desejos, bem como o planeamento dos cuidados e a sua prestação. É necessário pensar e repensar os cuidados de Conforto de acordo com as necessidades do idoso, pelo que é fundamental compreender o sentido da doença e da hospitalização, como processos de vivência da pessoa idosa com doença crónica em contexto hospitalar.

A Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e da prática, deve fundamentar as suas intervenções em teorias operacionalizáveis que sustentem a avaliação das necessidades dos doentes, a implementação dos cuidados e a avaliação dos resultados que decorrem dessas intervenções. Neste contexto, as teorias de Conforto têm atingido um papel relevante na filosofia de cuidados de Enfermagem, no sentido em que uma teoria de Conforto pode ser usada para explicar e prever fenómenos de interesse para a

Enfermagem contribuindo também para uma avaliação fundamentada, através da medição dos resultados (Kolcaba, 2003).

A mais recente investigação realizada sobre o Conforto e as pessoas idosas com doença crónica hospitalizada na população Portuguesa, foi desenvolvida por Sousa (2014), que procurou compreender a natureza do processo de Conforto do doente idoso crónico hospitalizado no contexto cultural de um serviço de Medicina, bem como as suas especificidades. A autora identificou as necessidades de Conforto do idoso que “enformam os cuidados confortadores” e relacionou-as com quatro domínios, nomeadamente: alterações do processo saúde/doença; atitudes em relação a si mesmo e à vida; estrutura/funcionamento do serviço; família/ pessoas significativas (Sousa, 2014).

Sabendo que não existe nenhum instrumento que avalie o nível de Conforto da pessoa idosa com doença crónica hospitalizada, pareceu-nos pertinente e interessante construir e validar um instrumento que desse resposta a esta necessidade.

O presente relatório emerge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Avançada, ministrado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e é, o fruto de um percurso em que se procurou a aquisição de competências necessárias à implementação de um processo de investigação. Neste sentido, a finalidade deste estudo é, disponibilizar um instrumento de avaliação do Conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas.

Deste modo, o presente estudo tem como principais objetivos:

- Identificar as características sociodemográficas e de saúde da amostra em estudo (das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas);
- Construir um instrumento capaz de medir o nível de Conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas;
- Validar um instrumento capaz de medir o nível de Conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas;
- Conhecer o nível de Conforto da amostra em estudo

De forma a atingirmos estes objetivos, realizámos um estudo metodológico, aplicado a uma amostra não probabilística de 240 doentes idosos com doença crónica

hospitalizados a quem foi aplicado um formulário constituído por duas partes. A primeira parte constituída por questões relativas à situação sociodemográfica e de saúde da amostra em estudo e a segunda parte por questões sobre o nível de Conforto.

O presente relatório encontra-se estruturado em 3 partes: a primeira remete-se ao enquadramento teórico sobre o fenómeno do Conforto na relação com a pessoa idosa com doença crónica hospitalizada, explorando a problemática do envelhecimento e da pessoa idosa com doença crónica em contexto de hospitalização, bem como sobre o Conforto em Enfermagem no que se refere à evolução do conceito e estado de arte; na segunda parte apresenta-se a metodologia de investigação e na terceira parte as conclusões, aplicações e limitações do estudo.

Pretendemos com este trabalho, construir um instrumento útil, que permita medir o nível de Conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas, contribuindo desta forma para uma melhoria da qualidade de cuidados, e que esta se operacionalize como um contributo para a evolução da Enfermagem enquanto disciplina de conhecimento.

O presente trabalho será redigido segundo o novo acordo ortográfico.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O FENÓMENO DO CONFORTO NA RELAÇÃO COM A PESSOA IDOSA COM DOENÇA CRÓNICA HOSPITALIZADA

O envelhecimento constitui-se como um dos principais desafios a enfrentar nas sociedades dos países desenvolvidos.

Nos últimos anos, a longevidade tem sido uma conquista, resposta aos avanços tecnológicos da medicina, generalização de hábitos de vida mais saudáveis e controlo das doenças infecciosas, o que levou a que se verificasse um aumento da esperança média de vida (Gomes, 2009).

O envelhecimento populacional, associado a um decréscimo dos nascimentos e baixos índices de natalidade e da taxa de fecundidade, depende de fatores tão diversos como o género, antecedentes étnicos e culturais e a vivência em países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento (Gomes, 2009).

O aumento da esperança média de vida acarreta algumas consequências, sendo uma delas a vivência com doença crónica e, na faixa etária que engloba as pessoas com 65 ou mais anos de idade, o risco de hospitalização por situação de cronicidade aumenta, uma vez que a multipatologia representa uma situação real (Gomes, 2009). A hospitalização da pessoa idosa traz inúmeras perdas para a mesma, bem como situações de desconforto a diversos níveis.

Seguindo a sequência lógica supramencionada, neste capítulo, iremos abordar numa primeira parte os aspetos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento, descrever o seu conceito e em que teorias se baseia, e seguidamente enquadrar a relação entre o envelhecimento, doença crónica, hospitalização e Conforto na pessoa idosa.

1.1.1. O ENVELHECIMENTO HUMANO: UMA PROBLEMÁTICA DA SOCIEDADE ATUAL

As alterações demográficas do último século traduziram-se na modificação e na inversão das pirâmides etárias. Este facto refletiu-se no envelhecimento da população que veio colocar aos governos, famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Um dos maiores desafios na área da geriatria é a garantia de cuidados de saúde de qualidade para idosos com múltiplas doenças crónicas. Atualmente, nos países desenvolvidos, mais de 50% dos idosos têm 3 ou mais doenças crónicas e esta prevalência aumenta com a idade, manifestando-se principalmente entre os idosos, apesar de existir também um grande número de pessoas com menos de 65 anos de idade a viver esta realidade (Boyd & Fortin, 2010).

Esta situação leva à comorbilidade, que é cada vez mais reconhecida como um problema de saúde, em parte porque é preditor independente de efeitos secundários em vários aspetos da vida das pessoas como na qualidade de vida, saúde e deficiência (Boyd e Fortin, 2010).

Os doentes com comorbilidades e multipatologia, apresentam necessidades de cuidados de saúde complexas e regularmente recebem cuidados fragmentados, incompletos e ineficientes. Para além desta situação, estão associados os altos custos de utilização dos cuidados de saúde, o risco de internamentos potencialmente evitáveis e os riscos e custos inerentes a uma situação de hospitalização por agudização de uma situação de doença crónica (Boyd & Fortin, 2010; Weston, Addleman, Douglas, & Ickowicz, 2012).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, mais tempo possível, constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Coloca-se a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida numa atitude mais preventiva e promotora de saúde e autonomia, sendo que esta promoção diz respeito a múltiplos setores que envolvem nomeadamente a saúde, educação, segurança social, o trabalho, aspetos económicos,

justiça, planeamento e desenvolvimento rural e urbano, bem como dizem respeito à habitação, transportes, turismo, novas tecnologias, cultura e valores (Ermida, 1999; DGS, 2006).

Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal no passado recente caracterizou-se por um aumento gradual do peso dos grupos etários séniores e uma redução do peso da população jovem. A diminuição da taxa de mortalidade, o aumento da esperança média de vida e o declínio da fecundidade que, conseqüentemente, provoca uma alteração e inversão da pirâmide das idades, demonstram que a população idosa, ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

O peso dos idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa, por um lado, devido à diminuição dos nascimentos e, por outro, ao aumento da esperança média de vida. Apesar da falta de consenso sobre a idade a partir da qual uma pessoa passa a ser incluída no grupo das pessoas idosas, pela documentação oficial nacional, pode afirmar-se que a pessoa idosa é aquela que tem 65 ou mais anos (DGS, 2006). Tendo tal facto em consideração, no presente trabalho, consideramos pessoa idosa aquela que tem 65 ou mais anos de idade.

O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340 mil, em 2000, para 484,2 mil em 2010. Este aumento, refletiu sobretudo, o crescimento da população feminina desta faixa etária que teve um acréscimo de cerca de 80%. A proporção da população idosa em Portugal que representava 8% do total da população em 1960, mais do que duplicou em 2011, passando para os 19,1%. Falando em valores absolutos, a população idosa aumentou mais de um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 2 022 504, em 2011, admitindo-se que em 2020 a população de 65 e mais anos seja superior a 2 200 000 (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

De acordo com dados do INE (2014): “A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal aumentará de 2 033 para 3 043 milhares, entre 2012 e 2060, no cenário central. Em 2060, a população idosa poderá atingir 3 344 milhares no cenário alto e 2 729 milhares no cenário baixo. O acréscimo mais acentuado da população idosa

ocorre no cenário alto e resulta de um maior aumento da esperança de vida considerado neste cenário. Em qualquer dos cenários, a tendência de aumento da população idosa inverte-se na vizinhança de 2050, quando entrarem nesta faixa etária as gerações nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (INE, 2014, p. 11).

O envelhecimento é uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma. Isto implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (DGS, 2006).

O envelhecimento é, em princípio um fenómeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, sendo testemunha dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos, na base dos quais se desenvolveram as políticas públicas de acesso generalizado da população aos cuidados de saúde. No plano individual, uma maior longevidade traz mudanças a nível particular, tanto no que respeita ao estado de saúde e à participação na vida social, bem como na realidade de poder desenvolver doenças crónicas não transmissíveis. À medida que a idade aumenta, um crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e dependerá cada vez mais dos outros, bem como dos apoios sociais e familiares (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

A passagem do tempo pelo indivíduo reflete-se não só no âmbito das alterações físicas. As marcas corporais constituem a mais indisfarçável presença do envelhecimento, mas as mudanças em torno da identidade e do cruzamento de papéis sociais, não são menos importantes. Nesta perspetiva, o envelhecimento surge como um processo contínuo e multidimensional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) no seu relatório sobre o envelhecimento e a saúde nos Homens, adota a definição proposta por Kirkwood (1996), segundo a qual

o envelhecimento corresponde a uma diminuição generalizada e progressiva de função, resultando numa perda adaptável ao stress e num aumento do risco de doença associado à idade.

De entre as inúmeras teorias que existem para explicar as causas do envelhecimento humano, destacam-se: a Teoria Genética, a Teoria Imunológica, a Teoria do Acúmulo de Danos, a Teoria das Mutações, a Teoria do Uso e Desgaste e a Teoria dos Radicais Livres, considerada a mais plausível nos dias de hoje (Fries & Pereira, 2011).

A Teoria Genética defende a ideia de que o envelhecimento é resultado de alterações bioquímicas programadas pelo próprio genoma, o qual poderia regular a esperança média de vida por meio de diferentes genes e dessa forma, cada ser vivo apresentaria uma duração de vida estipulada pelo seu padrão genético. A Teoria Imunológica defende que o sistema imunológico é constituído por dois mecanismos: o celular, representado pelos Linfócitos T (células timo dependentes) responsável pela manutenção imunológica do indivíduo e o humoral, representado pelas imunoglobulinas originárias dos Linfócitos B e que permanecem na sua membrana. No entanto, estudos mais aprofundados sobre os Linfócitos T espelharam que as alterações imunitárias são consequência e não causa do envelhecimento.

Segundo a Teoria do Acúmulo de Danos ou também denominada Erro Catástrofe, a principal causa do envelhecimento seria a acumulação de moléculas defeituosas provenientes de falhas na reparação e na síntese de moléculas intracelulares com o avançar da idade, o que repercutiria na perda progressiva da função do organismo. As falhas de reparo e síntese seriam oriundas de erros na transcrição do RNA e a sua tradução em proteínas, gerando um aumento na concentração de proteínas modificadas e não funcionais (Torres, 2002).

De acordo com Jeckel-Neto e Cunha em 2002, a Teoria das Mutações pressupõe que as sucessivas alterações que ocorrem nas células somáticas no decorrer dos anos, produziriam células mutantes incapazes de cumprir as suas funções biológicas, o que provocaria um declínio progressivo dos órgãos e tecidos, com consequente instalação do envelhecimento. E, segundo os mesmos autores, a Teoria do Uso e Desgaste baseia-se na ideia de que o envelhecimento é o resultado de agressões ambientais do dia-a-dia, as

quais ocasionariam a diminuição da capacidade do organismo em recuperar totalmente. Ou seja, todas as fontes patogênicas e lesões provocariam alterações nas células, tecidos e órgãos desencadeando o envelhecimento (Neto & Cunha, 2002).

A Teoria dos Radicais Livres foi introduzida pela primeira vez em 1956 pelo médico norte-americano Denham Harman e adquiriu somente a partir da década de 80, maior importância no meio científico, quando inúmeros trabalhos foram desenvolvidos em relação aos Radicais Livres (RL's) e as suas consequências no organismo. Esta teoria propunha que o envelhecimento normal seria resultado de danos intracelulares aleatórios provocados pelos RLs, moléculas instáveis e reativas, que atacariam as diferentes biomoléculas do organismo procurando estabilidade (Torres, 2002).

Foram realizados procedimentos experimentais com o intuito de comprovar a relação dos RLs com o envelhecimento, mas constata-se um grande número de contradições acerca dos resultados das pesquisas, o que evidencia a necessidade de mais estudos sobre os danos moleculares ocasionados pelos RLs no organismo e o modo como estes, contribuem para o processo do envelhecimento. Será difícil retirar uma conclusão total acerca do tema, uma vez que essas espécies reativas apresentam uma semi-vida extraordinariamente curta, dificultando a sua mensuração *in vivo*. Além disso, apesar dos RLs poderem deixar resquícios da sua atividade e produtos do seu metabolismo não confirma necessariamente que estes sejam os fatores causais do envelhecimento (Fries & Pereira, 2011).

O envelhecimento é um fenômeno complexo que envolve inúmeros fatores, o que conseqüentemente provoca a elaboração de várias hipóteses e teorias voltadas para explicar este processo. A ação dos RLs, apesar de apresentar efeitos marcantes sobre o organismo, explica parte do fenômeno biológico do envelhecimento, somando-se às outras teorias, para que juntas, possam formar uma teoria fundamental que esclareça, defina e interprete todas as modificações que ocorrem ao longo da vida e que se refletem no envelhecimento.

A idade não é um indicador rigoroso para sinalizar o começo da velhice, optando-se então, por considerar a existência de processos de envelhecimento individuais e diferenciados de pessoa para pessoa, já que ela resulta de um processo diferencial que

não é só consequência da degenerescência biológica, mas também das condições psicológicas, políticas, económicas, históricas e culturais da sociedade (Berger & Poirier, 1995).

Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, na medida em que cada um vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador de vivências e projetos de vida distintos (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). Compreender o envelhecimento como um processo dinâmico, conduz, necessariamente a uma mudança de atitudes em relação às pessoas idosas e permite aos enfermeiros elaborarem ações específicas direcionadas a estas pessoas. Tal facto, significa que, para entender o processo de envelhecimento, é necessário compreender globalmente todos os aspetos da vida, como sejam fatores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais, psicológicos, comportamentais e ambientais, que marcam a individualidade da pessoa. Envelhecer é uma etapa do ciclo normal de vida que se instala progressivamente, exigindo cada vez mais um novo equilíbrio (Moniz, 2003).

Uma vez que as teorias do envelhecimento biológico não dão respostas a todas as questões relativas ao envelhecimento, desenvolveram-se as teorias psicossociais com o objetivo de explicar a influência dos fatores culturais e sociais sobre o envelhecimento.

Uma dessas teorias é a teoria do desvínculo. Esta, considera o desvínculo um processo inevitável, onde ocorre a quebra de muitas relações entre uma pessoa e outros membros da sociedade e assenta em três proposições fundamentais: a) o processo de mútuo afastamento dos idosos em relação à sociedade e desta em relação a eles; b) o processo de desvínculo é inevitável; c) é necessário para um envelhecimento bem sucedido. A Teoria do Desvínculo baseia-se no conceito de que é favorável para a sociedade “rejeitar” determinados indivíduos que devido às suas limitações provocariam instabilidade no funcionamento social. À luz desta teoria, a velhice é considerada um problema, sendo para tal, fundamental que a sociedade disponha de competência para “deslocar” os senescentes de situações fundamentais para situações menos importantes (Serafim, 2007).

Em oposição surge a Teoria da Atividade, que se baseia em três propósitos: a) a maioria dos idosos, se a sua saúde o permitir conserva de forma razoável os níveis de actividade;

b) o estilo de vida passado e as condições sócio-económicas influenciarão vinculados ou desvinculados, com maior significado que algum processo intrínseco e indeclinável; c) a atividade social, física e mental deve ser mantida e desenvolvida para que o âmbito do envelhecimento seja bem aproveitado. Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva é necessário que haja uma continuação das atividades e normas praticadas durante a meia-idade. Devido a certos condicionantes, como por exemplo a saúde, essas atividades inicialmente, poderão ter uma diminuição ocorrendo *à posteriori* um acréscimo. Em indivíduos saudáveis as mudanças ocorridas são praticamente nulas (Serafim, 2007).

A abordagem ao envelhecimento humano implica uma referência a essa etapa vital e particular da vida humana designada por “*velhice*”, conceito definido por um estado ou condição de velho, sinónimo de idoso, aparecendo associada à idade avançada e a fenómenos seus decorrentes (Silva, 2006).

Segundo Ramos (1999), o ser humano não envelhece de uma forma progressiva verificando-se: diminuição da capacidade de reserva dos sistemas orgânicos; diminuição do controlo homeostático interno; diminuição da capacidade de adaptação a diferentes solicitações (hipotensão nas mudanças posturais, hipotermia/hipertremia); diminuição da capacidade de responder ao stresse.

Sáiz Ruiz (2010) salienta que a razão para o envelhecimento está na incapacidade das células do corpo humano se poderem substituir a si mesmas e, conseqüentemente, morrem ou perdem gradualmente a sua função. Constitui-se um processo provocado por fatores intrínsecos das células, mas também por fatores extrínsecos relacionados com o ambiente ou com a organização hormonal.

As teorias de envelhecimento têm como objetivo explicar as mudanças ocorridas neste período, no entanto nenhuma delas oferece uma explicação total e universalmente aceite sobre o processo de envelhecimento.

Estar atento aos processos de envelhecimento significa estarmos mais conscientes e preparados para um processo que todos experienciamos. As manifestações de envelhecimento são percebidas de forma diferente de indivíduo para indivíduo, conferindo ao envelhecimento uma marca individual (Sousa, 2014). Deste modo,

surtem novos desafios ao sistema de saúde e ao modelo de organização e gestão dos cuidados de saúde, uma especial atenção, dado que, o prolongamento da vida acarreta mudanças multidimensionais acrescentando uma maior suscetibilidade e vulnerabilidade para um aumento das situações de doença crónica potencialmente incapacitantes (OE, 2002; DGS, 2004; Costa, 2006; Novais, Conceição, Domingos & Duque, 2009; Oliveira, 2011).

1.1.2. A PESSOA IDOSA COM DOENÇA CRÓNICA HOSPITALIZADA

No último século, a globalização e modificação dos padrões de saúde e doença das populações, criaram novas exigências nos cuidados de saúde, fazendo deste modo emergir a necessidade de reformulação dos sistemas de saúde e das práticas em saúde.

A combinação de fatores predominantes de estilo de vida (dieta, falta de exercício físico e tabagismo) têm contribuído para a incidência crescente de doenças crónicas em todo o mundo (Nolte & Mckee, 2008).

Hoje, a doença raramente existe de forma isolada nos indivíduos, sendo uma entidade sem uma clara representação biológica e caracterizada por um conjunto de comorbilidades. Ao longo do século XXI assistiremos a uma mudança do paradigma de “centrado na doença” para “focalizar na doença crónica”, dando ênfase à abordagem de saúde global (Nolte & Mckee, 2008).

As doenças crónicas emergem como um dos problemas de saúde mais atuais e sérios, afetando cada vez mais a população devido essencialmente ao aumento da esperança média de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doença crónica como *“aquela que possui uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiências residuais, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação da pessoa com doença para a reabilitação e pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”* (OMS, 2002, p.2).

Face à magnitude epidemiológica e económica desta problemática, a OMS identifica como principais estratégias de combate à situação: a prevenção e deteção precoce, a reconfiguração das definições e qualificações dos profissionais de saúde, programas de gestão de doença e a utilização de modelos de cuidados integrados (Bastos, 2008). É neste sentido, que o envelhecimento exige não só uma nova organização como um outro olhar ao nível dos cuidados de saúde.

A prevalência das doenças crónicas aumenta com a idade e atualmente, 80% dos idosos têm pelo menos uma doença crónica e 50% têm duas ou mais (Bekhet & Zauszniewski, 2014).

