

Universidade Católica Portuguesa

CONFORTO ENQUANTO SENSAÇÃO
Análise do conceito

COMFORT AS A SENSATION
Concept Analysis

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

Por

Filipa Alexandra Veludo Fernandes

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2018



Universidade Católica Portuguesa

CONFORTO ENQUANTO SENSACÃO
Análise do conceito

COMFORT AS A SENSATION
Concept Analysis

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

Por

Filipa Alexandra Veludo Fernandes

Sob a orientação de

Maria Margarida Vieira

Emília Campos de Carvalho

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2018

A quem mais amo, a quem traça comigo a feição do conforto.

*“Recomeça... se poderes Sem angústia
E sem pressa. E os passos que deres, Nesse
caminho duro Do Futuro Dá-os em Liberdade.
Enquanto não alcances Não descanses. De
nenhum fruto queiras só metade.”*

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

Encontrar o significado de conforto transcendeu as palavras escritas neste relatório. O sentido desvendado em cada frase foi fruto de relacionamentos que, inevitavelmente, amadureceram o meu olhar. Pelo reconhecimento que sinto por essas pessoas, expresso a minha profunda gratidão nas seguintes palavras:

À Professora Doutora Margarida Vieira pelo seu sentido visionário, pela clareza e simplicidade de cada orientação. Tornaram os momentos de incerteza num percurso coerente, profundo e cientificamente rigoroso.

À Professora Doutora Emília Campos de Carvalho, pela disponibilidade e prontidão de resposta, pelas palavras de incentivo, amizade e, essencialmente, pelo rigor metodológico da orientação científica.

À Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde – Curso de Doutoramento em Enfermagem, representado institucionalmente pela Professora Doutora Zaida Charepe, pelas condições necessárias à realização da tese que se defende à academia.

Aos autores das referências não disponíveis em texto integral que, gentilmente, disponibilizaram os resultados dos seus estudos, em nome do conhecimento.

Aos amigos (colegas) pela partilha, ajuda, estímulo, discussão e rigor nas críticas ao longo deste processo. As suas considerações, dúvidas, necessidades de esclarecimento adicional nas nossas conversas, espelharam em mim a necessidade de maior clareza na exposição de cada item de análise da presente investigação.

À Sara, pelo altruísmo na ajuda... mesmo quando as condições não lhe eram favoráveis.

Ao João e a todos aqueles que aceitaram, em momentos informais, o desafio de explicar o significado do seu conforto, discutindo essencialmente o que é e o que dá.

À família Veludo Poeiras, construída ao longo deste percurso académico, que dignifica o significado de sentir conforto: Ao João pela cumplicidade e genuinidade de cada sentimento. À Mariana, pela energia contagiante, pela doçura do olhar, que partilha comigo a aprendizagem de ser mãe e de ser filha, essencialmente por ser a primeira. À Constança, pela procura de carinho constante, que me desperta a necessidade de parar para simplesmente sentir. Ao Henrique, pela alegria e sedução de cada gesto, que satisfaz um sentimento maduro e mais experiente.

À minha mãe, exemplo de perseverança, cuja história de vida me vem contemplando com estímulo, resiliência e amor. À minha irmã, companheira de e para a vida, que me preenche com o seu humor e me dá sentido na vida, simplesmente com a sua presença. Aos sobrinhos e restante família com quem partilho momentos de felicidade pura.

À Graça da companhia do Senhor, em cada instante da minha vida.

RESUMO

Introdução: *Ser pessoa* representa o reconhecimento da sua própria individualidade, da sua diferença e da sua complexidade. A compreensão de fenómenos, passíveis de ajudar no reconhecimento do outro, enquanto pessoa, constitui uma necessidade premente na vida em sociedade, essencialmente em situações de maior vulnerabilidade. O conforto é valorizado por quem investiga, por quem cuida e, essencialmente, por quem sente. Face à sua subjetividade, a integração no cuidado ainda apresenta limitações. Questionámo-nos então: o que significa sentir conforto?

Objetivo: Definir o conceito de conforto enquanto estado.

Materiais e métodos: Mediados pelo principle-based concept analysis¹, desenvolvemos o percurso metodológico em três fases de investigação, dinâmicas entre si. a) Revisão integrativa de literatura (RIL): Amostra: 109 referências, selecionadas a partir de bases de dados eletrónicas. Critérios de inclusão: clientes, famílias, enfermeiros ou outros profissionais de saúde como participantes; artigos que abordem o conforto enquanto estado; estudos primários, secundários teóricos e empíricos; publicações em português, espanhol, inglês e francês. Critérios de exclusão: outros participantes, distantes do contexto do cuidado; artigos que abordem apenas o conforto enquanto processo; conforto em climas/culturas organizacionais, satisfação no emprego, liderança ou conforto termal. b) Mapa conceptual: Campos de análise – antecedentes; atributos; consequentes; conceitos que podem influenciar; conceitos que englobam; conceitos que se confundem; e referenciais empíricos. c) Análise de conteúdo: análise hermenêutica dos dados, com processo cognitivo ao nível da interpretação. Cada unidade de significado foi integrada em apenas um campo de análise, de acordo com o seu valor semântico.