Segundo dados do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013, p. 30) “ *O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente as cardiocerebrovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes. A hipertensão arterial e a diabetes, para além de doenças crónicas, são também importantes fatores de risco para outras doenças. Entre 1999 e 2006, a população que reporta ter hipertensão arterial aumentou 34% e diabetes, 38%. Estima-se que a prevalência de hipertensão arterial seja de 46%, aproximadamente e a de diabetes de 12,3%.*”

A presença de comorbilidades está associada à incapacidade, revelando a necessidade de controlo e estabilização da doença crónica para prevenir a sua progressão e efeitos secundários. A diabetes mellitus, enfarte e depressão são doenças crónicas bastante relatadas nos estudos de investigação, como fazendo parte daquelas que acarretam diversas comorbilidades. No que respeita à diabetes mellitus, esta, é acompanhada de complicações vasculares, neuropáticas e visuais, com possível risco de amputação de um membro. No que concerne à depressão e ao enfarte, os estudos revelam que as mesmas trazem grande incapacidade funcional (Rossi, Pereira, Driusso, Rebelatto, & Ricci, 2013).

Outro dos fatores resultantes da multipatologia é a polimedicação. De acordo com a literatura, a população idosa é a mais suscetível à ocorrência de reações adversas resultantes das múltiplas interações medicamentosas, o que tem sido associado a um aumento do risco da incapacidade nos idosos (Rossi, Pereira, Driusso, Rebelatto, & Ricci, 2013).

Numa situação de doença crónica, as exigências são habitualmente maiores que a capacidade de resposta da pessoa, uma vez que a mesma, além de ter que lidar com fatores de stresse transitórios, necessita de lidar com stressores que ameaçam o seu bem-estar e a sua vida. No entanto, é sabido que no caso da pessoa idosa que vivencia uma doença crónica, esta encontra-se numa fase do ciclo de vida em que lhe são exigidas

adaptações constantes e inerentes ao processo de envelhecimento, em simultâneo numa transição de uma condição de saúde para a condição de doença, que pode conduzir ao internamento, acarretando grandes alterações na sua vida. No idoso, pode interpretar-se a doença crónica como uma condição de desconforto contínuo, com períodos de maior ou menor exacerbamento (Mendes, 2005).

Muitas das vezes, a pessoa idosa com doença crónica, é remetida a uma esfera de prestação de cuidados domiciliários, realizada tanto por familiares/cuidadores, como por instituições de apoio social. Mas, em situação de agudização de uma doença crónica, o risco de hospitalização aumenta consideravelmente, justificando-se a necessidade crescente de cuidados de saúde a nível hospitalar (Pignatelli, 2006).

As reacções ao internamento podem ter dois sentidos distintos: se para uns é o alívio da dor ou da doença, para outros pode ser visto como um “passaporte para a eternidade”. Em qualquer um dos casos, são poucos os doentes que não vivem uma particular ansiedade durante a hospitalização que se revela uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento, solidão e ansiedade (Cabete, 2005). O internamento, apesar de necessário para o restabelecimento da saúde, pode também ser responsável pela separação da pessoa do seu contexto e das suas circunstâncias, gerando a par com a doença, desconforto e sofrimento (Apóstolo, 2007).

O medo da doença, um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos médicos, entre outros, são fatores reconhecidamente geradores de stress. O internamento hospitalar pode representar uma série de ameaças tais como: ameaças à vida, à integridade corporal, exposição à vergonha, desconforto devido à dor, cansaço, alterações à alimentação, privação da satisfação sexual, restrição de movimentos, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de antipatia ou rejeição e medo em relação ao futuro. Numa pessoa idosa, o internamento gera diversas emoções e conflitos difíceis de vivenciar, resolver ou verbalizar, podendo resultar em depressão, desorientação e/ou declínio intelectual, por vezes irreversível e comprometedor da posterior qualidade de vida (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

As reacções mais comuns dos doentes à doença são a angústia e a ansiedade, estimando-se que 30% a 60% apresentem elevado sofrimento psicológico à data da hospitalização.

Assim, a hospitalização representa para as pessoas idosas um desafio que pode ser vivenciado de diferentes formas, dependendo de fatores como a capacidade de adaptação, experiências prévias e representações de saúde e doença. Pessoas idosas com história anterior de internamento poderão encarar o hospital com alguma naturalidade, recorrendo às experiências passadas para enfrentar os problemas atuais. Por outro lado, a experiência pode ser vivenciada de forma mais negativa pelos idosos, quando chegam ao hospital com problemas de auto-estima, sentido de inutilidade e conseqüentemente deprimidas. Durante o internamento ocorrem procedimentos (simples e rotineiros para o profissional) que promovem sentimentos de despersonalização no doente, em particular, pela dificuldade em manter a privacidade e individualidade. Uma hospitalização tende a reforçar os sentimentos negativos da pessoa idosa e remetê-la para uma postura mais passiva e regressiva, o que pode ser acentuado se os profissionais reforçarem, mesmo que sem intenção, essa ideia de incompetência (Serra, 2005).

A forma como cada um é capaz de lidar com a hospitalização pode revelar duas tendências opostas: uma no sentido da adaptação, que corresponde ao otimismo, controlo percebido, suporte social e autonomia; e outra, no sentido da não adaptação, que corresponde ao pessimismo, impotência, desespero, perda de controlo e fracasso no suporte social e dependência (Cabete, 2001).

Na medida em que os idosos são uma população em crescimento numérico, conhecer as suas reais necessidades, saber intervir e cuidar junto desta população é fundamental.

De acordo com o estudo de Costa (2006), os idosos, valorizaram particularmente os cuidados comunicacionais e de relação (Conforto e bem-estar). O Conforto surge como conceito intrínseco à pessoa e as experiências de Conforto do doente idoso hospitalizado relacionam-se com as manifestações de desconforto e as formas de as aliviar, que vão desde a possibilidade de o doente aliviar o seu próprio desconforto, à diminuição de agressões, à assistência religiosa, à presença e apoio da família, e o suportar/preservar a vida diária no hospital – mesmo que isso seja sentido como um desconforto.

A investigação demonstra também, que os sentimentos vividos pelos doentes aquando da hospitalização, se relacionam com atitudes e comportamentos dos enfermeiros. As atitudes negativas acerca do envelhecimento condicionam os cuidados de enfermagem

na promoção da participação da pessoa idosa nos cuidados e nas decisões relativas a si e podem estar associados ao nível de conhecimentos nesta área clínica. Diversos fatores têm sido avaliados como preditores das atitudes assumidas, como a idade, o género e o nível de conhecimentos, embora sem uma predição consistente. As preferências para trabalhar com pessoas idosas e conhecimentos sobre o envelhecimento parecem estar relacionadas com atitudes positivas em relação a pessoas idosas hospitalizadas (Cruz & Gomes, 2014).

Já a satisfação dos idosos, relaciona-se com atitudes e comportamentos dos enfermeiros, na relação enfermeiro/idoso tais como: a demonstração de respeito, a disponibilidade, o acompanhamento, a escuta ativa, o conversar, o dar informações, o carinho, a amabilidade e a tolerância (Marques, 2000; Costa, 2006; Carvalhais & Sousa, 2011; Oliveira, 2011). Para Costa (2006), os cuidados de Enfermagem são um processo de construção, o que implica, para além do ato de cuidar, uma reflexão pessoal sobre o seu fundamento, a sua legitimidade, as suas consequências e as suas dimensões éticas.

Na perspectiva dos enfermeiros, e de acordo com um estudo realizado por Mateus, em 2005 acerca dos sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao cuidar o doente idoso em contexto de internamento, destaca-se a necessidade dos enfermeiros quererem cuidar com humanidade, na medida em que consideram o doente idoso, uma pessoa vulnerável e frágil, dadas as suas limitações, inerentes não só ao internamento mas também à situação de doença.

Diferentes modelos têm procurado orientar e descrever a prática de cuidados centrados na pessoa. O modelo de McCormack (2003) foi desenvolvido através de uma pesquisa com base na interacção desenvolvida entre enfermeiro e pessoas idosas hospitalizadas e as necessidades de cuidados da mesma. Aqui, o enfermeiro surge como um facilitador do percurso de cuidados, escolhido pelo próprio doente, pelo que deverá ter em conta três aspetos: os valores do doente, os valores do enfermeiro e o contexto de cuidados (McCormack, 2003). Para a sua efetivação, é preciso colocar a pessoa como um ser único e adotar uma relação terapêutica com base na negociação e parceria (Gomes, 2009).

É neste contexto de reflexão que emerge a necessidade dos enfermeiros reconhecerem a complexidade das vivências das pessoas idosas com doença crónica, hospitalizadas, analisando os seus problemas e hierarquizando as suas principais necessidades.

Tal como refere Melleis (2007), no âmbito do estudo das respostas humanas a uma situação considerada de transição (mudança e adaptação), como é o caso da hospitalização, em que se verificam alterações e desconfortos da situação de dependência, é imperativo que os enfermeiros considerem a promoção do Conforto dos doentes como essencial, ajudando-os a enfrentar uma das situações enigmáticas numa fase da sua vida (Melleis, 2007).

Reforçando esta ideia, de acordo com os dados da evidência empírica, é desejável que os enfermeiros reconheçam as necessidades de Conforto dos idosos que experimentam momentos de transição, tal como acontece com a hospitalização (Hamilton, 1989; Kolcaba, 2003; Cabete, 2005; Silva, 2006; Oliveira, 2011).

No âmbito do exercício profissional de Enfermagem, não só o Regulamento do Exercício Profissional (REPE, 2011) contextualiza os cuidados numa interação entre o Enfermeiro e Pessoa, como também o Código Deontológico, determina a forma de agir do mesmo. O documento legal aponta aspetos conducentes a uma prática de Enfermagem individualizada que, para ser efetivada, exige que seja centrada na pessoa, ao garantir o respeito pela vida e pelos direitos da mesma, visando melhorar a qualidade dos cuidados, tal como refere Vieira, (2007, p.102):“ *Dos enfermeiros espera-se, sem dúvida, o cuidado devido, no respeito pelos direitos e necessidades do cidadão*”. É com este sentido que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE,2001), propõem um conjunto de linhas conceptuais orientadoras da prática de cuidados indispensáveis à individualização dos mesmos.

1.2. O CONFORTO EM ENFERMAGEM

Até aos dias de hoje, o conceito de Conforto ganhou formas que vão para além da sua componente física, fazendo com que este seja um vetor fundamental na prática de cuidados de Enfermagem de qualidade.

Situar o conceito de Conforto numa trajetória histórica da Enfermagem, é fundamental para a compreensão do modo como este, teve uma expressão relevante na perspetiva de diferentes teóricas, em diferentes alturas.

A literatura de Enfermagem evidencia que historicamente o Conforto é identificado como um dos elementos do cuidado de Enfermagem, universalmente desejável, com relevância atual (McIlveen & Morse 1995; Tutton & Seers, 2003). A sua origem remonta a 1859 e as primeiras referências surgem com Florence Nightingale para quem o Conforto era considerado um dos objetivos primordiais da prática de Enfermagem (Nightingale, 2006).

O termo Conforto é empregue diariamente em diferentes contextos da prática de Enfermagem e faz parte da linguagem diária dos enfermeiros, que correntemente utilizam frases como: “ *prestados cuidados de higiene e Conforto*”; “ *o doente está confortável*”. O conceito é bastantes vezes relacionado com a dimensão física da pessoa, mas, no seio da literatura em Enfermagem assume contornos mais alargados.

Analisando a origem etimológica de Conforto verificamos que deriva do latim *confortare* que representa “fortalecer” (Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa, 2001 p 918. O significado de Conforto, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora, significa “bem-estar, comodidade, consolo, alívio” (Editora, 2015, p.209).

Como nos diz Apóstolo (2009, p.62) “(...) *o Conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua*

origem (...). Assim, o enfermeiro é, neste sentido, aquele que promove o fortalecimento e o Conforto daquele que está enfermo”.

O confortar ou *Comfort care* é uma arte de Enfermagem que compreende o processo de confortar ou “um processo quando o seu correspondente resultado, aumento do Conforto, é alcançado ou mesmo quando as ações são dirigidas a confortar, mas as variáveis de intervenção comprometem o objetivo desejado de Conforto aumentado”(Kolcaba, 2003, p.25).

De seguida apresentaremos a evolução do conceito de Conforto e posteriormente o atual estado da Arte.

1.2.1. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO

A evolução do conceito de Conforto, a sua relevância e presença na prestação de cuidados não foi, ao longo do tempo, uma viagem em ascensão, mas antes uma oscilação no tempo.

A primeira teórica que falou em Conforto foi Florence Nightingale. Em *Notas Sobre a Enfermagem* (2006), Nightingale faz diferentes referências a este conceito e defende ser fundamental fazer uma boa observação da pessoa e do ambiente com o objetivo de salvar a vida, aumentar a saúde e o Conforto. O Conforto constitui-se como uma meta do cuidado, embora o seu significado tenha mudado ao longo da História por condicionantes que se prendem com a evolução histórica, política, social, religiosa e tecno-científica da humanidade (Mussi, 2005; Apóstolo, 2009).

O Conforto e a sua promoção, que muitos enfermeiros estudaram e teorizaram, têm sido associados à prática do cuidado de enfermagem, sendo por isso, frequentemente considerado como um conceito central da disciplina (Cameron, 1993; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004), como um valor crítico ou como um objetivo para a enfermagem (McIlveen & Morse, 1995; Tomey & Alligood, 2004).

No início da era cristã e Idade Média, a Enfermagem era uma obra de misericórdia para a salvação da alma e o Conforto o seu objetivo. Eram prestados cuidados simples como

obra de caridade e Conforto espiritual (Oliveira, 2011). No entanto, as alterações inerentes à medicina, a perspectiva e a noção de Conforto sofreram inúmeras alterações e deste modo, entre os séculos XVII e XIX, o hospital é organizado como local de cura, o médico dedica-se ao estudo do corpo das pessoas e a enfermagem concentra-se mais nos aspetos ligados ao ambiente, em detrimento do espírito, executando apenas ordens médicas (Mussi, 2005).

Nos séculos XVII a XIX, a noção de Conforto modifica-se; o médico concentra-se progressivamente no estudo do corpo, deixando as questões ambientais para as enfermeiras, que passam a cuidar do ambiente e já não tanto do espírito dos doentes, passando o trabalho sobre o Conforto a estar dependente de prescrições (Mussi, 2005).

Em 1926, Harmer afirmou que os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de “uma atmosfera geral de Conforto” e 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 (Tomey & Alligood, 2004).

Nas décadas de 30,40 e 50, o Conforto foi reconhecido como uma estratégia para alcançar os aspetos fundamentais dos cuidados de enfermagem e nas décadas subsequentes (60,70 e 80), tornou-se um objetivo menor dos cuidados de enfermagem em detrimento do foco nos cuidados físicos, não impedindo a atenção dada a nível emocional nas situações de cuidados paliativos.

Malinowski e Stamler (2002) referem que Leininger, em 1981, identificou o Conforto como um construto major da taxonomia do cuidar, sendo da maior importância que este seja avaliado no respetivo contexto cultural para que se possam prestar cuidados de qualidade. De forma a poder avaliar e intervir de acordo com as necessidades de Conforto, o enfermeiro deve ter em conta qual o significado que cada pessoa, família ou grupo cultural lhes atribui (Malimowski & Stamler, 2002).

De entre as teóricas de Enfermagem que abraçaram este conceito como prática fundamental, temos Watson (2002) cuja teoria tem uma orientação fenomenológica existencial e espiritual. A autora propôs dez fatores do cuidar que têm subjacente a satisfação das necessidades e o Conforto do doente e reconhece que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a obter um grau de harmonia ao nível da “mente-corpo-

espírito” que gera auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura, transcendência e processos de auto-cuidado. Os cuidados de Enfermagem devem ser projetados no sentido de ajudar a pessoa a encontrar significado para a sua existência, através da avaliação de qual o significado da sua falta de harmonia e de sofrimento, promovendo no doente auto-controlo, auto-estima e auto-determinação em relação à saúde, doença, tratamento, e decisões terapêuticas (Watson, 2002).

Na teoria do cuidar de Watson, o Conforto é designado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa e trata-se de uma variável externa que o enfermeiro pode controlar, sendo que, o Conforto promovido pelo enfermeiro deverá ajudar a pessoa a funcionar de uma forma eficaz. A teórica identificou medidas de Conforto socioculturais que estão relacionadas com os hábitos, comportamentos e valores da cultura do paciente, da sua vida familiar e classe social, reconhecendo que o conhecimento e o respeito pelo significado espiritual que cada pessoa atribui à vida pode ser extremamente confortante para ela. O cuidar transpessoal permite que a humanidade se mova coletivamente em direção a uma maior harmonia com a mente, corpo, espírito, consigo, com as outras pessoas e com a natureza (Watson, 2002).

Segundo Benner (2001), o Conforto é um objetivo da intervenção e uma competência do enfermeiro (Benner, 2001). Também Peplau, Orlando, Roy e Leininger, consideram o Conforto nas suas explicações teóricas, enquanto aspeto central na satisfação das necessidades das pessoas e na ação dos enfermeiros (Apóstolo, 2009). O Conforto é um objetivo do cuidado de enfermagem (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995) e é definido como “*o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do contínuo saúde-doença (...) Conforto é a marca para o estado final da ação terapêutica por uma pessoa*” (Morse, 1992 p. 93). Morse e colaboradores concluíram que o Conforto não é um estado último de paz e serenidade, mas mais o alívio, mesmo que temporário, da maioria dos desconfortos (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995). Relacionaram o Conforto com o desconforto, sendo este a perda do silêncio do corpo.

McIlveen e Morse (1995), num estudo de revisão da literatura referem que nos documentos analisados se pode agrupar este conceito em três categorias cronológicas, consoante a sua evolução: De 1900 até 1929, o Conforto em Enfermagem foi

considerado como um foco central na prática de cuidados; nas décadas de 30 até 50, o Conforto foi reconhecido como uma estratégia para alcançar os aspetos fundamentais dos cuidados de Enfermagem e nas décadas de 60 até 80, com o avanço da técnica, o Conforto tornou-se acessório, em detrimento dos cuidados físicos, exceto nos casos em que o tratamento médico já não era viável. Os autores, reconhecem que as mudanças no papel do Conforto ao longo da história, podem estar relacionadas com as linhas orientadoras da educação em enfermagem e em medicina, com a evolução tecnológica e ainda com o desenvolvimento e implementação de modelos conceptuais em enfermagem.

Apesar de na segunda metade do século XX, os enfermeiros apresentarem alguma relutância em associar este conceito à sua prática, é importante que reconheçam o valor e a relevância que o acto de confortar tem na profissão de enfermagem e na prática dos cuidados (McIlveen & Morse, 1995; Malinowski & Stamler, 2002).

A partir da segunda metade do século XX, a literatura de Enfermagem referencia um número substancial de autoras que contribuíram para o desenvolvimento teórico deste conceito “e para a perceção do Conforto como um conceito nobre” nomeadamente Ilda Orlando, Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Joan Hamilton, Janice Morse e Katharine Kolcaba (Apóstolo, 2008, p.27).

Na teoria do Conforto de Kolcaba, o Conforto é definido como a “*condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de Conforto*”. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de Conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental). Os tipos de Conforto são definidos como: **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 e sofrimento.

Kolcaba extraiu da literatura sobre o holismo os contextos nos quais o Conforto é experimentado e definiu-os como: **Físico**: pertencente às sensações do corpo; **Psico-espiritual**: pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o

conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado; **Ambiental**: pertencente ao meio, às condições e influências externas e **Social**: pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais. A teórica, define as necessidades de cuidados de saúde, como necessidades de Conforto resultantes de situações de cuidados, provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades são de cariz físico, psico-espiritual, social e ambiental.

De acordo com a mesma, o “Conforto é a experiência imediata de ser fortalecido, por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p.14) muito mais do que ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009, p. 254). Trata-se de “um resultado essencial do cuidado de saúde (...) é um estado holístico e complexo (...)” (Kolcaba, 2003, p. 16). O alívio, representa “o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de Conforto específica”, a tranquilidade, “um estado de calma, sossego ou satisfação” e a transcendência, “o estado no qual é possível superar problemas ou dor” (Kolcaba, 2003, p 9; 15).

Igualmente para Kolcaba (2003, p. 14), o Conforto é definido como “*experiência imediata de ser fortalecido*”, o que também pode ser interpretado como sendo a experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado: uma forma de Conforto. Estas dimensões do conceito remetem para a experiência do Conforto como fenómeno intersubjetivo, ou seja, para o Conforto enquanto percepção do encontro e ajuda por outro ser humano.