Resultados: O conforto é uma sensação. Antecedentes: qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental. Atributos: Segurança; Controlo; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. Consequentes: fortalece as pessoas; aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping); proporciona uma morte serena; e aumenta resultados institucionais; Conceitos que o podem influenciar: Esperança, Qualidade de Vida e Bem-Estar; Conceitos que o englobam: Holismo e Saúde; Conceitos que se confundem: Cuidado; Não identificamos nenhum referencial que mensure apenas os seus atributos.

Conclusão: Compreender o significado de conforto aproxima o cuidado às pessoas, incrementa a objetividade da investigação e salvaguarda valores essenciais, como a dignidade humana.

Palavras-chave: Conforto; Análise Conceptual; Fenomenologia; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: *Being* a person represents his or her individuality, its difference and its complexity. The understanding of phenomena that can help in the recognition of the other, as a *person*, is a pressing need in society life, especially in greater vulnerability situations.

Objective: Define comfort concept as a state.

Materials and methods: Through the principle-based concept analysis¹, we developed the methodological course in three research phases, dynamics among each other. a) Integrative literature review (ILR): Sample: 109 references, selected from electronic databases. Inclusion criteria: clients, families, nurses or other health professionals; articles that address comfort as a state; primary, secondary, theoretical and empirical studies; publications in Portuguese, Spanish, English and French. Exclusion criteria: other participants, absent from the care context; articles that address only comfort as a process; comfort in organizational climates / cultures, job satisfaction, leadership, or thermal comfort. b) Conceptual framework: Fields of analysis - antecedents; attributes; consequents; concepts that can influence; concepts that encompass; concepts that are confused; and empirical references. c) Content analysis: hermeneutic data analysis, with cognitive process at the interpretation level. Each meaning unit was integrated into only one field of analysis, according to its semantic value.

Results: Comfort is a sensation. Antecedents: any experience that the person can live, product of any physical, psycho-spiritual, sociocultural or environmental interaction. Attributes: Safety; Control; Self-realization; Belonging; Peace and Fullness; Relaxation; and Normality of Life. Consequences: strengthens people; increases ability to cope with life adversities (Resilience / Coping); provides a serene death; and increases institutional results; Concepts that can influence it: Hope, Quality of Life and Well-Being; Concepts that include it: Holism and Health; Concepts that are confused: Care. We do not identify any reference that only measures its attributes.

Conclusion: Understanding the meaning of comfort approaches care to people, increases the objectivity of research, and safeguards essential values such as human dignity.

Keywords: Comfort; Conceptual Analysis; Phenomenology; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ANA – American Nurses Association

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EUA – Estados Unidos da América

ex – exemplo

GCQ – General Comfort Questionnaire

ICN – International Council of Nurses

NANDA I – NANDA International, Inc.

NIC - Nursing Interventions Classification

NNN – Ligações NANDA-NOC-NIC

NOC – Nursing Outcomes Classification

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – Página

RIL – Revisão integrativa de literatura

ÍNDICE GERAL	p.
INTRODUÇÃO	21
1 - ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	29
2 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	53
2.1 - OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	53
2.2 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	54
2.2.1 - FASE I: Revisão Integrativa da Literatura	60
2.2.2 - FASE II: Mapa Conceptual	66
2.2.3 - FASE III: Análise de Conteúdo	68
2.3 - PRESSUPOSTOS ÉTICOS.....	70
3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	73
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO.....	74
3.2 - COMPONENTES CENTRAIS DO CONCEITO CONFORTO	84
3.2.1 - Antecedentes	85
3.2.2 - Atributos	97
3.2.3 - Consequentes	117
3.3 - OUTROS ASPETOS RELACIONADOS COM O CONCEITO CONFORTO.....	123
3.3.1 - Conceitos que podem influenciar o estado de conforto	124
3.3.2 - Conceitos que englobam o conceito Conforto	125
3.3.3 - Conceitos que se confundem com o conceito Conforto	125
3.3.4 - Referenciais empíricos que permitem a mensuração do estado de conforto	126
3.4 - MAPA CONCEPTUAL DO CONFORTO	129
3.5 - DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO CONCEITO CONFORTO	131
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	165
PRINCIPAIS CONTRIBUTOS E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA	171
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
APÊNDICES	195
APÊNDICE I – Ficha de análise das referências.....	197
APÊNDICE II- Mapa conceptual para sistematização dos dados.....	201
APÊNDICE III - Instrumento de validação da análise de dados por peritos.....	205
ANEXOS	209
ANEXO I - JBI-Levels-of-Evidence	211