O Conforto é definido como um estado em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas e desenvolvem-se em quatro contextos: físico, psico-espiritual, social e ambiental.

Em síntese, as diferentes definições de Conforto remetem para as ideias de (i) a ajuda ou suporte, por um lado, ou (ii) o estado subjetivamente percebido de quem é ajudado, de quem sente alívio, encorajamento ou de quem se percebe satisfeito com o estar física ou mentalmente bem, liberto de dificuldade, ansiedade ou dor, de quem se percebe

satisfeito, cómodo ou com prazer; (iii) a experiência de ser ajudado; (iv) estado imediato e multidimensional.

Para Kolcaba, o passo seguinte foi a construção de um Questionário Geral de Conforto (General Comfort Questionnaire – GCQ). A partir de uma estrutura taxonómica criada, propôs-se a avaliar o Conforto holístico de várias populações inseridas em contextos hospitalares e comunitários, com o intuito de operacionalizar a teoria construída (Kolcaba, 2001).

A teoria de Kolcaba sustenta que, em contexto de cuidados de saúde, as necessidades de Conforto dos indivíduos que ainda não tenham tido respostas por outros sistemas de suporte, são satisfeitas pelos enfermeiros (Kolcaba, 2001).

Quando o Conforto é conseguido, os doentes sentem-se fortalecidos e empenhados nos seus comportamentos de saúde e na adopção de estilos de vida saudáveis, alcançando-se um resultado holístico (Kolcaba, 2001).

O modelo conceptual de Kolcaba (2001; 2003) assenta em necessidades que emergem de situações ou estímulos, que causam tensões negativas no indivíduo. As necessidades de Conforto devem ser identificadas e as intervenções de Enfermagem têm como objectivo deslocar as tensões para o sentido positivo através de forças facilitadoras. O aumento do Conforto indica que as tensões negativas diminuíram conduzindo a uma mudança de atitude (Kolcaba, 2001; 2003).

A autora aplicou a teoria a vários contextos e populações específicas, tais como (doentes com cancro de mama, internados em unidades de cuidados intensivos, doentes em fase terminal, entre outros). Em todas as situações, os conceitos de investigação teórica estão teórica e operacionalmente definidos.

Em suma, o Conforto tem sido frequentemente referido como uma experiência subjetiva e uma necessidade humana (Watson, 2002; Kolcaba, 2003; Yousefi, Abedi, Yarmohammadian & Elliot, 200), altamente valorizada pelo cliente. O processo de confortar caracteriza-se pela complexidade e exigência (Morse, Havens & Wilson, 1997; Oliveira, 2005; 2008), perante a singularidade de cada cliente, os requisitos de atitude e de competência por parte da enfermeira que conforta, os requisitos de

individualização da intervenção e as condições contextuais para o cuidado. Surpreendentemente, Kolcaba (2003) considera o cuidado de Conforto, um cuidado simples e intuitivo.

1.2.2. O ESTADO DA ARTE

O Conforto, tem vindo a ser estudado sob diversos prismas: ou sob o prisma das intervenções que ajudam a obter Conforto, ou sob a ótica de quem descreve as experiências de Conforto dos clientes (Oliveira, 2011).

Com o objetivo de identificar a real dimensão do conhecimento sobre o fenómeno, foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre o fenómeno do Conforto na pessoa idosa hospitalizada.

A realização da revisão sistemática da literatura teve como objetivo determinar o estado de arte sobre o Conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas e para a sua condução foi colocada a seguinte questão de investigação: “Qual o nível de Conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas?”.

Utilizámos como descritores as palavras: doente idoso crónico, hospitalização, conforto em enfermagem, validação, escala; bem como os operadores booleanos AND e OR.

Formulando a questão pelo método PI(C)OD, apresentamos os critérios de inclusão e exclusão relativos aos participantes, intervenções, resultados e desenho e o espaço temporal foi definido entre 1990 até 2015. Os critérios de inclusão para os participantes compreendiam pessoas com 65 ou mais anos de idade hospitalizadas, sem patologia psiquiátrica e orientados na pessoa, espaço e tempo; e e/ou enfermeiros. No que se refere às intervenções, pretendemos pesquisar as necessidades de Conforto sentidas, o significado de Conforto e confortar, bem como determinantes para o nível de Conforto.

No que respeita aos resultados encontrados, podemos afirmar à partida, que o estudo do Conforto está a ganhar ênfase, mas que ainda existe muito para explorar e conhecer nesta tão vasta temática.

Botdorf, Gogag & Lotzkar debruçaram-se sobre o estudo do fenómeno de Conforto. Em 1995, desenvolveram um estudo, cujo principal objetivo era descrever as estratégias de conforto observadas como efetivas no conforto do doente com cancro em fase ativa de tratamento. O estudo foi realizado com oito doentes (3 mulheres e 5 homens) e trinta e duas enfermeiras.

Os resultados ditaram que as interações/estratégias promotoras de Conforto são: (i) medidas físicas; (ii) afirmações de apoio/suporte emocional; (iii) toque; (iv) participação ativa do doente nas suas escolhas; (v) envolvimento em trocas sociais; (vi) possibilitar informação; utilização de humor adequadamente; (vii) aumento da proximidade física com outros doentes. Nos padrões de Conforto em que o foco central consiste em ajudar os doentes a suportar a doença o alicerce é feito em quatro contextos: ajudar os doentes a perspetivar as suas experiências; promover a oportunidade para o funcionamento o mais normal possível; ajudar a ter controlo e promover o apoio/suporte emocional. Finalizando, os autores concluíram com este estudo que confortar requer interações focadas nas necessidades dos doentes e na capacidade de comunicação.

Um estudo conduzido por Chen, et al., em 2013 demonstrou que a massagem reduz a ansiedade, desconforto e sofrimento físico em doentes idosos com insuficiência cardíaca congestiva. Os doentes incluídos neste estudo referiram que a massagem lhes proporcionou conforto, redução de ansiedade e tranquilidade.

Foram encontrados outros estudos de origem internacional relacionados com a temática do Conforto, a sua expressão nos cuidados de Enfermagem, a perspetiva de doentes e enfermeiros, mas como não cumpriam os critérios de inclusão nomeadamente no que respeita à idade dos participantes, não foram colocados.

Em Portugal a temática despertou interesse junto de investigadores que já realizaram algumas pesquisas em diversas áreas.

Em 2006, Apóstolo, Batista, Macedo e Pereira desenvolveram um estudo cujo objetivo era o de descrever as características do sofrimento e do Conforto das doentes sujeitas a quimioterapia em regime de Hospital de Dia; analisar a relação existente entre Conforto e Sofrimento e se estes estão relacionados com o número de ciclos de quimioterapia e com a idade.

Posteriormente, Apóstolo em 2007 desenvolveu o seu estudo de doutoramento em contexto psiquiátrico desenvolvendo um programa de intervenção – o imaginário conduzido no Conforto de doentes; tendo concluído que as pessoas sujeitas ao imaginário conduzido demonstraram um aumento de Conforto total não só nos estados de alívio e transcendência, como também nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e social.

Dantas em 2010, desenvolveu um estudo em que pretendia avaliar o nível de Conforto das mulheres com cancro de mama submetidas a quimioterapia e relacionar o mesmo com os fatores sociodemográficos recorrendo a uma abordagem quantitativa descritivo-correlacional. Concluiu que os fatores sociodemográficos determinantes para o nível de Conforto das mulheres com cancro de mama a fazer quimioterapia foram a idade, o número de filhos que coabita com as mulheres e o seu nível de escolaridade (Dantas, 2010).

O conhecimento das necessidades de Conforto de cuidadores informais de doentes com grau de dependência total, severa ou moderada e portador de doença crónica avançada foi também a motivação de Marques (2011) que concluiu através do seu estudo que nos cuidadores, os índices de menor Conforto relacionam-se com o valor da vida, com a preocupação com o seu ente querido, o ter medo do futuro e a dificuldade em suportar a dor emocional, tendo obtido maior Conforto no contexto físico.

A análise dos estudos relatados evidencia que a perceção do Conforto pode variar em função da cultura, género, da idade e das circunstâncias que desencadeiam uma resposta a uma necessidade de Conforto. Foi, tendo por base esta contextualização, que, Sousa (2014) pretendeu compreender o que fundamenta a natureza do processo de Conforto no doente idoso que vivencia uma situação de doença crónica e hospitalização.

Assim, desenvolveu um estudo pretendendo saber como é a natureza do processo de Conforto do doente idoso crónico hospitalizado no contexto cultural de um serviço de Medicina e quais as suas especificidades. Utilizou uma abordagem qualitativa com recurso ao método etnográfico recorrendo à observação participante.

Os resultados revelaram a complexidade do fenómeno e possibilitaram um aumento do conhecimento sobre a natureza do processo de cuidados confortadores “que assenta num

encontro/interação entre os atores o qual é influenciado pelo contexto em que acontece o cuidado, e que se relacionam não só com os modos e formas de confortar, como também com as conceções de “conforto/não conforto” (Sousa, 2014, p. 99). O processo de Conforto é mediado pela interação enfermeiro-doente idoso e a sua família onde o agir integrador e intencional do enfermeiro é determinante para dar resposta às necessidades de cuidados, especificamente de Conforto do doente idoso crónico.

A autora, entrevistou 22 doentes, de ambos os géneros, internados num serviço de medicina de um Hospital em Lisboa e 6 enfermeiros considerados “enfermeiros-chave” naquele serviço.

Aos doentes era colocada uma pergunta aberta relativa às necessidades de Conforto naquele contexto em que se encontravam e os participantes cumpriam os seguintes critérios: (i) ter mais de 65 anos, (ii) estar consciente, orientado ou com capacidade para responder oralmente e produzir um discurso coerente; (iii) enfrentar hospitalização em qualquer fase da sua doença crónica, nomeadamente por agudização da mesma e aceitar participar no estudo partilhando a sua vivência de “Conforto”.

Os resultados relativos às necessidades de Conforto percebidas pelos participantes foram agrupados em quatro domínios:

- **Alterações do processo de saúde/doença**
- **Atitudes em relação a “Si mesmo e à vida”**
- **Estrutura/ funcionamento do serviço**
- **Família/pessoas significativas**

No domínio que se refere às *alterações do processo saúde/doença*, o desejo expresso era relativo à obtenção do alívio de desconfortos físicos nomeadamente em relação à dor e também relativo à necessidade de obtenção de informação/ esclarecimento acerca da situação de saúde.

O alívio de desconfortos como a dor e outros sintomas, deve ser considerado um foco dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, sendo reconhecido como uma necessidade para estar confortável, a qual afeta a estrutura física e emocional da pessoa (Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011). A informação/ esclarecimento assume também

uma expressão significativa, sendo que o doente idoso crónico deseja obter informação/esclarecimento acerca da sua situação. O desconhecimento sobre o tratamento e a evolução da doença geram incerteza e insegurança, mas é importante perceber qual será o momento mais indicado para explicar, esclarecer e fornecer informação adequada aos desejos e necessidades expressas pelos doentes idosos contribuindo desta forma para o bem-estar e Conforto dos mesmos. Tendo em conta as necessidades sentidas, a informação e a forma como é transmitida, assumem um papel reorganizador, possibilitando um maior esclarecimento e conduzindo ao bem-estar e Conforto do idoso.

As necessidades de Conforto agrupadas no domínio relativo ao domínio Atitudes em relação a “Si mesmo e à vida”, concretizam-se na autonomia nas AVDs, espiritualidade/religiosidade, higiene e arranjo pessoal, segurança/confiança e sentir-se ajudado/cuidado. O doente idoso crónico deseja ter independência/autonomia nas suas actividades de vida diária e a autonomia exige duas condições essenciais para se verificar nomeadamente liberdade e ação (Gomes, 2009).

A prática da espiritualidade/religiosidade é uma das preocupações que surgem como uma tentativa de encontrar um equilíbrio e um sentido para a vida. Wright (2005) e Renaud (2010) referem que cada pessoa no Confronto com a própria existência, tem ou adota um tipo de espiritualidade ou forma específica de estar no mundo. A espiritualidade constitui uma característica da humanidade que possibilita ajuda à pessoa para ultrapassar um momento de crise e sofrimento.

A investigação realizada em Enfermagem, mostra que existe uma forte associação entre espiritualidade e saúde, concretamente em situação de doença crónica e hospitalização, compreendendo-se 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 trazer benefícios para a mesma (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Koenig, George & Titus, 2004; Ribeiro, 2008).

A *“vontade e o desejo de sentir-se ajudado e cuidado”* emerge no estudo de Sousa (2014) como uma necessidade dos idosos com doença crónica hospitalizados. Todas as pessoas sentem necessidade de ajuda, mas a pessoa idosa necessita que se forneça o seu

bem-estar e Conforto e que se estabeleça uma relação de ajuda na resolução dos seus problemas e das suas necessidades.

O domínio “**Estrutura e Funcionamento do Serviço**” apresenta as questões relacionadas com a importância da alimentação do idoso, às condições ambientais do serviço/quarto e à privacidade e individualidade do doente que são consideradas pelos idosos como necessidades de Conforto. Para os idosos que constituem a amostra do estudo de Sousa (2014), uma alimentação bem confeccionada e adequada ao gosto do doente, tendo em conta um plano estruturado para cada idoso é uma necessidade de extrema importância para o seu Conforto na medida em que se contribui para um completo bem-estar físico e mental. Ainda, as condições ambientais favoráveis constituem necessidades específicas de Conforto dos idosos nomeadamente a limpeza da unidade, o Conforto da cama e o ambiente sem barulho. Diversos autores referem que o envelhecimento acarreta perturbações na qualidade do sono e nos idosos, as alterações mais frequentes são o aumento do número de interrupções durante o sono e a sua duração (Phaneuf, 2010). Já Kolcaba (2003) salienta a importância das condições ambientais para o Conforto do doente, salientando que o ambiente da enfermaria inclui tudo o que possa ser manipulado pelos enfermeiros de forma a promover o Conforto.

A privacidade / individualidade foi um fator apontado como necessário para a vivência do Conforto, que considerado como determinante para um cuidar humanizado, a privacidade física está relacionada, no estudo de Sousa (2014) com o espaço pessoal e território.

Por último, o domínio da “**Família/Pessoas significativas**” engloba a presença e apoio da família bem como o convívio social com outros doentes. A presença e apoio da família é perspectivada como um desejo que influencia a vivência de Conforto do idoso. A família é reconhecida como um recurso importante e decisivo na compreensão da situação vivida e emerge como a unidade na qual as necessidades interpessoais são atendidas e gratificadas, assumindo uma maior importância na satisfação das necessidades de Conforto do idoso (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014).

Concomitantemente, o convívio social com outros doentes surge como uma necessidade de Conforto referida pelos idosos, que mostram vontade de conversar com os seus

semelhantes. O convívio com outros doentes permite uma maior relação de proximidade e de reciprocidade entre os diferentes atores sociais.

Dentro de cada domínio, foram expostas necessidades específicas. Assim, na categoria relativa às **alterações do processo de saúde/doença**, os doentes referiram existir necessidades de alívio de desconfortos como dor e outros sintomas, bem como a necessidade de informação / esclarecimento por parte dos técnicos de saúde. O desconhecimento sobre o tratamento gera insegurança e incerteza.

Nas **atitudes em relação a si mesmo e à vida** referiam a autonomia nas AVD's como uma necessidade e a perda de autonomia ainda que temporária, é um dos grandes sofrimentos que o idoso pode vivenciar.

A espiritualidade/religiosidade é também uma das necessidades sentidas, sendo que a possibilidade da sua expressão é confortador. O facto de o doente poder discutir as suas preocupações e crenças religiosas de forma aberta ou encará-las como assunto privado e pessoal poderá aliviar a tensão emocional.

A Higiene e arranjo pessoal foram sentidas como uma necessidade de Conforto, na medida em que concorrem para uma melhoria na auto estima do doente, percebendo-o assim como um Conforto sentido e por oposição a falta de condições para a sua higiene pessoal um fator concorrente para o desconforto.

A vontade e o desejo de querer sentir-se ajudado/cuidado emerge no estudo de Sousa (2014) como uma necessidade de Conforto expressa pelos idosos e o critério de escolha está associado à proximidade física, ou seja, o doente chama quem estiver mais próximo.

A necessidade de segurança e confiança cuja importância é evidenciada na literatura em Enfermagem. É fundamental o enfermeiro mostrar-se disponível para ajudar a pessoa a tomar consciência do seu problema e das suas dificuldades através de uma relação de aceitação e confiança promovendo um diálogo construtivo (Gomes, 2002, 2009; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2006; Silva 2006).

No que concerne à categoria da **Estrutura/funcionamento do serviço**, os idosos referem como necessidades de Conforto: ter alimentação bem confeccionada e ao gosto do doente.

Sabemos que atender a um fornecimento nutricional adequado e necessário à pessoa idosa é fundamental, já que, uma correta alimentação e uma boa hidratação, têm uma grande influência a nível do funcionamento metabólico e no equilíbrio hidroelectrolítico; existirem condições ambientais favoráveis, tais como limpeza da unidade do doente, o mobiliário, o Conforto da cama e um ambiente sem ruído. Por fim nesta categoria, foi identificado como necessidade, a privacidade / individualidade do espaço territorial, uma necessidade de privacidade física está relacionada com “o direito a estar sozinho” e tem subjacente o conceito de “integridade física” (Nunes & Melo, 2011).

Na categoria **da família/ pessoas significativas** foram identificadas como necessidades o convívio social com outros doentes e a presença/ apoio da família.

Estas são perspectivadas como um desejo e vontade com influência na vivência do Conforto do idoso. A família é reconhecida como um recurso importante e decisivo na compreensão da situação vivida e emerge como a unidade na qual as necessidades interpessoais são atendidas e gratificadas, assumindo uma maior importância na satisfação das necessidades de Conforto do idoso (Kolcaba, 2003; Cosme, Severino, Correia & Paniagua, 2006).

A hospitalização constitui-se como um acontecimento desagradável para o idoso levando à necessidade de mudanças nos hábitos de vida e ao afastamento da família/ pessoas significativas. Esta estadia no hospital constitui uma rutura nos hábitos de vida, já que, para além da rotina instituída inerente a práticas e dinâmicas impostas pelos diversos atores, perde-se grande parte da privacidade e independência, o que conduz facilmente a sentimentos de ansiedade e desconforto. O confronto com a doença e a hospitalização impõe ao idoso uma reestruturação do seu sistema de referências e a necessidade de redimensionar a sua atitude perante a vida. As necessidades de saúde dos idosos hospitalizados relacionam-se com as patologias associadas que lhes provocam limitações e sofrimento e com outros determinantes como a qualidade de satisfação das

necessidades essenciais que estão interligadas e podem ser agravadas em situações de maior dependência.

Para além de ter explanado as necessidades de Conforto dos idosos, Sousa (2014), enquadrou o enfermeiro como ator privilegiado de Conforto. O enfermeiro é entendido como um profissional de saúde, cujos cuidados se dirigem à globalidade do ser humano (Watson, 2002).

A noção de resposta às diferentes necessidades da pessoa, emerge, podendo o Conforto ser interpretado como a experiência de ser ajudado numa dimensão multifatorial.

A natureza subjetiva e multidimensional do Conforto conduz a uma maior dificuldade na avaliação e conseqüente intervenção, monitorização e registo sistemático dos cuidados.

Pressupõe-se que, os enfermeiros, na sua prática clínica devam tomar decisões baseadas numa correta avaliação das necessidades dos seus utentes. Sendo o processo de tomada de decisão do enfermeiro, aquilo que orienta a sua prática profissional, é exigida uma abordagem sistémica e sistemática, através da observação e formulação de um problema; recolha de dados através da observação direta, entrevista à pessoa e/ou pessoas significativas; investigação na literatura mais recente e realização de discussões de equipa. Compreendendo as necessidades de Conforto que apresentam as pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas, e não havendo nenhuma escala construída para esta população, faz-nos sentido que a construção e validação da mesma seja preemente.

Conforme o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro, os enfermeiros prestam cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE, 1996). Atendendo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os enunciados descritivos reportam-se à promoção de saúde e à prevenção de complicações, sendo neste clara a “identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência

(de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (OE, 2001, p. 15).

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2003).

Como referido no VII Seminário de Ética da Ordem dos Enfermeiros (2007):“O conceito de segurança nos cuidados está ainda pouco desenvolvido, podendo ser analisado sob várias perspetivas: podemos considerar a sua dimensão política, institucional e profissional ao nível macro ou micro contextual” (OE; 2007, p. 27).

Podemos afirmar que a segurança nos cuidados, tal como a qualidade é um dever multiprofissional e de aplicação peculiar a cada contexto de exercício, o que exige empenhamento de todos.

Considerando que os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros e que a segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde, o exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legisartis*), aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente.

Os enfermeiros assumem assim, um papel crucial na identificação de situações de risco e na análise proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados.

O recurso a avaliações, como a avaliação da dor através da escala numérica ou de faces, avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão com a Escala de Braden, avaliação do risco de queda com a escala de Morse ou da aplicação de escalas para avaliar o “Coma”, a Memória, a Dor, a Ansiedade, o Coping, a Auto -Estima entre muitos outros, decorre de uma intervenção autónoma e planeada de Enfermagem ou de uma atitude terapêutica em contexto de decisão de outros profissionais, mantendo o enfermeiro a responsabilidade de decidir sobre a sua concretização. Ambas visam o

cuidado ou o encaminhamento dos clientes, para outro profissional mais bem colocado para responder ao problema, em ordem à prestação de cuidados de saúde e de Enfermagem de elevada qualidade. Os enfermeiros trabalham em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde, respeitando as áreas de competência de cada um e participando ativamente em projetos conjuntos, que visem melhorar o nível de saúde da população, dos diversos grupos etários, assim como de grupos de maior vulnerabilidade. Cumpridos os requisitos dos adequados conhecimentos, bem como o âmbito das intervenções autónoma ou interdependentes e o legalmente previsto, incluindo as incompatibilidades, o enfermeiro tem o direito de exercer livremente a profissão, designadamente no que se refere a intervenções diagnósticas com recurso a meios, instrumentos ou equipamentos que suportem a sua avaliação.

As ações do enfermeiro emergem no âmbito de uma relação profissional de prestação de cuidados, formalizada em deveres profissionais, como resposta às necessidades dos doentes e no respeito pelos direitos dos mesmos, tendo como finalidade o seu bem-estar (Deodato, 2008). Para tal, nas normas deontológicas, também o Código Deontológico como princípio, na alínea c) do artigo 78.º do EOE, prescreve a excelência, enquanto forma de realizar os atos, como um dever expresso no artigo 88.º. Tal como salienta Deodato, (2008): *“A excelência é atingida mediante diversos mecanismos humanos relacionados com o seu agir ético”*(Deodato, 2008, p. 159).

Por tudo o que foi dito, é fundamental que os enfermeiros tenham à sua disposição ferramentas para avaliar as necessidades de Conforto de populações específicas, (já que também elas têm necessidades específicas), por forma a garantir a melhor prática de acordo com uma avaliação correta.

Em Portugal a construção, tradução e validação de escalas para avaliação do Conforto tem-se mostrado uma área em desenvolvimento. Em 2003, Gameiro e Apóstolo construíram uma escala para avaliação do Conforto em mulheres com cancro de mama em tratamento com quimioterapia, segundo o modelo operacional do Conforto desenvolvido por Kolcaba.

Posteriormente, em 2007 Apóstolo desenvolveu a “Psychiatric Comfort Questionnaire”, uma escala desenvolvida para avaliação do Conforto em doentes internados em Serviços de Psiquiatria.

Em 2010, Dantas, aplicou a escala de Conforto da mulher com cancro de mama a realizar quimioterapia (EACDQ) construída por Apóstolo e Gameiro a uma amostra de 46 mulheres com o objetivo de avaliar o seu nível de Conforto e relacionar o mesmo com os fatores sócio-demográficos, recorrendo a uma abordagem quantitativa descritivo-correlacional.

A tradução e validação da “*General Comfort Questionnaire*” para a população portuguesa, ficou a cargo de Querido e Dixe, em 2012, numa amostra de pessoas com doença crónica, progressiva e avançada, tendo o instrumento final ficado com 26 itens.

O Family Holistic Comfort Questionnaire foi traduzido e validado para a população portuguesa em 2012 por Matos. O instrumento foi validado com uma amostra de 271 familiares de doentes em fim de vida internados, ou em seguimento numa instituição hospitalar. A escala ficou constituída por 19 itens organizados em três fatores (alívio, tranquilidade e transcendência) e o coeficiente de alfa de Cronbach foi de 0,83, o que permitiu concluir que o instrumento apresenta uma boa consistência interna.

Marques e Dixe (2014) aplicaram a versão portuguesa do Family Holistic Comfort Questionnaire para uma amostra de 314 cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada.

Carvalho, Martins, Gomes e Martins, em 2015 validaram para a população portuguesa a escala de Conforto térmico para doentes em contexto peri-operatório. A amostra foi constituída por 301 indivíduos; a versão final da escala ficou com 9 itens agrupados em 2 dimensões: física e emocional e em termos de consistência interna, a escala apresenta um valor de α de Cronbach consistente: 0,82.

Em Portugal, especificamente para a população idosa não existe nenhuma escala, o que, para além da motivação pessoal que nos faz desenvolver este estudo, encerra-se numa garantia de que é necessário e pertinente construir e validar um instrumento que permita

aos enfermeiros avaliar o nível de Conforto das pessoas com quem cuidam, permitindo um agir mais eficaz.

Partindo da certeza que o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina de conhecimento e que a prática de enfermagem baseada em evidência científica é o caminho a tomar, consideramos fundamental a realização de uma correta e eficaz avaliação das necessidades das pessoas a quem prestamos cuidados.

Tendo por base o estudo desenvolvido por Sousa (2014), que nos garante o conhecimento de que as pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas sentem necessidades de Conforto e sabendo que não existe nenhum instrumento que avalie o nível de Conforto destas pessoas, acreditámos ser pertinente o desenvolvimento desse mesmo instrumento.

É o que nos propomos realizar neste trabalho e que no capítulo subsequente será apresentado.

CAPÍTULO 2 - ESTUDO EMPÍRICO

2.1. METODOLOGIA

A inexistência de um instrumento que avaliasse o Conforto das pessoas idosas com doença crónica em situação de hospitalização, bem como algumas motivações pessoais, levaram à construção e validação desta escala, colmatando esta lacuna por nós sentida.

Após a revisão da literatura e tendo como base o enquadramento teórico intrínseco à problemática em questão, o qual foi explanado no capítulo anterior, apresentam-se agora neste, as opções metodológicas utilizadas para alcançar os objetivos propostos para esta investigação.

2.1.1. JUSTIFICAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

Várias foram as razões que nos levaram a optar pela realização deste estudo.

Tendo em consideração a existência de necessidades de Conforto nas pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas, e a inexistência de um instrumento que avalie o nível de Conforto destes utentes, pareceu-nos importante efetuá-lo de modo a combater esta necessidade.

A aplicação da escala permitirá determinar o nível de Conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas e, deste modo os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, conseguirão adequar a sua intervenção para uma otimização do Conforto do doente.

No exercício profissional diário cuidamos de doentes com pelo menos uma doença crónica e que por vezes se encontram internados durante vários dias, sendo que é preocupação constante dos profissionais de saúde o seu bem-estar e Conforto. A falta de recursos para medir o nível de Conforto fizeram com que este tema se revelasse como uma inquietação.

Tendo por base todo o suporte teórico que apoia esta investigação e, acreditando que este tema deverá ser um foco de atenção especial na prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, é ainda finalidade deste estudo contribuir para uma melhor sustentação científica acerca do Conforto da pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização em Portugal, disponibilizando um instrumento validado para a população portuguesa, capaz de mensurar o nível de Conforto da população acima descrita e que seja utilizado por outros investigadores.

Assumiram-se como objetivos de investigação:

- Identificar as características sociodemográficas e de saúde da amostra em estudo (pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas).
- Construir uma escala de avaliação de Conforto para pessoas idosas hospitalizadas e com pelo menos uma doença crónica
- Validar uma escala de avaliação de Conforto para pessoas idosas hospitalizadas e com pelo menos uma doença crónica
- Avaliar o nível de Conforto da amostra em estudo

2.1.2. TIPO DE ESTUDO

Tendo presente os objetivos expostos, foi desenvolvido um estudo do tipo metodológico (Polit & Hungler, 2004) e quanto ao tipo de análise de dados, trata-se de uma investigação quantitativa (Fortin & Nadeau, 2000).

2.1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta investigação é constituída por pessoas idosas hospitalizadas que possuam pelo menos uma doença crónica. O estudo foi realizado em quatro serviços de Medicina de um Hospital Central de Lisboa e definimos como critérios de inclusão:

- a) Pessoas com mais de 65 anos

- b) Pessoas que possuam pelo menos uma doença crónica excepto doenças crónicas do foro psiquiátrico.
- c) Pessoas que se apresentem orientados no tempo, espaço e pessoa (Glasgow =15)
- d) Tempo mínimo de internamento de vinte e quatro (24) horas
- e) Pessoas que aceitem participar no estudo e tenham assinado o consentimento livre e esclarecido

A seleção da amostra foi feita, tendo em conta os critérios de inclusão referidos, através do método de amostragem não-causal por conveniência (Hill & Hill, 2012).

Tendo em consideração que a escala construída tem 48 itens, considerou-se como amostra mínima para este estudo 240 participantes ($n=5 \times 48$, portanto $n=240$) (Pestana & Gageiro, 2005, p. 497). A amostra válida deste estudo foi constituída por 240 participantes.

2.1.4. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

No decorrer das diversas consultas bibliográficas, não foi encontrado nenhum instrumento que fornecesse a totalidade da informação pretendida. Por este motivo, procedeu-se à construção de um instrumento de raiz, baseado no enquadramento conceptual realizado e inspirado noutros instrumentos, de modo a avaliar as componentes/dimensões do fenómeno em estudo. Na elaboração deste instrumento foram salvaguardadas regras de apresentação.

Para construir a Escala de Conforto para pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas (ECIH) foi consultada literatura sobre o conceito de Conforto, literatura no âmbito da construção e validação de escalas e foi tido como base os resultados da investigação desenvolvida por Sousa (2014).

Iniciou-se a pesquisa com base nas variáveis a medir e concluiu-se que o atributo a avaliar: “nível de Conforto” constitui a variável latente.

As variáveis latentes são variáveis que não podem ser, diretamente medidas ou observadas, mas que se podem explicar por meio de um conjunto de outras variáveis (essas sim passíveis de observação ou mensuração) que a irão medir.

A estas últimas, dá-se o nome de variáveis componentes e são definidas usando a teoria disponível, estudos sobre o tema, ou, na inexistência ou insuficiência destes meios, o senso comum e a intuição.

As variáveis componentes, definidoras da variável latente podem ser medidas a partir de perguntas de um questionário, às quais se dá o nome de itens.

A seleção de itens apropriados foi feita, de acordo com Freire e Almeida (2001), com recurso a “contacto com outras escalas, o manuseio da bibliografia na área, o contacto com especialistas nos domínios a avaliar”, construindo-se vários itens para cada variável componente, sendo esta listagem julgada por especialistas na área. Os itens foram construídos sob a forma de pergunta fechada, optando-se por uma escala tipo Likert de cinco alternativas, uma vez que seria o mais consensual (Freire & Almeida, 2001, p.113).

Este formato permite uma resposta neutra, assim como respostas intermédias entre os pólos, sendo perceptível por pessoas com reduzida ou elevadas habilitações literárias. Enquanto alguns itens foram formulados na positiva, outros formularam-se pela negativa, o que fez com que várias questões fossem pontuadas inversamente, contrabalançando as respostas. A este propósito, referem Freire e Almeida (2001) “*A resposta sempre no mesmo sentido promove no sujeito a percepção de que já não precisa de ler as questões pois a sua posição e pontuação já se definiram*”. (Freire & Almeida, 2001, p.119).

Definidos e redefinidos os itens, procedeu-se à consulta de peritos na área, neste caso seis: 5 peritos na área do Conforto (Professores Doutorados com estudos de investigação publicados na área do Conforto, sendo que dois deles validaram escalas de Conforto) e ainda uma docente catedrática perita na construção e validação de escalas com estudos de investigação publicados nesta matéria.

De forma a obter este contributo, foi elaborado um documento, no qual se pediu formalmente aos peritos que respondessem a questões como: se cada item espelhava o construto de conforto, avaliar se cada item do instrumento se encontra corretamente categorizado no que respeita aos domínios e avaliar se cada item corresponde aos critérios propostos. Foi solicitado aos peritos que realizassem as alterações que considerassem necessárias e ainda pedidas algumas sugestões pertinentes.

Foram obtidas respostas por parte de todos os peritos contactados, sendo que três deles responderam às questões de acordo com o documento enviado, propondo alterações, sugestões e a aplicação de mais itens no questionário. Os restantes responderam via email dando o seu parecer sobre o instrumento, sem recorrer ao preenchimento do documento enviado. O documento enviado aos peritos encontra-se no Apêndice 3.

Revistos os aspetos estruturantes subjacentes à construção da escala, interessa agora debruçar a atenção nos aspetos de conteúdo da mesma. Desta forma, o questionário foi estruturado em duas partes: da primeira parte consta a caracterização sociodemográfica da população; e na segunda a caracterização da situação de saúde.

Após a colheita de dados referente aos aspetos supradescritos, foi feita a aplicação de um formulário composto por 48 itens.

Os dados foram recolhidos nos serviços de medicina por um investigador através de um formulário constituído por três partes:

- **Parte I** – Caracterização sociodemográfica dos participantes, que inclui a idade, género, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, situação de empregabilidade, religião.
- **Parte II** – Caracterização do estado de saúde: patologias conhecidas, motivo de internamento, número de internamentos, tempo de internamento, e classificação da sua perceção de situação de saúde numa escala de 1 a 5, correspondendo o 1 a muito fraca e 5 a muito boa.
- **Parte III** – Aplicação do formulário para avaliação do nível de Conforto (ECIH)

Variáveis sociodemográficas da pessoa idosa com doença crónica hospitalizada

- **Idade:** Corresponde ao tempo que decorre desde o nascimento até à data de aplicação do instrumento de colheita de dados. Operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.
- **Género:** Operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta dicotómica com duas opções (Masculino; Feminino).
- **Estado civil:** Operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com quatro respostas alternativas possíveis (Solteiro, Casado/união de facto; Divorciado/Separado; Viúvo).
- **Local de residência:** Operacionalizada através de uma pergunta fechada com 3 alternativas possíveis (Casa própria/alugada; Casa de familiares; Lar/residência)
- **Agregado familiar (Com quem vive):** Operacionalizada através de uma resposta fechada com múltiplas opções (Cônjuge; Filhos, Netos, Sozinho, Outros) e de acordo com o artigo 4º do Decreto-Lei nº 70/2010, apresentado a 16 Junho em Diário da República (República, 2010).
- **Habilitações Académicas:** Operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com as seguintes opções: Não sabe ler nem escrever; 4ª classe; 9º Ano; 12º Ano; Ensino Superior
- **Situação profissional:** Operacionalizada através de uma pergunta de resposta mista, com quatro opções de resposta (Reforma; Emprego remunerado; Trabalho ocasional; Doméstica; outro). A opção “*outro*” destina-se à situação profissional do participante que não se inseria nas opções fornecidas).
- **Religião:** Operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada com quatro opções de resposta (Católica; Protestante; Não tem; Outra).

Variáveis relativas à Situação de Saúde

- **Quais os seus problemas de saúde?** Operacionalizada com uma pergunta de resposta fechada com as seguintes opções de resposta: patologias do foro cardíaco; patologias do foro respiratório; patologias do foro renal; patologias do foro oncológico; patologias do foro neurológico; outras – quais? A opção em colocar por grupos de patologias deveu-se ao facto de assim ser mais fácil o seu

agrupamento em termos estatísticos e foram colocadas as acima descritas, pois são identificadas como o grupo de patologias crónicas mais comuns em Portugal (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes, doença reumatológica e oncológica) são os grupos mais prevalentes de doença crónica em Portugal e representam elevada morbilidade e mortalidade (Diniz, et al., 2011)

- **Motivo de internamento:** Operacionalizada com pergunta de resposta fechada com duas opções (1-Agudização da situação de doença crónica 2- Situação aguda).
- **Número de internamentos:** Pergunta de resposta aberta.
- **Há quanto tempo está internado?** Operacionalizada com pergunta de resposta dupla (Entre 1 a 5 dias / Mais de 5 dias).
- **Neste momento como considera a sua situação de saúde?** Operacionalizada através de uma escala ordinal tipo Likert com pontuações de 1 a 5, sendo o 1- muito fraca; 2- fraca; 3- média; 4- boa; 5- muito boa

Foram traçadas uma série de etapas para a construção e validação de uma escala de Conforto para idosos hospitalizados com doença crónica.

Em primeiro lugar foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o conceito de Conforto, qual a sua definição, quais os autores de referência na operacionalização do seu construto. Da pesquisa efetuada acerca do conceito de Conforto/desconforto, pessoa idosa e doença crónica foram encontrados resultados que contribuíram para a construção de alguns itens do formulário. No entanto, o alicerce de execução deste instrumento foi um estudo realizado por Ribeiro (2012) intitulado “A natureza do processo de Conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar - Construção de uma teoria explicativa - Projeto integrado de vivência e cuidado co-criado”, no qual foram levantadas as necessidades de Conforto de pessoas idosas com doença crónica em situação de hospitalização, tendo sido pedida e concedida autorização expressa à autora.

Tendo por base as respostas as necessidades de Conforto resultantes do estudo supra referido (Sousa, 2014), ressaltaram quatro domínios:

1. Alterações do processo saúde/doença
2. Atitudes em relação a si mesmo
3. Estrutura/funcionamento do serviço
4. Família/pessoas significativas

De entre estes quatro domínios, foram identificadas diferentes necessidades de Conforto, tais como higiene e arranjo pessoal, privacidade, presença de familiares, ter informação sobre o estado de saúde, entre outras.

A primeira fase de aplicação da escala compôs-se por uma análise semântica junto da população-alvo, composta por 15 indivíduos, de forma a testar o nível de compreensão das perguntas pelos membros da população e perceber se existiam itens que não se adequassem ao nível sociocultural dos participantes da pesquisa.

O número de itens por escala é variável, mas relativamente à área da saúde, no que respeita à construção de escalas, recomenda-se um número mínimo de 20 itens por escala sobretudo se a população é constituída por pessoas em situação de doença (Ribeiro, 2010).

Tendo tal facto em consideração, em primeiro lugar construiu-se uma escala com 51 itens, que após realizado o pré-teste ficou com 48 itens.

No que concerne à construção dos itens, alguns foram formulados na positiva e outros na negativa, o que fez com que várias questões fossem inversamente pontuadas, contrabalançando as respostas (Hill & Hill, 2012). A ponderação da posição item a item promove a concentração, a veracidade na resposta, evitando o que se chama “efeito de halo”, definida por Freire e Almeida (2001) como uma “auto-avaliação que o sujeito faz de si próprio a partir do sentido dos primeiros itens do questionário e da sua resposta dada” (p.124). Neste sentido, construíram-se os seguintes itens de forma invertida: 1; 2; 8; 9; 10; 13; 14; 18; 20; 21; 22; 25; 29; 32; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 41; 44; 45; 46.

Um fator ainda a ter em consideração, é a minimização do impacto da desejabilidade social, descrita por Freire e Almeida (2001) como a “*tendência a responder de forma socialmente aceite*” (Freire & Almeida, 2001, p.124). Este efeito pode ser de algum modo minimizado, ponderando aspetos linguísticos e de construção dos itens, bem como reforçando juntos dos participantes a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados (Freire & Almeida, 2001; Hill & Hill, 2012).

Após a primeira revisão, efetuou-se a aplicação da primeira amostra de itens a um pequeno grupo de quinze sujeitos com as características da população-alvo, num processo de pré-teste, tendo sido realizada posteriormente uma reunião de grupo, no sentido de refletir novamente as questões.

O pré-teste, de acordo com Fortin & Naudeau (2000), é o “*ensaio de um instrumento de medida (...) antes da sua utilização em maior escala (...) medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental*”(Fortin & Naudeau, 2000, p. 773). O objetivo da sua aplicação é avaliar a eficácia de um questionário, verificando se a linguagem usada é perceptível, se as questões colhem as informações pretendidas, se o questionário é demasiado longo, provocando desinteresse, ou se as questões são ambíguas.

A “reflexão falada” consiste num processo de aperfeiçoamento dos itens através da partilha de comentários, da verificação, da compreensibilidade dos itens, das instruções de preenchimento e da análise das interpretações feitas. Trata-se de uma fase mais qualitativa da construção da escala que guia a análise, a reformulação e a seleção dos itens (Freire & Almeida, 2001).

Este processo misto permitiu diagnosticar resistências ao preenchimento da escala e após a análise das dificuldades encontradas pelos participantes, retiraram-se três itens e reformularam-se cinco.