ÍNDICE DE FIGURAS	p.
Figura 1 - Fluxograma do processo de amostragem	64
Figura 2 - Mapa conceptual do conceito Conforto	130
Figura 3- Estrutura conceptual de <i>Bem-Estar-Subjetivo</i>	150
Figura 4 - Possível relação do conceito Conforto com <i>Bem-Estar Subjetivo</i>	153

ÍNDICE DE TABELAS	p.
Tabela 1- Contextualização do Conforto na CIF	33
Tabela 2 - Contextualização do Conforto na CIPE®	34
Tabela 3 - Posicionamento do Conforto no seio da taxonomia II da NANDA-I.....	36
Tabela 4 - Definição operacional dos diagnósticos Conforto na Taxonomia II NANDA-I.....	37
Tabela 5 - Contextualização do Conforto na NOC.....	38
Tabela 6 - Domínios/Classes que revelam subjetividade nos resultados <i>estado de conforto</i>	39
Tabela 7 - Indicadores dos resultados Conforto na NOC	40
Tabela 8 - Ligações NOC: Padrões de Saúde e NANDA-I (<i>Conforto Prejudicado</i>)	41
Tabela 9 - Diagnóstico NANDA-I <i>Disposição para comunicação melhorada</i>	42
Tabela 10 - Ligações NOC – Diagnósticos da NANDA-I (<i>Disposição para Comunicação Melhorada</i>)	42
Tabela 11 - Diagnóstico NANDA-I <i>Disposição para melhora do conforto</i>	43
Tabela 12 - Ligações NOC - Diagnósticos da NANDA-I (<i>Disposição para a Melhora de Conforto</i>)	43
Tabela 13 - Contextualização do Conforto na NIC	44
Tabela 14 - Ligações entre as intervenções NIC e os diagnósticos NANDA-I.....	46
Tabela 15 - Ligações NOC-NIC para <i>Conforto Prejudicado</i>	48
Tabela 16 - Ligações NOC-NIC para <i>Disposição para Aumento de Conforto</i>	49
Tabela 17 - Principle-Based Concept Analysis.....	59
Tabela 18 - Critérios de elegibilidade da revisão integrativa de literatura	61
Tabela 19 - Descritores utilizados na revisão integrativa de literatura	62
Tabela 20 - Distribuição da amostra segundo o país de afiliação dos autores	76
Tabela 21 - Distribuição da amostra segundo a sua abordagem metodológica	77
Tabela 22 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem qualitativa segundo o desenho de investigação	77

Tabela 23 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem quantitativa segundo o desenho de investigação	78
Tabela 24 - Distribuição da amostra de estudos secundários segundo o desenho de investigação	79
Tabela 25 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem qualitativa segundo os sujeitos em estudo	81
Tabela 26 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem quantitativa segundo os sujeitos em estudo	81
Tabela 27 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem qualitativa segundo o tipo de amostragem	82
Tabela 28 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem qualitativa segundo a presença de critérios de elegibilidade	82
Tabela 29 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem quantitativa segundo o tipo de amostragem	82
Tabela 30 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem quantitativa segundo a presença de critérios de elegibilidade	83
Tabela 31 - Distribuição da amostra segundo o seu nível de evidência	84
Tabela 32 - Antecedentes do conceito Conforto	96
Tabela 33 - Atributos do conceito Conforto.....	117
Tabela 34 - Consequentes do conceito Conforto.....	123
Tabela 35 - Conceitos que podem influenciar o estado de conforto.....	124
Tabela 36 - Conceitos que englobam o conceito Conforto (conforto como atributo)	125
Tabela 37 - Conceitos que se confundem com o conceito Conforto	126
Tabela 38 - Referenciais empíricos que permitem a mensuração do estado de conforto	128
Tabela 39 - Similaridades entre atributos de Sensação e unidades de significado de Conforto	136
Tabela 40 - Diferenciação entre antecedentes e atributos do conceito Conforto	137
Tabela 41 - Antecedentes do conceito Conforto	138
Tabela 42 - Atributos do conceito Conforto.....	141
Tabela 43 - Consequentes do conceito Conforto.....	143
Tabela 44 - Diferenças semânticas de testemunhos e interpretações do Bem-Estar com o fenómeno de Conforto.....	147
Tabela 45 - Semelhanças e diferenças conceptuais entre Conforto e Bem-Estar	152

ÍNDICE DE GRÁFICOS	p.
Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o ano de publicação	75
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o país de afiliação dos autores	76
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a sua abordagem metodológica	77
Gráfico 4 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem qualitativa segundo o desenho de investigação	77
Gráfico 5 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem quantitativa segundo o desenho de investigação	78
Gráfico 6 - Distribuição da amostra de estudos secundários segundo o desenho de investigação	79
Gráfico 7 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem qualitativa segundo o tipo de amostragem	82
Gráfico 8 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem qualitativa segundo a presença de critérios de elegibilidade	82
Gráfico 9 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem quantitativa segundo o tipo de amostragem	82
Gráfico 10 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem quantitativa segundo a presença de critérios de elegibilidade	83
Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo o seu nível de evidência	84

INTRODUÇÃO

Para atingir as características que possui hoje, a Sociedade passou por uma longa e diversificada evolução histórica. A crescente preocupação por valores essenciais à natureza humana, incrementou um olhar sobre o *ser pessoa* mais centralizado na sua individualidade, nas suas diferenças e na sua complexidade, numa compreensão mais abrangente e humanista. Na perspectiva da natureza humana, como algo mais complexo do que simplesmente *ser humano*, enquanto espécie, a noção de *pessoa* integra-se e sustenta-se num pilar fundamental, a dignidade humana².

O conceito de dignidade humana, embora intrínseco no pensamento da atualidade ocidental como valor e direito inerente a qualquer pessoa, nem sempre foi valorizado, continuando a ser alvo de preocupação ética em todos os contextos de relação humana. Foi perante a severidade de eventos históricos como a escravatura, a perseguição da Inquisição, o genocídio do Holocausto, que o reconhecimento pelo primado do *ser humano* conferiu necessidade social na sua proteção como valor humano essencial. Apesar da herança histórica da civilização, foi apenas em 1948, decorrente da II Grande Guerra, que esta consciência se oficializa pela proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Como se evidencia pela Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina (1997), a sua implementação no âmbito da medicina apenas se concretiza quase 50 anos depois, ainda assim sem a assinatura de todos os países.^{2,3}

Muito embora incutida pelas representações históricas acima descritas, a defesa pela dignidade humana está muito além das atrocidades conferidas a estes acontecimentos, estratificando-se a qualquer circunstância onde existe relação humana. No artigo I da Declaração Universal dos Direitos Humanos, contextualiza-se a sua pertinência da seguinte forma:

“All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood.”^{4 (p4)}

Como base neste direito fundamental destaca-se a razão e a consciência, características inerentes e únicas a qualquer ser humano. É pela capacidade de pensar que tomamos consciência de nós próprios, dos outros, assim como de todas as experiências da nossa vida. Integrada nesta capacidade cognitiva desenvolvemos, ao longo da vida, a autonomia que nos permite criar um quadro de valores próprio na relação que assumimos connosco, com os que nos rodeiam e com a vida em Sociedade. A razão e a consciência, pilares da autonomia,

constituem o componente elementar da cultura e da história da própria Humanidade, conferindo significado à dignidade humana^{2,3}.

O desenvolvimento deste valor absoluto inicia-se na percepção que cada um atribui à sua dignidade. O confronto da autoconsciência, da autoimagem e da autoestima (o que penso de mim) com a vida em Sociedade (o que os outros pensam de mim), desencadeia um processo dinâmico de reconhecimento e respeito intra e interpessoal, uma vez que é na relação com o outro que se é reconhecido como *ser humano*. É perante a gestão desta duplicidade de imagens que as diferenças podem emergir, comprometendo o reconhecimento e respeito de mim e do outro enquanto pessoa, desenvolvendo perdas ou danos da dignidade humana².

Salvaguardar a dignidade humana não se esgota então enquanto direito, constituindo um dever de todos nós, nos diferentes papéis que assumimos em sociedade. A perda da dignidade humana, como valor absoluto, é retratada na literatura histórica e científica de forma contínua, merecendo destaque em qualquer reflexão que façamos de eventos maiores ou, simplesmente, de relacionamentos que integram o nosso quotidiano^{2,3,5-7}. No âmbito do cuidado humano, onde a vulnerabilidade e/ou a capacitação face a situações de vida ou de saúde-doença é uma constante, salvaguardar a dignidade humana assume-se como pilar essencial, nomeadamente pela garantia da autodeterminação para o desenvolvimento de um projeto de vida, que daí advém.^{2,7-10} Os esforços empreendidos na valorização e defesa dos direitos humanos no âmbito da saúde são definidos internacionalmente pela integração da singularidade de cada um no reconhecimento de todos:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity^{11 (p1)}

No âmbito da conduta profissional, a dignidade humana é reconhecida por aspetos como o respeito, a autoconfiança, o autocontrolo, a autodeterminação, o controlo do ambiente, a privacidade e a identidade daqueles com quem cuidamos⁷⁻¹⁰. Atitudes e comportamentos no agir profissional, competências comunicacionais, reconhecimento das capacidades do outro (mesmo em situações de vulnerabilidade como a doença crónica ou o envelhecimento), incrementam o princípio de que o poder de decisão deverá ser centralizado na pessoa (autodeterminação) como resposta à sua necessidade de segurança, de controlo sobre a situação, essenciais na garantia da sua Liberdade^{3,7-10}. Intervenções baseadas na veracidade e transparência da informação no cuidado, na utilização de métodos específicos para comunicação de más notícias, no respeito e confidencialidade, são referenciadas na literatura como salvaguarda do direito da pessoa em escolher e decidir aspetos da sua vida, do que é mais importante para si e do que define como a sua dignidade^{2,5,6,8,12}.