2.1.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Os princípios éticos, inerentes à realização de qualquer investigação e à instituição onde se realizou o estudo, foram tidos em atenção no desenrolar deste trabalho (Fortin & Nadeau, 2000).

A recolha de dados realizou-se, após aprovação, através de um pedido formal, num Hospital Central de Lisboa.

Em primeiro lugar, foram realizados contactos com a Chefia de Enfermagem de quatro Serviços de Medicina e com o Director desse mesmo Serviço, no sentido de os sensibilizar para o trabalho a ser desenvolvido, pedindo o seu consentimento. Face à sua recetividade, o pedido de autorização para colheita de dados deste estudo de investigação foi submetido e posteriormente aceite. Após a sua aprovação pela Direção de Enfermagem, o pedido foi remetido para a Comissão de Ética do Hospital, que se pronunciou favoravelmente.

Sem nenhum impedimento, a recolha de dados teve início em Julho de 2014 e o seu término deu-se em Maio de 2015.

Cada participante teve acesso a um consentimento informado, onde estavam explicitados a finalidade do estudo com a descrição dos objetivos e o que se pretendia de cada utente.

As pessoas cujas características correspondiam aos critérios de inclusão, eram convidadas a participar no estudo. O formulário e a escala que se encontram em linguagem acessível foram aplicados pela investigadora, a cada um dos participantes e a duração de aplicação dos mesmos foi variável, demorando geralmente entre 15 a 25 minutos.

Foi explicado previamente o âmbito da pesquisa e em que consistia a participação de cada indivíduo no estudo, tendo sido a recetividade global dos utentes, bastante satisfatória. Foi clarificado que não haveria respostas certas ou erradas, interessando a opinião pessoal, e foi assegurado que os dados seriam apenas utilizadas para a validação

da escala em questão, sendo garantida a confidencialidade dos mesmos. Todos os participantes facultaram o seu consentimento informado.

2.1.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Terminada a fase da recolha de dados, prosseguimos para a etapa seguinte.

Depois de reunidos os questionários, foi realizada a sua codificação, para de seguida serem lançados e tratados estatisticamente. O programa de análise estatística que foi utilizado foi o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18, para *Windows*.

Foram utilizados métodos de estatística descritiva para analisar as características da amostra. Tendo como apoio, o que a literatura refere sobre escalas de avaliação e, no sentido de dar resposta ao objetivo da investigação, analisaram-se as propriedades psicométricas da presente escala, incidindo sobre a validade e fidelidade da mesma. Enquanto a validade se reporta à congruência do instrumento, a fidelidade diz respeito à exatidão da informação obtida (Freire & Almeida, 2000). A sensibilidade é uma característica psicométrica menos decisiva que as anteriores na aferição de uma escala de avaliação: relaciona-se com a normalidade da distribuição, sendo afetada pelo tamanho e representatividade da amostra, pela construção semântica dos itens e pelas condições ambientais de aplicação do questionário (Freire & Almeida, 2000).

Seguidamente far-se-á uma abordagem breve sobre as duas principais características psicométricas, com a finalidade de trazer mais contributos para a sua correta interpretação.

No que se refere à Validade, existem três tipos de validade: a validade de conteúdo, a validade prática, comumente chamada validade por referência a critério ou externa e, ainda, a validade teórica, também designada de conceito/construto ou interna, sendo a qual merecerá maior destaque neste trabalho (Fortin, 1999; Freire & Almeida, 2000).

A validade de conteúdo refere-se à representatividade do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir (Fortin, 1999). A determinação deste tipo de validade

envolve uma espécie de decomposição sistemática da literatura sobre o tema e, por meio de um estudo comparativo com o instrumento de medida, atingir a representatividade deste (Fortin,1999). Trata-se de uma análise qualitativa e substantiva bastante difícil (Freire & Almeida, 2000).

A validade prática, designada também de validade por referência a critério ou externa, representa a relação entre o instrumento de medida e uma outra medida independente, que é suscetível de tratar do mesmo fenómeno (chama-se “critério” à segunda medida, por exemplo, a utilização simultânea ou a comparação do instrumento de medida com outra escala ou com dados clínicos) (Fortin,1999). As duas formas de validade ligadas a critérios externos são a validade concomitante ou simultânea e a validade preditiva (Fortin, 1999; Hill & Hill, 2012). A validade concomitante representa o grau de correlação entre duas medidas do mesmo conceito, avaliadas ao mesmo tempo junto dos participantes (Fortin, 1999), havendo simultaneidade no tempo entre a aplicação do teste e a obtenção dos resultados (Freire & Almeida, 2000). A validade preditiva representa o grau de correlação entre uma medida de um conceito e uma medida posterior do mesmo conceito ou de um conceito, intimamente ligado (Fortin, 1999).

A informação do “critério externo” é, posteriormente, comparada aos resultados do instrumento de medida, sendo uma informação “distanciada” no tempo (Freire & Almeida, 2000). O coeficiente de correlação dá conta da adequação entre a previsão e o resultado (Fortin, 1999).

A validade teórica, também designada validade de conceito ou validade interna, é a que está mais ligada ao processo de construção de provas. Corresponde à validação dos itens e dos resultados. Existem três tipos de validade teórica: a validade convergente (avaliada pela correlação dos componentes, que, teoricamente, são medidas da variável latente), a validade discriminante (avaliada pela não correlação dos componentes de variáveis que, teoricamente, não estão relacionadas com a variável latente) e a validade fatorial. Esta técnica analisa as correlações entre as várias variáveis para encontrar um conjunto de “fatores” que, teoricamente, representam o que têm em comum as variáveis analisadas (Fortin, 1999; Hill & Hill, 2012), tratando-se de um tipo mais aprimorado de validade convergente (Hill & Hill, 2012).

A fidelidade diz respeito ao grau de confiança ou à exatidão na informação obtida e pode ser avaliada em termos de estabilidade ou em termos de consistência interna (Freire & Almeida, 2000).

A estabilidade corresponde à capacidade do teste originar o mesmo resultado em momentos diferentes se efetuado nas mesmas condições aos mesmos sujeitos (Fortin, 1999). Trata-se de uma estabilidade temporal. Os métodos utilizados na avaliação da estabilidade são o teste-reteste com formas paralelas (*r de Pearson*) (Fortin, 1999; Freire & Almeida, 2000).

Falar em consistência interna de um instrumento é falar na homogeneidade dos seus enunciados (Fortin, 1999; Freire & Almeida, 2000). Entre os métodos mais usados (bipartição dos itens ou *split-half*, técnica de *Kuder-Richardson*, correlação inter-enunciados), destaca-se o *Alpha de Cronbach* como a técnica mais correntemente utilizada para calcular a consistência interna de um instrumento de medida, cujas respostas aos itens se distribuem numa escala ordinal, como a escala de *Likert* (Fortin, 1999; Freire & Almeida, 2000).

O cálculo do coeficiente *alpha* é um importante indicador da precisão de um instrumento de medida e permite estimar até que ponto cada item da escala mede, de forma equivalente, o mesmo conceito, isto é, a variável latente. O seu valor varia entre 0,00 e 1,00 – quanto mais elevado for, maior consistência interna traduz. A literatura consultada sugere que valores de *alpha* inferiores a 0,6 são inaceitáveis; entre 0,6 e 0,7 são fracos; entre 0,7 e 0,8 consideram-se razoáveis; entre 0,8 e 0,9 catalogam-se como bons e acima de 0,9 são considerados excelentes. O valor de *alpha* é tanto maior quanto maior for o número de itens, mais elevadas forem as correlações entre eles e maior e mais aleatória for a amostra (Fortin, 1999; Hill & Hill, 2012).

Para o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos, calculámos as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total (excluindo o respetivo item) e o alfa de Cronbach, enquanto medida de fidelidade interna dos instrumentos.

Para a análise fatorial em componentes principais, utilizámos a rotação ortogonal do tipo *varimax* e a extração de fatores com valores próprios superiores a um. Seguimos os critérios de Streiner e Norman (2008), segundo os quais o valor das correlações do item

com o fator a que pertence deve ser superior a 0,30. O teste de *Kaiser-Keyer-Olkin* (KMO) e o nível de Bartlett foram usados para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis e testar a validade da matriz fatorial, tendo o nível de significância dos testes sido estabelecido em 0,05.

Recorremos também à análise descritiva, nomeadamente medidas de dispersão e de tendência central, para estudar as variáveis quantitativas, bem como ao coeficiente de correlação de Pearson com o intuito de perceber as relações entre variáveis. Ainda, para realizarmos a análise estatística dos itens formulados de forma negativa, atribuímos pontuações invertidas aos mesmos.

2.2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo do tratamento estatístico de dados realizado a partir do programa SPSS, apresentam-se neste capítulo os resultados e a análise estatística dos dados referentes à construção e validação de uma escala de Conforto para a pessoa idosa com doença crónica hospitalizada (ECIH).

A amostra deste estudo é constituída por 240 indivíduos (n=240), com uma média de idades de 78,41 anos; (49,6% do sexo feminino e 50,4% do sexo masculino), sendo a maioria composta por indivíduos casados (53,3%) e uma grande percentagem de viúvos (36,7%).

Quanto ao agregado familiar, a maioria (51,7%) vive com o cônjuge e relativamente às habilitações literárias, 48,8% frequentou a 4ª classe, e 6,3% o Ensino superior. A grande maioria dos inquiridos (95%) encontram-se em situação de reforma e 94,2% são da religião católica.

Os dados supra descritos apresentam-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização Sócio Demográfica da Amostra (n=240)

Variáveis	Nº	%	Média	DP
Idade em anos			78,41	8,363
<u>Sexo</u>				
Feminino	119	49,6%		
Masculino	121	50,4%		
<u>Estado civil</u>				
Solteiro	11	4,6%		
Casado / união de facto	128	53,3%		
Divorciado/separado	13	5,4%		
Viúvo	88	36,7%		
<u>Residência</u>				
Casa própria/alugada	189	78,8		
Casa familiares	28	11,7		
Lar/residência	23	9,6		
<u>Agregado familiar</u>				
Cônjuge	124	51,7		
Filhos	41	17,1		
Netos	3	1,3		
Sozinho	38	15,8		
Outros	34	14,2		
<u>Habilitações académicas</u>				
Não sabe ler nem escrever	18	7,5		
4ª classe	117	48,8		
9º ano	57	23,8		
12ºano	33	13,8		
Ensino superior	15	6,3		
<u>Situação Profissional</u>				
Reforma	228	95		
Emprego remunerado	7	2,9		
Trabalho ocasional	3	1,3		
Doméstica(o)	2	0,8		
Outra				
<u>Religião</u>				
Católica	226	94,2		
Protestante	1	0,4		
Não tem	3	5,4		

A Tabela 2, demonstrativa dos dados relativos à situação de saúde dos participantes, mostra que 52,5% sofrem de patologias do foro cardíaco; 24% do foro respiratório e 19,6% do foro oncológico.

A grande maioria dos inquiridos (71,7%) encontravam-se internados por agudização da ou de uma das suas doenças crónicas e 43,8% das pessoas idosas consideram o seu Conforto no nível “Bom” numa escala de 1 a 5.

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo dados relativos à Situação e Perceção de Saúde (n=240)

Variáveis	Nº	%	Média	DP
<u>Problemas de saúde (Patologias)</u>				
Patologia cardíaca	126	52,5		
Patologia respiratória	58	24,0		
Patologia renal	12	5,0		
Patologia oncológica	47	19,6		
Patologia neurológica	2	0,8		
Patologia urológica	11	4,6		
Patologia vascular	7	2,9		
Patologia cardíaca+respiratória	38	15,8		
Patologia cardíaca+oncológica	8	3,3		
Outra	15	6,3		
<u>Motivo de internamento</u>				
Agudização da situação de doença crónica	172	71,7		
Situação aguda/ outra doença	68	28,3		
<u>Tempo de internamento</u>				
1-5 dias	122	50,2		
Mais 5 dias	118	49,8		
<u>Nº internamentos (dias)</u>			3,7	2,3
<u>Como considera a sua situação de saúde</u>				
Muito má	20	8,3		
Má	72	30,0		
Média	78	32,5		
Boa	66	27,5		
Muito Bom	4	1,7		
<u>Como classifica o seu Conforto</u>				
Muito mau	0	0		
Mau	20	8,3		
Médio	73	30,4		
Bom	105	43,8		
Muito bom	42	17,5		

As doenças crónicas não transmissíveis, constituem um Problema de Saúde Pública em Portugal, uma vez que adquiriram expressão epidémica. Para além das doenças do foro mental, são especialmente preocupantes a diabetes, obesidade, doenças oncológicas, doenças cérebro e cardiovasculares e as doenças respiratórias crónicas. De acordo com dados da Direção Geral de Saúde entre os anos de 2008 e 2013 a taxa padronizada de internamento hospitalar por 100000 habitantes por HTA foi de 9,3 e devido a asma e DPOC foi de 34,5 e 30,1 respetivamente (DGS, 2013).

Existe um decréscimo na percentagem dos internamentos por doenças do aparelho circulatório entre 2009 e 2013 e relativamente a outras doenças com elevada expressão de internamento hospitalar, as doenças respiratórias apresentaram no período descrito uma ligeira tendência de descida, ao passo que as doenças oncológicas mantiveram-se estáveis.

Segundo um estudo da Direção-Geral da Saúde (DGS) intitulado: “A Hipertensão Arterial em Portugal 2013”, elaborado no âmbito do trabalho desenvolvido pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, a taxa de prevalência da hipertensão arterial (HTA) em Portugal situa-se nos 26,9%, sendo mais elevada no sexo feminino (29,5%) do que no masculino (23,9%).

No que respeita ao número de internamentos, a nossa amostra apresenta uma Média de 3,7 e um Desvio Padrão 2,3.

Os homens atingem taxas de internamento elevadas mais cedo, registando os maiores aumentos entre os 65 e os 74 anos; nas mulheres, por sua vez, apenas após os 64 anos se começa a evidenciar uma curva de crescimento mais acentuada, registando-se os crescimentos mais acentuados entre os 70 e os 74 anos. Na classe etária de 85 e mais anos, a taxa de internamentos apresenta valores mais próximos entre os dois sexos. Acredita-se que esta situação esteja relacionada com as mudanças que se verificam após a menopausa. Ao entrar nesta fase, o corpo da mulher produz menos estrogénio o que poderá provocar alterações na tensão arterial e, deste modo, aumentar a probabilidade de vir a sofrer de uma doença do aparelho circulatório (Vitale, Fini, Speziale & Chierchia, 2010).

No que concerne à taxa de reinternamento ou agudização de uma situação de doença crónica, os resultados do nosso estudo revelam que 71,7% das pessoas inquiridas estão internadas por esse motivo e 28,3 % devido a outro problema de saúde.

Os resultados de um estudo realizado sobre o número de reinternamentos hospitalares entre o ano 2000 e 2008, demonstraram que, das 5 514 331 hospitalizações não-planeadas no período em estudo, 4,1% corresponderam a reinternamentos hospitalares e que, entre 2000 e 2008, a taxa de reinternamentos hospitalares aumentou continuamente de 3,0% para 4,7%. A taxa de reinternamentos foi significativamente maior em homens (4,5% versus 3,9% nas mulheres, $p < 0,001$) e doentes mais velhos (2,6% nas crianças e 5,3% nos idosos), sendo menor na região de Lisboa (2,7%) e nos hospitais centrais (3,0%, $p < 0,001$). Para os episódios de insuficiência cardíaca, foi obtida uma taxa de reinternamentos de 6,7% (Sousa-Pinto, et al., 2013).

Em termos de tempo médio de internamento, verificámos que 50,2% dos participantes se encontravam internados num intervalo entre 1 a 5 dias e 49,8% há mais de 5 dias.

Em 2010, os hospitais públicos portugueses internaram 814.143 doentes com uma demora média de 7,83 dias por doente, o que corresponde a 6,3 milhões de dias de internamento. Os nove hospitais com melhor média de dias de internamento registaram um tempo médio de internamento de 6,5 dias (OE, 2013).

Em Portugal, o valor percentual de habitantes que consideram o seu estado de saúde “bom” ou “muito bom” aumentou entre os últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS, 2014). No entanto, verificam-se diferenças expressivas entre grupos etários, sexo, níveis de escolaridade, profissões, rendimentos ou regiões de residência. Os valores mais baixos observaram-se nos idosos, no sexo feminino, nas pessoas com baixa escolaridade e menor rendimento, nos trabalhadores agrícolas ou não qualificados e nos residentes na região Centro (Magalhães, 2002), o que reflete desigualdades demográficas, sociais e económicas sobre as quais é necessário atuar.

Os resultados da nossa amostra revelam que 32,5% avaliam a sua situação de saúde como “Média” e apenas 1,7 % a considera “Muito Boa”.

No que respeita à classificação do nível de Conforto, a percentagem mais elevada situa-se nos 43,8% que avaliam o seu Conforto como “Bom”.

Após um primeiro olhar sobre as características da amostra em estudo, procedeu-se à avaliação da consistência interna da escala com quarenta e oito itens, através do α de Cronbach, resultando ($\alpha = 0,739$). No entanto, através da correlação de cada item com o total da escala foram eliminados vinte e seis itens, tendo a escala ficado com vinte e dois itens. As razões, acentam no facto destes itens apresentarem valores de correlação muito baixos e apresentarem um valor de alfa sem o item, superior ao alfa global.

Avaliada a consistência interna da escala, verificamos que tem um alfa de Cronbach ($\alpha = 0,819$) conforme se encontra na Tabela 3 e nenhum dos 22 itens revelou um alfa de Cronbach superior ao alfa global, dado que suporta a existência de uma boa consistência interna.

É no item 21 (“Sinto que não consigo fazer o que fazia antes de adoecer”) que encontramos a média mais baixa ($M=2,19$; $DP=1,02$). O valor mais elevado de Conforto é alcançado no item 12 (“O ambiente do hospital permite-me conviver”) com uma média de 4,04 e $DP 0,59$.

Tabela 3- Correlação de Pearson dos itens que compõem a ECIH e o alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item

Nº do item	Descrição do Item	Média	DP	Correlação de Pearson corrigido	α Cronbach sem o item
2	Tenho dificuldade em descansar	2,70	1,37	0,35	0,82
8	O barulho não me permite dormir durante a noite	3,13	1,29	0,36	0,82
9	Tenho medo de não melhorar	3,08	1,27	0,59	0,81
10	Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado de saúde	3,35	1,22	0,25	0,82
11	Tenho esperança em ficar melhor	3,60	1,28	0,50	0,81
12	O ambiente do hospital permite-me conviver	4,04	0,59	0,26	0,82
13	Sinto-me cansado(a) a maior parte do tempo	2,85	1,29	0,40	0,82
14	Preciso de aliviar a minha dor neste momento	3,33	1,19	0,37	0,82
15	Prefiro tomar banho sozinho(a)	3,29	1,12	0,33	0,82
20	A dor que sinto incomoda-me constantemente	3,42	1,06	0,26	0,82
21	Sinto que não consigo fazer o que fazia antes de adoecer	2,19	1,02	0,31	0,82

Tabela 3 – Correlação de Pearson dos itens que compõem a ECIH e o alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item (cont)

Nº do item	Descrição do Item	Média	DP	Correlação de Pearson corrigido	α Cronbach sem o item
22	A minha família precisa estar mais bem informada sobre o meu estado de saúde	3,24	1,15	0,33	0,82
25	Tenho receio de vir a ser uma sobrecarga para a minha família	2,45	0,99	0,34	0,82
26	Fui bem informado acerca do meu plano de tratamento	3,48	1,02	0,28	0,82
28	Sinto que sou capaz de cuidar de mim sozinho(a)	2,61	1,12	0,27	0,82
29	Sinto-me deprimido(a)	2,71	1,21	0,66	0,80
31	Sinto-me em paz	3,13	1,05	0,53	0,81
32	Estou preocupado(a) com a minha família	2,66	1,09	0,59	0,81
33	A boa disposição dos enfermeiros ajuda-me a enfrentar a minha doença	3,66	0,89	0,33	0,82
36	Os cheiros incomodam-me	3,12	1,07	0,28	0,82
45	Sinto-me isolado(a)	3,58	1,10	0,44	0,81
α de Cronbach (α= 0,819)		3,11	0,18		

Perante estes resultados, e indo de encontro com o que nos diz a literatura, e os resultados do estudo em que nos baseámos (Sousa, 2014), os enfermeiros são atores fundamentais na promoção do Conforto.