Embora a importância da defesa da dignidade humana seja valorizada por entidades, profissões e disciplinas inerentes à saúde das pessoas, o âmbito de discussão centra-se maioritariamente na deontologia profissional, ou seja, na perspetiva de quem cuida. Com menor expressão, emerge na literatura alguma evidência do que as pessoas sentem quando são cuidadas, nomeadamente pela salvaguarda da sua dignidade⁹. Os resultados não se destacam pela positiva, identificando-se mesmo as principais causas do comprometimento deste valor absoluto: perda de controlo sobre a situação; perda de autonomia e privacidade; carência de informação e consciencialização da sua situação de vida e de saúde-doença; uso excessivo de medidas invasivas; exposição do corpo; medo e ansiedade; e dependência de outros ou dos sistemas de saúde^{8,13}. O desenvolvimento de instrumentos de medida, passíveis de mensurar a dignidade humana¹⁴, tendem a confirmar esta realidade onde o sentimento de perda ou dano deste valor humano se manifesta com alguma expressividade^{8,15-17}.

O presente estado do cuidado é associado, na literatura, à sua evolução histórica e paradigma subjacente. Face à evolução da medicina, ao desenvolvimento tecnológico que permitiu a cura e/ou tratamento prolongado de doenças crónicas, o modelo biomédico ainda permanece enraizado nos sistemas de saúde¹⁰. Apesar da segunda revolução da Saúde (na década de 70 do século XX), em que o enfoque transita da cura para a prevenção da doença como estratégia de promoção de saúde, apesar dos esforços legislativos na conceptualização da saúde centrada no holismo, operacionalizado por declarações universais, leis constitucionais, convenções internacionais e códigos deontológicos³, a transição do paradigma do cuidado, pela perspetiva de quem utiliza os serviços de saúde, ainda oferece limitações. A mudança emergente da conceção de saúde, da cura da doença para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, adquire especial significado quer na garantia da dignidade humana, na sustentabilidade dos sistemas de saúde, quer da própria sociedade¹⁰.

Sem intencionalidade de desvalorizar a vertente física dos cuidados de saúde, basilares de todas as necessidades humanas, o enfoque da saúde em fenómenos de carácter holístico parece-nos ser essencial como forma de cuidar segundo as prioridades das pessoas, ao invés das prioridades dos profissionais⁷.

A enfermagem esteve sempre ligada à essência humana, mesmo antes da sua profissionalização. O ser humano sempre necessitou de ser cuidado, constituindo a atividade mais precoce da sua história pela simples representação de cuidar dos filhos. Centralizado culturalmente na mulher, o cuidado estratifica-se para a assistência durante o parto, para o amparo das pessoas doentes, assim como para o acompanhamento dos moribundos e aconchego dos seus entes mais

próximos. Remonta a história que na primeira fase da enfermagem, prévia à sua profissionalização, predominou o “modelo religioso” em que a fraternidade, a caridade e o autossacrifício seguia a doutrina cristã na necessidade de amar a Deus e ao próximo. A organização da enfermagem enquanto profissão remonta ao século XIX, sob a influência de Florence Nightingale, onde a preocupação com o carácter e o comportamento profissional veio amplificar a atividade meramente vocacional. No início do século XX aspirava-se da enfermeira uma profissional obediente e virtuosa, destacando-se deste último atributo características pessoais como ter bom coração, bom humor, sentir com os doentes as suas desgraças e padecimentos, assim como assistir sempre com simpatia. Em meados do século XX, decorrente do impacto da moderna tecnologia médica, o cuidado centralizou-se em procedimentos técnicos passíveis de complementar a assistência de outros profissionais de saúde. É a partir deste marco histórico que a enfermagem se descentraliza da pessoa e enaltece a característica técnica do fazer. Ainda que seduzidos pelo desenvolvimento de competências suscetíveis de controlar o prolongamento da vida, a reflexão da profissão como algo mais do que tratar através da tecnologia, está presente até aos dias de hoje. Aliado ao poder da relação humana, acredita-se num cuidado centralizado na pessoa, promotor da sua aprendizagem, da sua capacidade em gerir os seus próprios recursos, objetivando a gestão dos processos de vida e de saúde-doença com autonomia, com sentido de vida e com dignidade até à morte. Apesar da tecnicidade do cuidado, a enfermagem ainda permanece muito associada à representação social de “ajudar o outro”, enaltecendo a vocação inerente a uma profissão e disciplina de relação humana: de, para e, essencialmente, com as pessoas¹⁸.

Enquanto disciplina, acompanhando a sua evolução histórica, é a partir da década de 50 do século XX, que os enfermeiros se interessam em definir explicitamente a natureza da sua profissão. O desenvolvimento de modelos conceptuais capazes de explicar a essência da profissão foi definindo o *core* de conhecimentos próprios da disciplina, passíveis de caracterizar não só as suas particularidades, como também definir o seu espaço no seio das equipas multidisciplinares das ciências da saúde. Muito embora a influência do paradigma biomédico ainda predomine na prática dos enfermeiros, é consensual na literatura que o foco de atenção da disciplina são as respostas humanas inerentes às transições de vida e de saúde-doença que as pessoas apresentam ao longo do seu ciclo vital. Vejamos: após um episódio agudo de doença, como um acidente vascular cerebral, já diagnosticado e submetido a terapêutica específica, as pessoas e famílias (cuidadores) vivenciam uma crise de vida importante, com alteração profunda da sua dinâmica familiar e social e, na sua maioria, sem qualquer competência para receber em casa o seu familiar^{19,20}; após o nascimento do primeiro filho, o regresso a casa reveste-se de

muitas dúvidas e inseguranças. O desenvolvimento do papel parental não é inato e carece competências específicas no sentido de um crescimento saudável, quer em termos de saúde quer na promoção de cidadãos ativos em sociedade^{21,22}; a adesão e gestão dos regimes terapêuticos continua a ser uma dificuldade das pessoas em situação de doença crónica que compromete diretamente a sua qualidade de vida^{23,24}, constituindo um dos principais problemas da sustentabilidade dos sistemas de saúde^{25,26}. O diagnóstico destas respostas humanas, assim como o desenvolvimento de competências passíveis de promover a autonomia das pessoas na readaptação do seu projeto de vida à condição de saúde, é um processo complexo e que, necessariamente, carece de uma intervenção especializada. Em síntese, evidencia-se um campo disciplinar muito específico, em que as necessidades em cuidados de saúde condicionarão mudanças nos exercícios dos seus profissionais, nomeadamente no exercício profissional do enfermeiro²⁷.

Concordante com a definição de saúde internacionalmente aceite¹¹, integrando o *core* de conhecimentos próprios da disciplina de enfermagem²⁷ e respeitando a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴, consideramos que o estudo de fenómenos, passíveis de compreender ou mensurar a complexidade das vivências das pessoas nos seus processos de vida e de saúde-doença, se evidencia como uma necessidade premente.

Intimamente ligado à essência da enfermagem, e porque é em respostas humanas que incide o nosso interesse, o conforto emerge da literatura como um fenómeno intrínseco à evolução histórica e científica da disciplina²⁸⁻³¹. Concomitantemente, existe evidência importante na apropriação que este conceito assume nas pessoas, nomeadamente na complexidade das suas experiências de vida e de saúde-doença³²⁻⁴⁰. Apesar do investimento dos investigadores na mensuração do conceito, passível de incrementar o seu nível de evidência e respetiva translação no cuidado de enfermagem, a subjetividade que lhe é inerente ainda constitui uma das principais limitações sentidas na academia⁴¹⁻⁴⁶. Dada a sua multidimensionalidade, o conforto assume-se, na literatura e nos sistemas de organização do conhecimento da disciplina, como estado (confortável), como necessidade humana (necessidades de conforto), como intervenção do enfermeiro (medidas confortadoras), ou mesmo como resultado desejável, quer para o cuidado humano, quer para a enfermagem enquanto disciplina^{41,44,47}. Apesar da unanimidade da sua pertinência para o cuidado humano assumido por profissionais^{29,42,45,48-51} e, essencialmente, pelas pessoas com quem cuidamos^{32-40,52}, acreditamos que o âmbito de discussão se centra na mensuração do próprio conceito.

Conscientes da importância de conceitos claros para a evolução da disciplina, numa perspectiva ontológica do conhecimento^{1,53-55}, questionámo-nos: o que significa sentir conforto? Operacionalizamos assim como objetivo geral:

- Definir o conceito de conforto enquanto estado.

A natureza da questão de investigação inicial, remeteu-nos para o método de análise conceptual, definindo como objetivos norteadores do percurso metodológico:

- Identificar os antecedentes do estado conforto;
- Identificar os atributos do estado conforto;
- Identificar os consequentes do estado conforto.
- Identificar conceitos que podem influenciar o estado de conforto;
- Identificar conceitos que englobam o estado de conforto (conceitos em que o conforto surge como atributo);
- Identificar conceitos que se confundem com o estado de conforto;
- Identificar referenciais empíricos que permitem a sua mensuração.