Os dois itens a obterem melhores resultados a nível de Conforto foram o item 12 (“O ambiente do hospital permite-me conviver”) e o item 33 (“A boa disposição dos enfermeiros ajuda-me a enfrentar a minha doença”).

Os resultados para estes dois itens, ajudam a corroborar que o fator físico, tantas vezes associado ao Conforto, começa a alargar-se, tornando-se este conceito cada vez mais abrangente e global, não só na teoria como na prática.

De acordo com a literatura, a comunicação é o sustentáculo das relações entre os participantes e revela-se uma necessidade comum e fundamental, perspetivando-se como uma partilha que permite a expressão de sentimentos e emoções favorecendo a criação de laços significativos entre as pessoas (Phaneuf, 2005).

Relativamente ao humor, está demonstrado que é benéfico para os doentes que experienciam situações stressantes. Um estudo desenvolvido por Moore em 2008 revelou que prestar cuidados a doentes com cancro, após a visualização de um filme humorístico, aumentou os níveis de bem-estar, demonstrando níveis reduzidos de dor, ansiedade, promovendo o aumento do conforto, satisfação e qualidade do sono (Moore, 2008).

A nível correlacional, observamos que o item 29 (“Sinto-me deprimido(a)”) que é aquele que apresenta uma correlação maior (0,66). Como refere Apóstolo (2007) os sintomas clínicos da depressão em conjunto com a hospitalização, são responsáveis por vários desconfortos vivenciados pelos doentes, corroborando assim a forte correlação existente entre o sentir-se deprimido e o nível de Conforto.

O item que apresenta uma menor correlação é o item 10 (“Preciso estar melhor informado sobre o meu estado de saúde”) com um valor 0,25.

O consentimento livre e esclarecido, expresso na carta dos deveres e direitos do doente, pressupõe que seja fornecida aos utentes a informação completa e adequada sobre a sua situação de saúde, ou seja, em qualquer procedimento diagnóstico terapêutico ou de investigação o doente deve ser informado dos objetivos, dos riscos e benefícios que pressupõem, de modo a que possa compreender a informação prestada (Gomes, 2009). O conteúdo de informação e a forma como é transmitido, podem assumir um papel reorganizador, possibilitando um maior esclarecimento e conduzindo ao bem-estar e conforto do idoso (Sousa, 2014). Apesar desta evidência, na amostra do nosso estudo observa-se uma correlação baixa relativamente à necessidade de informação; no entanto, o nível de conforto nesse item é moderado.

Analisando fator a fator constatamos que no fator psicoespiritual, o item que apresenta o melhor nível de conforto é o 33 (“estou preocupado com a minha família) com um valor de média ($M= 3,66$); refletindo deste modo que os participantes da nossa amostra se sentem com um nível de conforto bom no que se refere a este aspeto.

A preocupação com a família é um sentimento natural e expectável por parte do idoso, que cada vez mais é o pilar das gerações mais novas, sendo o responsável pelos netos e filhos tanto a nível de suporte familiar e relacional, como financeiro.

De acordo com o estudo “Fórum da Criança” “69% dos avós vai com os netos à rua, 66% está com eles em casa ou depois das aulas, e 56% faz algumas compras de roupa e calçado e 72% dos pais elegem os avós como os principais parceiros na educação dos filhos.” (Archer, 2015). Estes dados “contrariam” um pouco a nossa amostra, que se sente com um nível de Conforto “Bom” neste item.

Já no extremo oposto, temos o item 21 (“Sinto que não consigo fazer o que fazia antes de adoecer”) com um valor que revela um baixo conforto (M=2,19).

Como é sabido uma situação de hospitalização acarreta inúmeras perdas. Uma delas é a perda da autonomia. Neste caso falamos de um processo de transição que é a hospitalização, que afeta o autocuidado. O domínio da transição abrange várias mudanças que requerem algum ajustamento e adaptação e ao experienciar novos conhecimentos e situações, surge um potencial de desajustamento (Abreu, 2008). Os estudos de Meleis *et al* (2000) investigaram experiências de transição (maternidade, menopausa, desenvolvimento de doenças crónicas, o papel do familiar cuidador), que permitiram desenvolver uma teoria formal de médio alcance, com três dimensões distintas: a natureza da transição, as condições da transição e os padrões de resposta face à transição. A capacidade de autocuidado é inerente ao ser humano e estrutura-se ao longo do processo de desenvolvimento. Quando esta capacidade está em déficit, surge diminuição da auto-estima, do bem-estar e da qualidade de vida, consequentemente, do conforto (Pereira, 2012).

O item 25 (“Tenho receio de vir a ser uma sobrecarga para a minha família”), poderia ter saturado no fator social ou ambiental, considerando os doentes que a família faz parte do seu ambiente, mas o conceito de sobrecarga acarreta uma dimensão que pode ser analisada do ponto de vista psicoespiritual.

Nos anos 80 Zarit e os seus colaboradores, investigaram sobre a sobrecarga e a sua avaliação no âmbito gerontológico e descobriram que as dimensões que influenciam a sobrecarga do cuidador de pessoas idosas com doença crónica e avançada têm duas componentes: uma objetiva e outra subjetiva. A dimensão objetiva relaciona-se com o apoio às tarefas diárias e resolução de comportamentos, enquanto que a dimensão subjetiva prende-se com as reações emocionais e sentimentos. As pessoas com doenças

crónicas e incapacitantes, necessitam de cuidados (permanentes ou por períodos do dia, conforme a situação), facto que leva a que o cuidador principal possa ter que se ausentar com frequência do seu local de trabalho, com conseqüente diminuição da assiduidade, pontualidade, produtividade e por fim perda do emprego. Diversos estudos revelam que os cuidadores familiares são submetidos a stress físico, psicológico, emocional e financeiro (Fernandes, 2009). Estes achados corroboram a presença deste item no fator psicoespiritual e no que concerne aos resultados obtidos, a nossa amostra de participantes apresenta um baixo nível de Conforto, revelando-se que esta é uma preocupação real dos idosos com doença crónica hospitalizados.

A vivência da esperança revela-se também um fator importante na promoção do Conforto. Situações como doença aguda, crónica e terminal; o declínio cognitivo, a fadiga e perda da capacidade funcional constituem as ameaças mais comuns à esperança (Ersek, 2001). Sendo a nossa amostra constituída unicamente por pessoas idosas com pelo menos uma doença crónica, de acordo com o que refere Ersek (2001), elas fazem parte deste grupo em que a esperança está ameaçada; no entanto verifica-se pelos nossos resultados que o nível de Conforto no item relativo à esperança alcança um nível moderado a bom com uma média (3,60).

A aceitação da doença e da hospitalização são favorecidas quando o conforto psicoespiritual emerge como uma necessidade e posteriormente como um recurso interno. Os doentes nesta situação podem encontrar o seu refúgio na prática da espiritualidade, no ambiente, nos familiares, amigos, entre outros (Kolcaba, 2003).

No fator Ambiental, o item que apresentou menor nível de Conforto foi o item 22 (“A minha família precisa estar mais bem informada sobre o meu estado de saúde”). A necessidade de informação tanto do idoso como da sua família constituem-se como alvos importantes na ação confortadora. Revela-se essencial que o enfermeiro procure saber junto do doente e família as suas necessidades de informação para que deste modo construa uma relação de confiança (Sousa, 2014).

Relativamente ao fator Social, o item que apresenta o melhor nível de conforto é o item 10 (“ Preciso estar melhor informado sobre o meu estado de saúde”) com uma média de 3,35 representando assim um nível de conforto moderado. Comparativamente ao

parágrafo anterior, é fácil identificar que neste caso os doentes sentiam-se informados e confortáveis nesse aspeto, mas que as suas famílias necessitavam de informação.

O item que obteve menor nível de Conforto neste fator foi o item 28 (“Sinto que sou capaz de cuidar de mim sozinho (a)”), revelando um valor $M=2,61$, o que significa um valor baixo de conforto. Este item saturou no fator Social o que pode ser explicado pela natureza conceptual desta dimensão de acordo com Kolcaba. A autora, afirma que o contexto Social é aquele onde ocorrem as relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2003). O autocuidado, sendo um conceito que implica o desempenho próprio das actividades de vida, é alicerçado e desenvolvido numa interação entre doente, enfermeiro e família (Pereira, 2012).

Naquilo que respeita ao fator Físico, o intervalo médio de Conforto vai de 3,12 a 3,42; indicando-nos que neste fator o nível de Conforto é moderado.

O item que apresenta o melhor nível de conforto é o item 20 (“A dor que sinto incomoda-me constantemente”) revelando assim que a nossa amostra de participantes se sente confortável ($M=3,42$).

Como nos diz a OE (2008, p.11) *“No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor, contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor”*.

Sendo os enfermeiros atores principais na avaliação e controlo da dor, e tendo em conta os resultados obtidos pela nossa amostra, pode afirmar-se que estes profissionais estão despertados para a temática na sua prática de cuidados, mantendo os doentes confortáveis e com a dor controlada.

A maior correlação encontrada neste fator, foi a respeitante ao item 14 (“Preciso de aliviar a minha dor neste momento”), com um valor de carga fatorial de 0,42.

“A dor, sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-

-proteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objetivo prioritário. São múltiplas as barreiras que se colocam à pessoa ao longo da sua vida no que respeita ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis” (OE, 2008, p.11).

Os resultados obtidos corroboram a literatura, fazendo-nos assim sentido manter este item no fator físico.

Para analisar a validade de construto da ECIH, recorreu-se à análise fatorial que permitiu reter os itens em agrupamentos de conceitos fortemente interligados (Fortin, 1999), o que resultou através da análise por componentes com rotação Varimax, que utilizando o critério de Kaiser, evidenciou quatro fatores específicos, que explicam 65,327% da variância total.

Pela análise fatorial realizada, constatou-se que a ECIH é uma escala unidimensional. Com o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e esfericidade de Bartlett, procurou medir-se a adequação ao modelo fatorial para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2005). Obteve-se um teste de KMO com valor igual a 0,74 que indica que há uma correlação boa entre as variáveis da ECIH. O teste de esfericidade de Bartlett é 1521,076 e p com valor igual a 0,000, o que quer dizer que existe um nível de significância estatisticamente muito significativo.

Na **Tabela 4** estão apresentados os resultados relativos à posição dos itens nos fatores, de acordo com as suas cargas fatoriais.

O Fator1 (Psicoespiritual) ficou constituído por 13 itens (2; 8; 9; 11; 13; 21; 25; 29; 31; 32;33; 35; 45); o Fator 2 (Ambiental) englobou os itens 12 e 22; o Fator 3 (Social) é composto pelos itens 10; 26 e 28 e por último o Fator 4 (Físico) comporta os itens 14; 15; 20 e 36.

Tabela 4 – Resultado da análise fatorial da ECIH pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação Varimax

Nº do item	Descrição do item	Fatores				Comunalidades
		1	2	3	4	
		Psicoespiritual	Ambiental	Social	Físico	
2	Tenho dificuldade em descansar	0,45				0,29
8	O barulho não me permite dormir durante a noite	0,45				0,38
9	Tenho medo de não melhorar	0,68				0,51
10	Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado de saúde			0,62		0,62
11	Tenho esperança em ficar melhor	0,61				0,48
12	O ambiente do hospital permite-me conviver		0,52			0,40
13	Sinto-me cansado(a) a maior parte do tempo	0,48				0,41
14	Preciso de aliviar a minha dor neste momento				0,46	0,47
15	Prefiro tomar banho sozinho(a)				0,43	0,38
20	A dor que sinto incomoda-me constantemente				0,46	0,38
21	Sinto que não consigo fazer o que fazia antes de adoecer	0,39				0,33
22	A minha família precisa estar mais bem informada sobre o meu estado de saúde		0,52			0,55
25	Tenho receio de vir a ser uma sobrecarga para a minha família	0,44				0,38
26	Fui bem informado(a) acerca do meu plano de tratamento			0,57		0,51
28	Sinto que sou capaz de cuidar de mim sozinho(a)			0,40		0,52
29	Sinto-me deprimido(a)	0,79				0,70

Tabela 4 – Resultado da análise fatorial da ECIH pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação Varimax (cont.)

Nº do item	Descrição do item	Fatores				Comunalidades
		1	2	3	4	
		Psicoespiritual	Ambiental	Social	Físico	
31	Sinto-me em paz	0,65				0,56
32	Estou preocupado(a) com a minha família	0,71				0,59
33	A boa disposição dos enfermeiros ajuda-me a enfrentar a minha doença	0,42				0,36
35	É muito incomodativo ter que utilizar a arrastadeira	0,36				0,39
36	Os cheiros incomodam-me				0,62	0,51
45	Sinto-me isolado(a)	0,52				0,39
Total da % de Variância explicada por fator		16,66	11,75	9,11	8,88	
% de Variância explicada		45,909%				
Teste de KMO		0,74				
Teste de Esfericidade de Bartlett		1521,076 ; p = 0,000				

Após a análise dos resultados, procedeu-se à interpretação semântica dos quatro fatores.

Constatou-se que o primeiro fator era o que agregava um maior número de itens: treze (13), demonstrando uma maior importância face aos demais fatores. Agregou questões de ordem psicoespiritual, como o “medo de não melhorar”, a esperança, a preocupação com a família e a sua sobrecarga, bem como o sentir-se deprimido ou em paz e foi por este motivo que foi designado “**Psicoespiritual**”.

O **Fator 2** incluiu apenas dois (2) itens, e denominou-se “**Ambiental**”, sendo um deles relativo ao ambiente hospitalar e outro relativo à família no que respeita à necessidade

desta em informação sobre o estado de saúde do seu familiar, o que nos faz crer que a família é aqui considerada como parte do ambiente do doente.

O **Fator 3** abarca três (3) itens, tendo sido denominado como “**Social**” e engloba aspetos relativos à informação recebida quer por parte do doente quer por parte dos familiares sobre o estado de saúde, e ainda um item relativo à capacidade do doente se autocuidar.

Por último, o **Fator 4** reúne quatro (4) itens, que correspondem a uma dimensão física, sendo apelidado o fator como “**Físico**”. Nele, estão presentes as questões relativas à dor, a sensações físicas como o cheiro e à preferência para tomar banho sozinho. Os itens 14 (“Preciso de aliviar a minha dor neste momento”) e 20 (“A dor que sinto incomoda-me constantemente”) saturam no fator Físico, talvez pelo conceito de dor ainda estar actualmente bastante ligado à dimensão física, às sensações do corpo. No que respeita ao item 36 (“Os cheiros incomodam-me”), este item poderia ter saturado no fator ambiental, já que os odores fazem parte do ambiente, mas é justificável a sua saturação no fator Físico, já que os maus odores podem trazer sensações físicas desconfortáveis tais como náuseas e/ou vômitos.

A nomeação dada a cada fator está relacionada tanto com as características definidoras dos quatro contextos de Conforto definidos por Kolcaba (2003), como pelas características definidoras do diagnóstico de “Conforto Prejudicado” de acordo com NANDA (Nanda, 2012).

De acordo com Kolcaba (1991), existência de uma estrutura taxonómica facilita a pesquisa na área do Conforto, explicando as necessidades de Conforto dos doentes e os resultados esperados.

Segundo a autora, o contexto Psicoespiritual engloba a consciência interna de si, a autoestima, autoconceito, sexualidade e significado de vida; o contexto Social é aquele onde pertencem as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto Ambiental refere-se a toda a experiência humana ambiental, luz, barulho, cor, temperatura; por último o contexto Físico é o pertencente às sensações do corpo (Kolcaba, 2003).

De acordo com NANDA (2012) o “Conforto prejudicado” tem como definição a ausência de alívio, tranquilidade e transcendência percebidas nas dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Apresenta como características definidoras a ansiedade, choro, perturbação do padrão de sono, medo, sensação de calor e de frio, relato de fome e relatos de cansaço/ausência de descanso.

O contributo supra descrito dado pela literatura, e a natureza do significado dos itens foram os principais contributos que possibilitaram a nomeação dos fatores.

Tratando-se de uma escala unidimensional mas multifatorial, revela-se pertinente analisar a consistência interna de cada fator.

A fiabilidade dos quatro fatores foi estimada pelo α de Cronbach, tendo-se obtido para o fator 1 - Psicoespiritual ($\alpha=0,81$); para o fator 2 – Ambiental ($\alpha=0,34$); para o fator 3 – Social ($\alpha=0,51$) e para o fator 4 – Físico ($\alpha=0,55$).

Tabela 5 – Valores de Alfa de Cronbach dos quatro fatores

Fatores	Nº itens	Alfa de Cronbach (standardizado)
1 - Psicoespiritual	13	0,81
2 - Ambiental	2	0,34
3 - Social	3	0,51
4 – Físico	4	0,55

A consistência interna é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste e uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80. No entanto, são aceitáveis valores acima de 0,60 (Ribeiro, 2010).

Conforme se analisa, o primeiro fator revelou um índice de fidelidade bom, o que pode ser explicável pelo maior número de itens que o compõem.

Os fatores 2, 3 e 4 apresentam níveis de fidelidade interna que segundo a literatura são considerados inaceitáveis (Ribeiro,2010), no entanto, decidimos mantê-los, uma vez que eram pertinentes à escala e que, conforme descrito na literatura, no caso em que um instrumento define uma escala multifatorial, o α sub-estima a verdadeira fiabilidade. Tal

facto acontece, uma vez que o alfa requer um poder discriminante equivalente entre itens e a unidimensionalidade da escala (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Na Tabela 6 apresentam-se os resultados relativos à amostra, no que respeita ao seu nível de conforto global e nos diferentes fatores. A média global de cada fator situa-se num intervalo que varia entre 3,01 e 3,64. O fator que apresenta a melhor nível de Conforto é o fator Ambiental com uma média (M=3,64) correspondendo a um Bom nível de Conforto e o que apresenta o menor nível de Conforto corresponde ao Fator Psicoespiritual que apresenta um valor moderado de Conforto, resultando numa média de 3,01.

Tabela 6 – Caracterização da amostra relativamente ao nível de Conforto, segundo os vários itens e por fator

	Fator/Item	Média	DP	Mínimo	Máximo
	Fator 1 - Psicoespiritual				
2	Tenho dificuldade em descansar	2,70	1,37	1	5
8	O barulho não me permite dormir durante a noite	3,13	1,29	1	5
9	Tenho medo de não melhorar	3,08	1,27	1	5
11	Tenho esperança em ficar melhor	3,60	1,28	1	5
13	Sinto-me cansado (a) a maior parte do tempo	2,85	1,29	1	5
21	Sinto que não consigo fazer o que fazia antes de adoecer	2,19	1,02	1	5
25	Tenho receio de vir a ser uma sobrecarga para a minha família	2,45	0,99	1	5
29	Sinto-me deprimido(a)	2,71	0,99	1	5
31	Sinto-me em paz	3,13	1,21	1	5
32	Estou preocupado(a) com a minha família	2,66	1,05	1	5
33	A boa disposição dos enfermeiros ajuda-me a enfrentar a minha doença	3,66	0,89	1	5
35	É muito incomodativo ter que utilizar a arrastadeira	2,75	0,80	1	5
36	Os cheiros incomodam-me	3,12	1,07	1	5
45	Sinto-me isolado(a)	3,58	1,10	1	5
	Total do Fator 1	3,01			
	Fator 2 – Ambiental				
12	O ambiente do hospital permite-me conviver	4,04	0,59	1	5
22	A minha família precisa estar mais bem informada sobre o meu estado de saúde	3,24	1,15	1	5
	Total do Fator 2	3,64			
	Fator 3 – Social				
10	Preciso estar melhor informado(a) sobre o meu estado de saúde	3,35	1,22	1	5
26	Fui bem informado(a) acerca do meu plano de tratamento	3,48	1,02	1	5
28	Sinto que sou capaz de cuidar de mim sozinho(a)	2,61	1,13	1	5
	Total do Fator 3	3,15			

Tabela 6 – Caracterização da amostra relativamente ao nível de Conforto segundo os vários itens e por fator (cont.)

	Fator 4 – Físico				
14	Preciso de aliviar a minha dor	3,33	1,19	1	5
15	Prefiro tomar banho sozinho(a)	3,29	1,12	1	5
20	A dor que sinto incomoda-me constantemente	3,42	1,06	1	5
36	Os cheiros incomodam-me	3,12	1,07	1	5
	Total do Fator 4	3,29			

No geral, os participantes apresentam um nível de Conforto moderado, numa escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a “muito baixo”; 2- “baixo”; 3-“moderado”; 4- “bom”; 5- “muito bom”.