Procuramos compreender o significado que o conforto assume para as pessoas que o sentem (enquanto estado) a partir da evidência disponível, assumindo um posicionamento indutivo, mediado pela metodologia qualitativa. Desenvolvemos o percurso metodológico em três fases de investigação: Iniciamos com a revisão integrativa de literatura do fenómeno em enfermagem, sistematizando os diversos referenciais disponíveis; continuámos com a construção de um mapa conceptual, objetivando a clareza das relações de todas as variáveis na estrutura cognitiva dos autores; e “mergulhámos” na análise hermenêutica dos dados (análise de conteúdo), passível de integrar a evidência disponível num só significado: a definição do conforto enquanto estado.

O documento que se apresenta à academia, suporte da tese emergente do percurso metodológico, apresenta-se dividido estruturalmente em seis capítulos. Após a presente nota introdutória, contextualiza-se a problemática a partir de uma análise pormenorizada do conforto nos sistemas de organização do conhecimento da disciplina (sistemas de linguagem padronizada), confrontando-o com o estado da arte (ciência) emergente da evidência disponível. Destacado o principal problema de investigação, operacionaliza-se o percurso metodológico que mediou o presente estudo, em segundo capítulo. No terceiro capítulo, inicia-se a apresentação dos resultados pela caracterização da amostra, seguido pela especificação das tabelas de análise de conteúdo passíveis de conferir significado aos principais objetivos da investigação. Como síntese deste capítulo, após a simplificação dos resultados, apresenta-se o

mapa conceptual do conceito de conforto, enquanto estado, assim como a sua definição operacional, atendendo às características essenciais defendidas pelo método de análise conceptual utilizado¹. No quarto capítulo efetiva-se a discussão dos resultados em que, pela exploração do pensamento crítico dos autores, se dá o sentido final da interpretação dos resultados emergentes. Em quinto capítulo, considerações finais, damos resposta às questões de investigação, assim como apresentamos as principais limitações que, em nosso parecer, o estudo apresenta. Em sexto capítulo, perspetiva-se o futuro pela sugestão de investigação decorrente das nossas conclusões. Integrando a evidência produzida, organiza-se a sua continuidade por linhas de investigação em análise e em desenvolvimento conceptual, sistematizando o caminho a seguir e confiando no interesse de outros investigadores no fenómeno. Após a apresentação das referências que sustentaram este documento, permite-se a consulta de apêndices e anexos que esperamos constituírem um complemento útil na leitura, interpretação e apreciação do presente relatório.

Contextualiza-se ainda que o presente documento foi redigido segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, integrando a norma de referência de Vancouver, dinamizada pelo software *Mendley*[®], na mensuração das respetivas fontes.

1 - ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

O termo conforto tem acompanhado a Enfermagem ao longo da sua história enquanto profissão; já na época de Florence Nightingale, o aumento da saúde e conforto estavam associados a resultados eficazes na prática de enfermagem⁵⁶. Esse testemunho do passado, com a devida evolução ao longo do tempo, permanece bem visível na atualidade sendo considerado na literatura como um fenómeno intimamente ligado ao cuidado humano, universalmente desejável e com relevância para o corpo de conhecimentos próprios da disciplina de Enfermagem^{28-31,44}.

Nos dias de hoje é visível a constante utilização da palavra conforto que nos acompanha desde a formação inicial até à prática profissional, essencialmente em situações de respostas humanas no percurso saúde-doença. Conforto é frequentemente utilizado como validação das nossas intervenções, sendo quase um hábito questionar: “está confortável?” Por um lado, a utilização da palavra conforto remete-nos para um nível de apreciação que transcende o físico, o imediato, conduzindo a pessoa a quem questionamos a uma autoapreciação de carácter holístico; por outro, potencia quer o processo de prestação do cuidado, quer a avaliação das nossas intervenções pelo testemunho direto das pessoas com quem cuidamos.

Considerado um conceito multidimensional, a literatura não é unânime quanto ao seu significado, assumindo-se: como um estado em que a pessoa se encontra (confortável); como uma necessidade sentida (necessidades de conforto); como uma intervenção do enfermeiro (cuidado confortador); ou mesmo como um resultado desejável, quer do cuidado humano, quer da Enfermagem enquanto disciplina^{41,44,57}. No entanto, qualquer que seja o significado assumido, a literatura converge num mesmo sentido: A importância do conforto no cuidado de enfermagem, nomeadamente na cientificidade da sua metodologia, isto é, no processo de Enfermagem. Quando analisamos a literatura disponível podemos encontrar significados do conceito ligado à avaliação de necessidades de conforto, à formulação de diagnósticos, às intervenções confortadoras, ou a resultados desejáveis, ou seja, que as pessoas sintam conforto^{30,41}.