A escala final ficou composta por 22 itens agrupados em quatro fatores: Psicoespiritual, Ambiental, Social e Físico, tendo sido eliminados 26 itens cujas propriedades psicométricas não eram adequadas. Esta já era uma redução esperada, face a uma previsão de cerca de metade dos itens da escala inicial, na sua versão definitiva. A Tabela 7 ilustra a estrutura da versão final da escala.

A coluna do lado esquerdo indica o fator a que corresponde cada item e as cinco colunas à direita representam as opções de resposta, segundo uma escala de Likert em que 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente. Os itens assinalados com * representam itens invertidos.

Tabela 7 - Distribuição dos vários itens da ECIH por fator

PSICOES	2*	Tenho dificuldade em descansar	1	2	3	4	5
PSICOES	8*	O barulho não me permite dormir de noite	1	2	3	4	5
PSICOES	9*	Tenho medo de não melhorar	1	2	3	4	5
SOC	10*	Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado de saúde	1	2	3	4	5
PSICOES	11	Tenho esperança em ficar melhor	1	2	3	4	5
AMB	12	O ambiente do hospital permite-me conviver	1	2	3	4	5
PSICOES	13*	Sinto-me cansado (a)a maior parte do tempo	1	2	3	4	5
FÍS	14*	Preciso de aliviar a minha dor neste momento	1	2	3	4	5
FÍS	15	Prefiro tomar banho sozinho	1	2	3	4	5
FÍS	20*	A dor que sinto incomoda-me constantemente	1	2	3	4	5
PSICOES	21*	Sinto que não consigo fazer o que fazia antes de adoecer	1	2	3	4	5
AMB	22*	A minha família precisa ser mais bem informada sobre o meu estado de saúde	1	2	3	4	5
PSICOES	25*	Tenho receio de vir a ser uma sobrecarga para a minha família	1	2	3	4	5
SOC	26	Fui bem informado(a) acerca do meu plano de tratamento	1	2	3	4	5
SOC	28	Sinto que sou capaz de cuidar de mim sozinho (a)	1	2	3	4	5
PSICOES	29*	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4	5
PSICOES	31	Sinto-me em paz	1	2	3	4	5
PSICOES	32*	Estou preocupado com a minha família	1	2	3	4	5
PSICOES	33	A boa disposição dos enfermeiros ajuda-me a enfrentar a minha doença	1	2	3	4	5
PSICOES	35*	É muito incomodativo ter que utilizar a arrastadeira	1	2	3	4	5
FÍS	36*	Os cheiros incomodam-me	1	2	3	4	5
PSICOES	45*	Sinto –me isolado(a)	1	2	3	4	5

CAPÍTULO 3 - CONCLUSÕES, APLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No decorrer deste capítulo, serão apresentadas as conclusões finais relativas ao estudo realizado, tendo em conta os objetivos que o orientaram.

Nesta etapa final, são de salientar, algumas considerações relativas ao desenvolvimento desta investigação, aos resultados alcançados, às limitações e aos contributos da mesma, bem como realização de propostas para estudos futuros.

A sustentação das práticas de Enfermagem em evidência, é cada vez mais um assunto premente nos dias que correm e a investigação em Enfermagem cada dia mais desenvolvida.

A Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e da prática, deverá fundamentar as suas intervenções em teorias operacionalizáveis que sustentem a avaliação das necessidades dos doentes, a implementação dos cuidados e a avaliação dos resultados que decorrem dessas intervenções.

Os doentes com comorbilidades e multipatologia apresentam necessidades de cuidados complexas, sendo um dos maiores desafios na área da geriatria, a garantia de cuidados de saúde de qualidade para os idosos.

Sendo o Conforto, uma necessidade das pessoas idosas com doença crónica que se encontram hospitalizadas, e o facto de não existir em Portugal nenhum instrumento que avalie o nível de Conforto desta população, fez com que este trabalho fosse realizado.

A revisão da literatura permitiu aprofundar várias temáticas inerentes ao foco do estudo. O enquadramento teórico baseou-se na descrição e aprofundamento do envelhecimento humano como problemática da sociedade atual, passando para a exposição da temática da pessoa idosa com doença crónica hospitalizada, revelando as suas características definidoras, as implicações na sociedade e as formas de atuar perante este tipo de população e por último debruçamo-nos sobre o Conforto enquanto conceito, e a sua evolução no tempo, bem como sobre o estado de arte.

O presente estudo teve como objetivo construir e validar uma escala de conforto para pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas. Os procedimentos de construção da escala foram diversos e passaram, em primeiro lugar pelo contributo dado pelo estudo das necessidades de conforto das pessoas idosas com doença crónica, desenvolvido por

Sousa (2014), pelo contributo dado pela literatura acerca da construção de escala em saúde, nomeadamente as que já estão realizadas na área do Conforto, na experiência e contributo dado pelos peritos e ainda pela contribuição indispensável dada pelas pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas, que permitiram verificar a compreensibilidade dos itens reunidos.

Como metodologia de recolha de dados, foi utilizado um formulário composto por duas partes: a primeira constituída por questões que pretendiam caracterizar a amostra relativamente a aspetos sociodemográficos e de saúde e a segunda parte composta pela escala por nós construída.

Participaram no estudo 240 pessoas com mais de 65 anos de idade, com pelo menos uma doença crónica e hospitalizadas no mínimo há 24 horas, que deram o seu consentimento informado.

O estudo decorreu em 4 serviços de Medicina de um Hospital de Lisboa; os indivíduos apresentam uma média de idades de 78,41 anos; (49,6% do sexo feminino e 50,4% do sexo masculino), sendo a maioria composta por indivíduos casados (53,3%) e uma grande percentagem de viúvos (36,7%).

Quanto ao agregado familiar (51,7%) vive com o cônjuge e relativamente às habilitações literárias, 48,8% frequentou a 4ª classe, enquanto 6,3%, o Ensino Superior. A grande maioria dos inquiridos (95%) encontram-se em situação de reforma e 94,2% são da religião católica.

Relativamente à situação de saúde dos inquiridos, 52,5% sofrem de patologias do foro cardíaco; 24% sofrem de patologias do foro respiratório e 19,6% do foro oncológico e 71,7% das pessoas estavam internadas por agudização de uma situação de doença crónica.

No que respeita à classificação do nível de Conforto, percebido por cada doente, a percentagem mais elevada situa-se nos 43,8% que avaliam o seu Conforto como “Bom”.

O instrumento foi validado com uma amostra de 240 pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas com uma média de idades 78,41 anos (DP = 8,363). Após a análise fatorial o instrumento ficou com 22 itens distribuídos por 4 fatores (psicoespiritual,

físico, social e ambiental) com uma variância explicada de 45,409%. O coeficiente do α de Cronbach calculado (0,819) permitiu afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna. Tendo presente que os valores poderão oscilar entre 1 e 5, pode referir-se que as pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas apresentam uma boa média de conforto ($M = 3,11$ e $DP = 0,18$).

O estudo conduzido permitiu assegurar a validade interna e a fidelidade da escala, obtendo-se coeficientes na análise fatorial e na análise de consistência interna, favoráveis aos objetivos da construção da escala. No decorrer do processo de validação deparámo-nos com algumas questões relacionadas com as características psicométricas, distribuição dos itens por fatores e consistência interna de dois fatores. No entanto, consideramos que a escala apresenta boas propriedades psicométricas, é um instrumento pequeno e de rápida e fácil utilização, podendo ser utilizado como instrumento de diagnóstico para avaliação das necessidades de conforto das pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas, contribuindo deste modo para a melhoria de cuidados das mesmas.

Quanto ao nível de conforto, a nossa amostra obteve um valor médio de 3,11; o que ainda está longe do desejável.

Há evidência que demonstra que as correlações entre as variáveis são bem explicadas à luz dos quatro fatores que emergiram, para índices de saturação em cada fator que variam entre 0,28 e 0,77.

No futuro, seria interessante testar a ECIH junto de uma nova amostra de indivíduos, de maior dimensão e recorrer à análise fatorial confirmatória para posteriormente proceder à determinação da validade prática ou preditiva da escala. Seria também interessante relacionar os resultados obtidos através da aplicação da ECIH com intervenções promotoras do Conforto, fazendo uma análise com um grupo de teste e um grupo de controlo.

Uma das limitações do estudo prende-se com a representatividade da amostra. Apesar de ter cumprido o critério mínimo de 5 pessoas por cada item ($n=240: 48 \times 5$), este número pode não ser o suficiente para reflectir a realidade. O facto da aplicação da

escala ter sido realizada através de formulário, pode ter enviesado algumas respostas dos participantes, uma vez que era a investigadora a realizar as perguntas.

Face aos resultados obtidos, a versão final da ECIH serve aos enfermeiros como instrumento de diagnóstico para avaliação do nível de conforto das pessoas idosas com pelo menos uma doença crónica, hospitalizadas.

Através da aplicação da escala, o enfermeiro é capaz de perceber em que nível de Conforto se encontra a pessoa com quem presta cuidados e a partir dessa avaliação, adequar a sua intervenção. É possível avaliar de forma precisa e concisa em que fatores/dimensões o doente sente mais desconforto e também através dessa avaliação adequar os cuidados, quer ao nível psicoespiritual, ambiental, social ou físico.

A reavaliação póstuma às intervenções promotoras de Conforto realizadas pelos Enfermeiros, constitui-se como outra vantagem à utilização desta escala, permitindo que os profissionais de saúde avaliem se a efetividade dos seus cuidados.

A escala pode ser utilizada não só em serviços de Medicina, como foi o caso da amostra do estudo em questão, bem como em todos os serviços em que existam pessoas idosas com pelo menos uma doença crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. & Freire, T. (2001). Escalas de Avaliação: Construção e validação . In L. Almeida, & T. Freire, *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a Prática e Investigação Psicológicas* (pp. 109-127). Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga: Leando Almeida e Fernandes editores.

Apóstolo, J. (2007). O imaginário conduzido no Conforto de Doentes em Contexto Psiquiátrico. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Apóstolo, J., Batista, A., Macedo, C. & Pereira, E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência*, n^o3, pp. 55-64.

Ayaz, T., Sahin, S., Sahim, O., Bilir, O. & Rakici, H. (2014). Factors Affecting Mortality in Elderly Patients Hospitalized for Nonmalignant Reasons. *Journal of Aging Research*, vol. 2014, Article ID 584315, 7 pages, 2014. doi:10.1155/2014/584315 pp. 1-7.

Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo...* Viseu: Psicosoma Editora.

Bastos, F. (2008). *A pessoa com doença crónica - uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Berger, L. & Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bottorf, J., Gogag, G. & Lotzkar, M. (1995). Comforting: Exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1077-84.

Boyd, C. & Fortin, M. (2010). Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews*, 32, 451-474.

Cabete, D. (2001). *O impacto do internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico da Pessoa Idosa*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.

Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Lisboa: Lusociência.

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Cameron, B. (1993). The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 424-436.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade*. Centro de Estudos de Povos e Culturas de Expressão Portuguesa da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

Carvalhais, M. & Sousa, L. (2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência III Série*, pp. 75-84.

Carvalho, I., Martins, A., Gomes, C. & Martins, H. (2015). *Comfort Scale: Perioperative Validation*, In *EORNA, The art of perioperative care: eternally evolving*, Instituto de Ciências de Saúde Abel Salazar, Porto.

Chang, E. (2003). Nursing needs of hospitalized older adults. Consumer and nurse perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, pp. 32-41.

Chen, W.-L., Liu, G. J., Yeh, S., Chiang, M., Fu, M. & Hsieh, Y. (2013). Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 464-470.

Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A. & Fiuza, M. (2009). Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo Valsim. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28, 499-528.

Cosme, A., Severino, I., Correia, S., & Paniagua, D. (2006). A família do doente internado. Que papel? Que expectativas? *Sinais Vitais*, 69, pp 12-15.

Costa, M. (2006). *Cuidar idosos: Formação, Práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau

Cruz, A. & Gomes, A. (2014). *Atitudes dos enfermeiros em relação à pessoa idosa hospitalizada*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro Faculdade de Enfermagem Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica.

Dantas, F. (2010). *A relação entre os fatores sócio-demográficos e o nível de conforto das mulheres com cancro de mama submetidas a quimioterapia*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade*. Coimbra : Edições Almedina.

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde

Diniz, A. [et al.] (2011). *Declaração para uma vida melhor : Abordagem das doenças crónicas através da prevenção*. Acedido a Agosto, 18, 2015 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/e-tempo-de-agir-declaracao-para-uma-vida-melhor-gif.aspx>.

Editora, P. (2003-2015). *Conforto in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico*. Obtido de [/www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conforto](http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conforto): <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conforto>

Editora, P. (2014). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Lisboa: Dicionários Editora .

Ermida, J. (1999). Processo de Envelhecimento. In J. Ermida, J. Agreda, & M. Costa, *O idoso: Problemas e Realidades* (pp. 41-50). Coimbra : Formasau.

Ersek, M (2001). The Meaning of Hope in the Dying. In: Ferrel, Betty Rolling; Coyle, Nessa. In: Textbook of Palliative Nursing. (pp.339-351). Oxford: Oxford University Press

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. & Nadeau, M. (2000). A medida de investigação. In M. F. Fortin, *O Processo de Investigação - Da Concepção à Realização* (pp. 215-237). Loures: Lusociência.

Fries, A. & Pereira, D. (2011). Teorias do Envelhecimento Humano. *Revista Contexto Saúde, 10*, 507-514.

Gomes, I. (2009). *Cuidado de si a parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa : Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa .

Hamilton, J. (1989). Comfort and the hospitalized chronically ill. *Journal of Gerontological Nursing* , pp. 28-33.

Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. Lisboa: Silabo.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). Projeções de População Residente 2012-2060, pp 1-18. Obtido em www.ine.pt

Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo

Kolcaba, K. (1992). Holistic Comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, pp 1-10.

Kirkwood, T. (1996). Mechanisms of ageing. *Epidemiology in Old Age*. Londres: *BMJ Publishing Group*.

Koenig, H., George, L. & Titus, P. (2004). Religion, Spirituality and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, pp. 554-563.

- Kolcaba, K., Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (11), 1301-1310. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18, pp. 46-62.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. 49, pp. 87-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health and research* . New York: Springer Publishing Company.
- Magalhães, M.(2002) *Projeções de População Residente, Portugal, 2000/2050 - Que tendências de base para a construção de hipóteses?*, artigo2º pp 51-57, acedido em Junho, 6, 2015, obtido em <http://www.ine.pt>
- Malimowski, A. & Stamler, L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 599-606.
- Marques, M. (2000). Percepção "Significativa" dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Referência*, 5-15.
- Marques, R. & Dixe, M. (2014). *A promoção da esperança nos cuidados de pessoas com doença crónica e avançada: efetividade de um programa de promoção da esperança no conforto e na qualidade de vida*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Mateus, M. (2005). Sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao cuidar do doente idoso em contexto de internamento. *Revista Sinais Vitais*, 61, pp. 26-31.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person centred-practice with older people. *Internation Journal of Nursing Practice*, 2, pp. 202-209.
- Mcllveen, M. & Morse, J. (1995). The role of comfort in nursing care. *Clinical Nursing Research*, 4, pp. 127-148.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins.

Mendes, F. (2005). A prioridade de gerir as doenças e negociar os cuidados. *Pensar Enfermagem*, 9, pp. 42-47.

Moniz, M. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa - A prática de cuidados como experiência formativa*. Lisboa: Lusociência.

Moore, Katie. Is Laughter the Best Medicine?: Research into the Therapeutic Use of Humour and Laughter in Nursing Practice [online]. *Whitireia Nursing Journal*, No. 15, 2008:33-38. Acedido em Setembro, 25, obtido em <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=828795542713095;res=IELHEA> ISSN: 1173-1966.

Morse, J., Bottorf, J. & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44 (1), pp 14-19.

Mussi, C. (2005). Conforto e lógica hospitalar: análise da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (1), 72-81. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf>

NANDA - Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014. [Em Linha]. São Paulo: Artmed, (2012). [Consultado a 20/8/2015]. Disponível em: <http://books.google.pt/>. ISBN: 978047654828.

Neto, E. & Cunha, G. (2002). Teorias Biológicas do Envelhecimento. In E. A. Neto, & G. L. Cunha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 13-19). Rio de Janeiro .

Nightingale, F. (2006). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Nolte, E. & Mckee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions - a health system perspective*. Open University Press. England: European Observatory on Health Systems and Policies Series, World Health Organization Regional Office for Europe.

Novais, E., Conceição, A., Domingos, J. & Duque, V. (2009). O saber da pessoa com doença crónica no autocuidado. *Revista HCPA* (1), pp36-44.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual: Cuidados Descritivos* . Lisboa : Conselho de Enfermagem.

- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade nos cuidados de Enfermagem : enquadramento conceptual* . Lisboa : Ordem dos Enfermeiros .
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências dos Enfermeiros do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Segurança nos Cuidados VII Seminário do Conselho Jurisdicional. 24.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Transferência de cuidados hospitalares para a comunidade. In O. d. Enfermeiros, *Quinze propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde : Contributos da Ordem dos Enfermeiros* (p. 13). Lisboa.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. Lisboa : Universidade de Lisboa.
- Oliveira, C. & Lopes, M. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 14, pp.67-74.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Prevenção de doenças crónicas um investimento vital*. Public Health Agency of Canada.
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para as Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Silabo.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures:Lusociência.
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado: a doença de Alzheimer*. Lisboa: Lusodidacta.
- Pignatelli, C. (2006). Confiem na Equipa da saúde . *Jornal do Centro de Saúde : a Saúde nas suas mãos*, 2(16).
- Polit, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Avaliação e Utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Ramos, N. (1999). Reabilitação geriátrica. *Cidade Solidária, II*, pp. 68-72.
- Renaud, I. (2010). O cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem 14(1)*, pp. 2-8.
- REPE. (1996). *Decreto-lei n° 161/96 n°205*. Diário da República Série I-A.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Porto: LivPsic.
- Ribeiro, P. (2012). A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Projeto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Ribeiro, P. (2008). A espiritualidade no doente crónico como uma estratégia de coping: narrativa de uma história de vida. *Referência, 2*, pp. 21-31.
- Rocha, M., Vieira, M. & Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 801-808.
- Ruiz, J. (2010). *Manual de Psicogeriatría clínica*. Barcelona : Masson.
- Serafim, F. (2007). *Promoção do Bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas*. Obtido de <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/659/6/2.Teorias%20Sociais%20do%20Envelhecimento.pdf>
- Serra, M. (2005). *Aprender a ser doente - Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Lisboa: Lusodidacta.
- Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: Expetativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência.
- Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Sousa-Pinto, B.(et al) (Nov-Dec de 2013). Reinternamentos Hospitalares em Portugal na Última Década. *Acta Médica Portuguesa* , pp. 711-720.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.

- Torres, B. (2002). Bioquímica do Envelhecimento. *XXXXI Reunião Anual: Sociedade Brasileira de Bioquímica e Biologia Molecular* . São Paulo .
- Tutton, E. & Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort . *Journal of Clinical Nurse*, pp. 689-696.
- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: da Compaixão à Proficiência* . Lisboa: Universidade Católica .
- Vitale, C., M. Fini, Speziale, G. & Chierchia, S. (2010). Gender differences in cardiovascular effects of sex hormones. *Fundaments of Clinical Pharmacology* , pp. 675-685.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Weston, C., Addleman, K., Douglas, J. & Ickowicz, E. (Oct de 2012). Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60.
- Wright, L. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne.
- Yousefi, J., Abedi, H., Yarmohammadian, M. & Elliot, D. (2009). Comfort as a basic needs in hospitalized patients in Iran. *Journal of Advanced Nursing* , 1891-1897.

ANEXOS

ANEXO 1

Pedido de autorização formal para utilização dos resultados, à autora do Estudo: “A natureza do Processo de Conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Construção de uma teoria explicativa”

Bom dia Joana,

Tenho muito gosto em poder contribuir para o desenvolvimento da investigação por meio dos resultados da minha investigação.

Bom trabalho.

beijinho

Patrícia

--

Patrícia Pontífice Sousa
PhD, MHC, CNS, RN

Professora Auxiliar
Coordenadora do CLE/UEEL/ICS/UCP

Instituto de Ciências da Saúde
Unidade de Ensino de Enfermagem de Lisboa
Universidade Católica Portuguesa
Palma de Cima
1644-023 Lisboa
Telf. 217214147
Tm. 962814866

Em 2015-09-07 21:04, Joana Silva escreveu:

Exma Professora Doutora Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro,

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem Avançada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e pretendo realizar um estudo que implica a construção e validação de uma escala de Conforto para a Pessoa Idosa com Doença Crónica Hospitalizada.

Para tal, gostaria de pedir-lhe autorização para a utilização dos resultados obtidos na sua Tese de Doutoramento intitulada : " A natureza do processo de conforto do doente do doente idoso crónico em contexto hospitalar : Construção de uma teoria explicativa - projeto integrado de vivência e Cuidado Co-criado".

Os meus melhores cumprimentos

Joana Cunha e Silva

ANEXO 2

Pedido de autorização para colheita de dados

Joana Mafalda da Cunha e Silva, RN
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Católica Portuguesa – Lisboa

Exma Sra Enfermeira
Diretora do Hospital (X)

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação

Joana Mafalda da Cunha e Silva, Enfermeira a exercer funções no Hospital Beatriz Ângelo –Bloco Operatório Central, na qualidade de estudante do Mestrado em Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa, solicita que lhe seja concedida autorização para a realização de um estudo de investigação subordinado ao tema “Construção e validação de uma escala de conforto para a pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização”, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa.

Analisando a problemática em estudo, o estado da arte sobre a temática e os objetivos pessoais, foram definidos os seguintes objetivos para este estudo:

- Construir um instrumento de medida
- Validar um instrumento de medida
- Conhecer o nível de conforto da população em estudo

Pretende-se realizar o estudo em quatro Serviços de Medicina sendo os participantes pessoas idosas com pelo menos uma doença crónica e que se encontrem hospitalizados.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e para a colheita de dados foi construído um formulário com questões relativas às características sócio demográficas e de saúde e aplicação do instrumento de avaliação construído de forma a avaliar as necessidades de conforto da pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização.

A população em estudo: pessoas com mais de 65 anos de idade, com pelo menos uma doença crónica. A amostra necessária será de cerca de 40 participantes por serviço.

A confidencialidade dos dados dos utentes encontra-se garantida.

Solicito que me seja autorizado o acesso ao campo (hospital e áreas de circulação) por um período que pode variar entre 3 a 6 meses e a colaboração de um enfermeiro de cada serviço que me possa sinalizar os doentes que cumpram os requisitos de inclusão para a participação no estudo.

Sem outro assunto, despeço-me respeitosamente, aguardando a vossa resposta.

Lisboa, 24 de Fevereiro de 2014

(Joana Mafalda da Cunha e Silva)

Parecer da Direção de Enfermagem:

Lisboa, ____ de _____ de 2014

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Informado para participação no estudo intitulado:
“Construção e validação de uma escala de Conforto para a pessoa idosa em situação de
cronicidade e hospitalização”

Termo de Consentimento Informado para participação no Estudo intitulado “Construção e validação de uma escala de conforto para a pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização.”

Exmo(a) Sr(a),

Eu, Joana Mafalda da Cunha e Silva, enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa, pretendo elaborar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Construção e validação de uma escala de conforto para a pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização”.

Com este estudo pretende determinar-se o nível de conforto dos idosos com doença crónica hospitalizados. Para tal, solicito a sua colaboração no sentido de responder às questões que lhe vou colocar através de um formulário.

A participação neste estudo é livre e não traz qualquer prejuízo na assistência prestada pelos profissionais de saúde, podendo desistir a qualquer momento.

Os dados obtidos são anónimos, confidenciais e para uso exclusivo deste trabalho.

Agradeço que as perguntas sejam sinceras e que correspondam tanto quanto possível à sua situação.

Deste modo, gostaria que manifestasse o seu interesse e disponibilidade para participar neste estudo.

Agradeço a sua colaboração

Joana Silva

Eu,(nome do participante), declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida sobre os objetivos, os métodos, os benefícios do estudo e a minha participação, tendo-me sido dada oportunidade de fazer as perguntas que considere necessárias. Foi-me informado que tenho o direito a recusar a todo o tempo a minha participação sem que isso constitua qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Foi-me garantido que as respostas são confidenciais.

Por isso, consinto em participar no estudo.

Data ____ / ____ / ____

(Assinatura do Participante)

APÊNDICE 2

Instrumento de colheita de dados

Data ____ / ____ / ____

Formulário nº ____

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE

▪ **1. Idade:**

▪ **1.1 Género:** F

M

1.2 Estado civil

Solteiro(a)

Casado(a) ou a viver em união de facto

Divorciado(a)

Viúvo(a)

1.3 Local de residência

Casa própria

Casa de familiares

Lar/residência

Agregado familiar (Com quem vive)

Cônjuge

Filhos

Netos

Vive sozinho

Outros Quem?

1.5 Habilitações Académicas

Não sabe ler nem escrever
Frequentou a escola até 4ª classe
Frequentou a escola até ao 9º ano
Frequentou a escola até ao 12ºano
Ensino Superior

1.6 Situação profissional

Reforma
Tem emprego remunerado
Trabalho ocasional
Doméstica(o)
Outra Qual?

1.7 Religião

Católica
Protestante
Não tem
Outra Qual

1.8 Quais os seus problemas de saúde?

Patologia(s) cardíaca	<input type="checkbox"/>
Patologia(s) respiratórias	<input type="checkbox"/>
Patologias renais	<input type="checkbox"/>
Patologias oncológicas	<input type="checkbox"/>
Patologias neurológicas	<input type="checkbox"/>
Outras Quais?	<input type="checkbox"/>

1.9 Qual o motivo do seu internamento?

Internamento programado	<input type="checkbox"/>
Agudização da situação de doença crónica	<input type="checkbox"/>
Outro Qual? _____	<input type="checkbox"/>

1.10 Quantas vezes já esteve internado (excepto a situação actual)? _____

1.11 Há quanto tempo está internado?

Mais de cinco dias	<input type="checkbox"/>
Menos de cinco dias	<input type="checkbox"/>

1.12 Neste momento, como considera a sua situação de saúde:

Muito fraca 1 2 3 4 5 Muito boa

Escala de avaliação do Conforto para pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas

Em baixo estão afirmações relativas ao seu conforto neste preciso momento. São fornecidos cinco números para cada afirmação; por favor, circule o número que pensa mais se aproximar do que sente neste momento. O intervalo de respostas vai de 1 a 5 em que 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente

1*	Estou constantemente a pensar na minha doença	1	2	3	4	5
2*	Tenho dificuldade em descansar	1	2	3	4	5
3	Sinto-me cómodo quando o(a) enfermeiro(a) me ajuda a posicionar	1	2	3	4	5
4	Fico relaxado(a) depois dos cuidados de higiene	1	2	3	4	5
5	Sinto que neste internamento fui bem recebido(a)	1	2	3	4	5
6	Os enfermeiros respondem às minhas dúvidas quando as coloco	1	2	3	4	5
7	Sinto que respeitam a minha privacidade	1	2	3	4	5
8*	O barulho não me permite dormir de noite	1	2	3	4	5
9*	Tenho medo de não melhorar	1	2	3	4	5
10*	Preciso de estar melhor informado(a) sobre o meu estado de saúde	1	2	3	4	5
11	Tenho esperança em ficar melhor	1	2	3	4	5
12	O ambiente do hospital permite-me conviver	1	2	3	4	5
13*	Sinto-me cansado (a)a maior parte do tempo	1	2	3	4	5
14*	Preciso de aliviar a minha dor neste momento	1	2	3	4	5
15	Prefiro tomar banho sozinho(a)	1	2	3	4	5
16	Sinto confiança nos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
17	Sinto-me mais tranquilo(a) depois de rezar	1	2	3	4	5
18*	A alimentação do hospital não me agrada	1	2	3	4	5
19	Gosto de receber visitas de amigos	1	2	3	4	5
20*	A dor que sinto incomoda-me constantemente	1	2	3	4	5
21*	Sinto que não consigo fazer o que fazia antes de adoecer	1	2	3	4	5
22*	A minha família precisa ser mais bem informada sobre o meu estado de saúde	1	2	3	4	5
23	Sinto-me ansioso(a) com a minha situação de saúde	1	2	3	4	5
24	O quarto onde me encontro tem uma temperatura ambiente agradável	1	2	3	4	5
25*	Tenho receio de vir a ser uma sobrecarga para a minha família	1	2	3	4	5
26	Fui bem informado(a) acerca do meu plano de tratamento	1	2	3	4	5
27	As visitas da minha família fazem-me sentir bem	1	2	3	4	5
28	Sinto que sou capaz de cuidar de mim sozinho (a)	1	2	3	4	5
29*	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4	5
30	Os profissionais de saúde esclarecem todas as minhas dúvidas	1	2	3	4	5
31	Sinto-me em paz	1	2	3	4	5
32*	Estou preocupado com a minha família	1	2	3	4	5
33	A boa disposição dos enfermeiros ajuda-me a enfrentar a minha doença	1	2	3	4	5
34*	As luzes acesas durante a noite não me deixam dormir	1	2	3	4	5
35*	É muito incomodativo ter que utilizar a arrastadeira	1	2	3	4	5
36*	Os cheiros incomodam-me	1	2	3	4	5
37	Desde que estou internado(a) tenho dificuldade em evacuar	1	2	3	4	5
38*	Desde que estou hospitalizado sinto-me mais baralhado(a)	1	2	3	4	5
39	Gostava que o tempo do horário de visitas fosse mais alargado	1	2	3	4	5
40	Ter os meus objectos pessoais faz-me sentir melhor	1	2	3	4	5
41*	Incomoda-me o barulho que faz o doente com quem partilho o quarto	1	2	3	4	5
42	O toque dos enfermeiros ajuda-me a ficar mais calmo(a)	1	2	3	4	5
43	Mantenho o meu apetite	1	2	3	4	5
44*	Sofro com falta de ar	1	2	3	4	5
45*	Sinto –me isolado(a)	1	2	3	4	5
46*	Gostava de estar mais autónomo(a)	1	2	3	4	5

47	Sinto-me seguro(a) aqui	1	2	3	4	5
48	A minha família visita-me com frequência	1	2	3	4	5

**Itens invertidos*

De 1 a 5

Como classifica o seu estado de conforto? _____

- Para si o que é o conforto?
- Recorde-me uma situação de conforto.

APÊNDICE 3

Escala para submissão de avaliação de Peritos



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Construção e validação de uma escala de conforto para a pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização”

Processo de Validação de conteúdo

Apreciação por um painel de peritos

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa e

Co-orientação da Professora Doutora Rita Marques

Por Joana Cunha e Silva, nº192112001

Janeiro, 2014

Exmo (a),

Sou enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem Avançada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e neste âmbito encontro-me a realizar um estudo que tem como objectivo construir e validar uma escala de conforto para pessoas idosas com doença crónica em situação de hospitalização, encontrando-me sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa.

Por este meio, estamos a solicitar a um grupo de especialistas que analisem os itens construídos, a fim de verificar a sua pertinência, no que concerne ao construto do conforto e aos seus respetivos factores.

A construção destes itens baseou-se na análise dos resultados de um estudo de natureza qualitativa, realizado por Ribeiro, 2012, em que foram avaliadas as necessidades de conforto de pessoas idosas com doença crónica em situação de hospitalização; na pesquisa bibliográfica sobre o conceito de conforto e na investigação sobre a origem do conceito e autora de referência.

Do estudo realizado por Ribeiro, 2012, emergiram quatro domínios relativos às necessidades de conforto da população em estudo, destacando-se:

- A-** Alterações do processo saúde/doença
- B-** Atitudes em relação a “si mesmo e à vida”
- C-** Estrutura/funcionamento do serviço
- D-** Família/pessoas significativas

O formulário está construído com **37 itens**. Cada item encontra-se associado a um dos domínios acima mencionados e as respostas variam entre *1- discordo totalmente; 2 – discordo; 3- não concordo nem discordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente*.

Gostaria de solicitar a sua colaboração para o seguinte:

- 1) Avaliar se cada item espelha o construto de conforto.
- 2) Avaliar se cada item do instrumento se encontra correctamente categorizado no que respeita aos domínios **A,B,C e D** que estão explicados no quadro 1.

- 3) Avaliar se cada item corresponde aos critérios propostos, como descrito no quadro 2.

Se considerar necessário modificar a elaboração do item, agradecemos que indique a sugestão.

Havendo concordância em participar desta etapa da pesquisa, solicitamos que estas informações sejam mantidas em sigilo, considerando que serão utilizadas posteriormente em publicações.

Após a análise, pedimos que devolva o material para o endereço eletrónico de origem.

Por entender que esta tarefa lhe exigirá grande dedicação e a sua imprescindível competência, desde já agradecemos muitíssimo a sua colaboração.

Sempre a seu dispor para quaisquer esclarecimentos,

Atenciosamente,

Mestranda: Enf^a Joana Cunha e Silva

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Co-orientadora: Professora Doutora Rita Marques

ESCALA DE CONFORTO PARA PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE CRONICIDADE E HOSPITALIZAÇÃO

Em baixo encontram-se afirmações relativas ao seu conforto neste preciso momento. São fornecidos cinco números para cada questão; por favor, circule o número que pensa mais se aproximar dos seus sentimentos. Relacione estas questões com o seu conforto no preciso momento em que as está a responder. O intervalo de respostas é de 1 a 5 em que 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente.

A	1*	Estou constantemente a pensar na minha doença	1	2	3	4	5
A	2*	Tenho dificuldade em descansar	1	2	3	4	5
B	3	Os enfermeiros permitem que faça a higiene sozinho(a)	1	2	3	4	5
A	4	Sinto-me confortável quando o(a) enfermeiro(a) me ajuda a posicionar	1	2	3	4	5
B	5	Sinto-me confortável depois dos cuidados de higiene	1	2	3	4	5
C	6	Sinto que neste internamento fui bem recebido pela equipa de enfermagem	1	2	3	4	5
C	7	Os enfermeiros respondem às minhas dúvidas quando as coloco	1	2	3	4	5
D	8	Sinto-me bem quando a minha família está comigo	1	2	3	4	5
C	9	Sinto que respeitam a minha privacidade	1	2	3	4	5
C	10*	O barulho não me permite dormir de noite	1	2	3	4	5
B	11*	Tenho medo de não melhorar	1	2	3	4	5
B	12*	Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado de saúde	1	2	3	4	5
B	13	Tenho esperança em ficar melhor	1	2	3	4	5
B	14*	Sinto-me ansioso(a) com a minha situação de saúde	1	2	3	4	5
B	15*	Sinto-me cansado (a) a maior parte do tempo	1	2	3	4	5
A	16*	Preciso de aliviar a minha dor neste momento	1	2	3	4	5
B	17	Prefiro tomar banho sozinho se me for possível	1	2	3	4	5
B	18	Sinto confiança nos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
B	19	Sinto-me mais confortável depois de rezar	1	2	3	4	5
B	20*	A alimentação do hospital não me agrada	1	2	3	4	5
D	21	Gosto de receber visitas de amigos	1	2	3	4	5
A	22*	A dor que sinto incomoda-me constantemente	1	2	3	4	5
B	23*	Sinto que já não sou capaz de fazer o que fazia antes de adoecer	1	2	3	4	5
D	24*	A minha família precisa ser mais bem informada sobre o meu estado de saúde	1	2	3	4	5
D	25	O ambiente do hospital permite o convívio	1	2	3	4	5
C	26	O quarto onde me encontro tem uma temperatura ambiente agradável	1	2	3	4	5
B	27*	Tenho receio de vir a ser uma sobrecarga para a minha família	1	2	3	4	5
C	28	Fui bem informado(a) acerca do meu plano de tratamento	1	2	3	4	5
D	29	As visitas da família e amigos reconfortam-me	1	2	3	4	5
B	30	Sinto que sou capaz de cuidar de mim sozinho (a)	1	2	3	4	5
B	31*	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4	5
A	32	Os profissionais de saúde esclarecem todas as minhas dúvidas	1	2	3	4	5
B	33	Sinto-me em paz	1	2	3	4	5
D	34*	Estou preocupado com a minha família	1	2	3	4	5
A	35	A massagem e os posicionamentos confortam-me	1	2	3	4	5
C	36	Ter os meus objetos pessoais faz-me sentir melhor	1	2	3	4	5

C	37	A boa disposição dos enfermeiros ajuda-me a enfrentar a minha doença	1	2	3	4	5
C	38	As luzes acesas de noite, não me deixam dormir	1	2	3	4	5

Dimensão		
A	Alterações do processo saúde/doença	Alívio de desconfortos físicos; necessidades de informação/esclarecimento;
B	Atitudes em relação a si mesmo e à vida	Autonomia nas AVD's; sentir-se cuidado/ajudado; higiene e arranjo pessoal; espiritualidade/religiosidade; segurança/confiança
C	Estrutura/funcionamento do serviço	Alimentação bem confecionada; condições ambientais favoráveis; privacidade/ individualidade espaço territorial
D	Família/pessoas significativas	Convívio com outros doentes; presença de familiares e amigos

(Quadro 1 – Fonte: Ribeiro (2012))

Critérios para avaliação dos itens	Definições (Pasquali, 1998)
Comportamental	O item deve expressar um comportamento de uma maneira clara e precisa
Simplicidade	O item deve expressar uma única ideia para evitar ambiguidades e não confundir quem responde
Clareza	O item deve ser compreensível para pessoas com qualquer grau de instrução. Devem ser utilizadas frases curtas com expressões simples e claras
Relevância	O item deve ser consistente com o construto definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo
Precisão	O item deve possuir uma posição definida no construto e ser distinto dos demais itens
Modalidade	O item não deve ter expressões extremas

Tipicidade	O item deve ter expressões típicas, próprias, inerentes ao construto
Credibilidade	O item deve ser formulado de forma a não parecer ridículo, infantil ou despropositado

Quadro 2 – Fonte: Pasquali (1998)

Avaliação de Peritos

1. Existe algum item da escala que não se refira ao construto de conforto?

Se sim qual/ quais?

2. Existe algum item que não se refira à dimensão em que está enquadrado de acordo com as definições do Quadro 1?

Se sim qual/quais?

3. No Quadro 2 estão descritos e identificados os critérios que são utilizados para avaliar itens na construção de escalas.

Com base nessa tabela, peço que em cada coluna e em cada linha da tabela 3 (abaixo) assinale com um X caso cada item espelhe de forma inequívoca os critérios de avaliação.

4. Sugestões

Tabela 3 – Avaliação de itens de acordo com os critérios propostos no Quadro 2

	Comportamental	Simplicidade	Clareza	Relevância	Precisão	Modalidade	Tipicidade	Credibilidade
Item	X = corresponde							
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								

Muito obrigada pela colaboração

APÊNDICE 4

Versão final da ECIH

QUESTIONÁRIO SOBRE O NÍVEL DE CONFORTO DA PESSOA IDOSA COM DOENÇA CRÓNICA HOSPITALIZADA – PT

Muito obrigada pela sua participação. Abaixo encontram-se frases sobre o seu conforto neste momento. São fornecidos 5 números para cada questão. Por favor faça um círculo em volta dos números que melhor refletem os seus sentimentos. Relacione as questões com o seu conforto no momento em que responde ao questionário.

1 Discordo totalmente // 2 Discordo // 3 Não concordo nem discordo // 4 Concordo

5 Concordo totalmente

1	Tenho dificuldade em descansar	1	2	3	4	5
2	O barulho não me permite dormir de noite	1	2	3	4	5
3	Tenho medo de não melhorar	1	2	3	4	5
4	Preciso de estar melhor informado(a) sobre o meu estado de saúde	1	2	3	4	5
5	Tenho esperança em ficar melhor	1	2	3	4	5
6	O ambiente do hospital permite-me conviver	1	2	3	4	5
7	Sinto-me cansado (a) a maior parte do tempo	1	2	3	4	5
8	Preciso de aliviar a minha dor neste momento	1	2	3	4	5
9	Prefiro tomar banho sozinho	1	2	3	4	5
10	A dor que sinto incomoda-me constantemente	1	2	3	4	5
11	Sinto que não consigo fazer o que fazia antes de adoecer	1	2	3	4	5
12	A minha família precisa ser mais bem informada sobre o meu estado de saúde	1	2	3	4	5
13	Tenho receio de vir a ser uma sobrecarga para a minha família	1	2	3	4	5
14	Fui bem informado(a) acerca do meu plano de tratamento	1	2	3	4	5
15	Sinto que sou capaz de cuidar de mim sozinho (a)	1	2	3	4	5
16	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4	5
17	Sinto-me em paz	1	2	3	4	5
18	Estou preocupado (a) com a minha família	1	2	3	4	5
19	A boa disposição dos enfermeiros ajuda-me a enfrentar a minha doença	1	2	3	4	5
20	É muito incomodativo ter que utilizar a arrastadeira	1	2	3	4	5
21	Os cheiros incomodam-me	1	2	3	4	5
22	Sinto-me isolado(a)	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua participação!