Numa análise centrada na dinâmica da metodologia do processo de enfermagem, podemos afirmar que compreende essencialmente cinco fases: a avaliação, onde se pretende a apreciação

das necessidades sentidas; o diagnóstico, processo centrado no raciocínio clínico com identificação de indicadores passíveis de distinguir o verdadeiro problema da pessoa/família; o planeamento, com especificação dos resultados e intervenções que façam face ao diagnóstico inicial; e a avaliação, dinâmica em todo o processo e centralizada nos resultados definidos no planeamento⁵⁸. Apesar do dinamismo inerente às fases descritas, o raciocínio clínico, ou seja, a capacidade do enfermeiro selecionar o diagnóstico correto é essencial e determinante no decurso das etapas seguintes^{58,59}. Inevitavelmente, se o diagnóstico não for direcionado para as reais necessidades da pessoa, os resultados desejáveis não vão colmatar essas necessidades nem mesmo as intervenções serão de alguma forma eficazes. O raciocínio clínico, inerente ao diagnóstico, envolve o reconhecimento de indicadores nas pessoas/famílias que, em conjunto, conduzem o enfermeiro a uma representação mental dos possíveis diagnósticos. Numa colheita de dados cada vez mais focalizada, o enfermeiro procura aferir as principais diferenças/particularidades dos indicadores clínicos que a pessoa/família apresenta, passíveis de aumentar a exatidão do raciocínio clínico. Consciente do significado de cada conceito na disciplina de enfermagem, a avaliação das necessidades emerge como um processo de procura incessante de indicadores clínicos, ou sinais e sintomas, ou fatores de risco que possibilitem a escolha do diagnóstico correto, ou seja, de um raciocínio clínico eficaz. A precisão do diagnóstico aumenta quando o raciocínio clínico é baseado em evidência. A identificação do diagnóstico correto permite o planeamento de intervenções direcionadas para as reais necessidades das pessoas, ou seja, a mensuração de resultados sensíveis à prática de enfermagem^{58,60}.

Vários estudos referenciam a integração de diagnósticos, resultados e intervenções como metodologia de assistência à pessoa/família, embora poucos tenham sido objeto de investigação, o que torna discutível a sua aplicabilidade em populações e contextos específicos cada vez mais complexos^{58,61,62}. Numa outra análise, existe evidência na importância de uma subjetividade no raciocínio clínico, ou seja, perante a mesma pessoa são reconhecidas evidências clínicas semelhantes, mas identificados diferentes diagnósticos ou resultados^{58,62,63}. A prática da Enfermagem baseada em evidência (diagnósticos, resultados e intervenções) ainda carece de muita investigação, desde o estudo dos próprios conceitos até à experimentação clínica, o que condicionará os resultados e as decisões do cuidado às pessoas/famílias/grupos/comunidades^{58,63}.

O desenvolvimento do conhecimento da enfermagem na prática clínica e na teoria tem sido acompanhado pela evolução de sistemas de linguagens padronizadas. Estas linguagens possibilitam o incremento do raciocínio clínico dos profissionais e estudantes, a segurança do

cuidado pela redução do erro, a uniformização na utilização dos conceitos na assistência à pessoa/família, a eficácia da comunicação entre profissionais, assim como o aumento de evidência na eficácia e efetividade dos resultados nas pessoas/famílias, sensíveis ao cuidado dos enfermeiros. Independentemente da especificidade de cada sistema de linguagem padronizada, o uso deste instrumento em qualquer disciplina depende do rigor e precisão dos conceitos utilizados. Dependendo do *core* de conhecimentos de cada disciplina, estes sistemas são instrumentos importantes na produção de conhecimento, uma vez que são uma compilação da evidência disponível, assim como uma fonte importante de futura investigação ^{58,60,64}.

Considerando a enfermagem enquanto disciplina, os conceitos relevantes para a sua prática, teoria e investigação centram-se: nas respostas das pessoas aos acontecimentos da sua vida, de saúde e doença (diagnósticos); na especificidade das ações dos enfermeiros que influenciam positivamente essas respostas (intervenções); e no melhor padrão possível de saúde e autonomia na gestão da doença e dos processos de vida (resultados). Convergindo num mesmo sentido, a precisão dos conceitos e a forma como estes se organizam, dentro da estrutura dos sistemas de linguagem padronizadas, aumentam a consistência de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem ⁶⁰.

Para além de uma linguagem comum, os sistemas de linguagem padronizadas organizam conceitos desenhando uma estrutura lógica, relacionando hierarquicamente conceitos de acordo com os seus atributos ou significados. A necessidade na identificação e classificação de fenómenos relevantes na prática de enfermagem possibilitou o desenvolvimento de taxonomias e classificações, que são exemplos de sistemas de linguagem padronizadas ^{60,65,66}.

No âmbito do conhecimento e linguagem padronizada em enfermagem emergem da prática clínica algumas classificações e taxonomias que integram o cuidado do enfermeiro ⁶⁷. São exemplo a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) ⁶⁸, NANDA-I (NANDA International, Inc.) ⁵⁸, a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) ⁶⁹, a NIC (Nursing Intervention Classification) ⁷⁰, a NOC (Nursing Outcomes Classification) ⁷¹. Numa conjugação de etapas metodológicas para mensuração de resultados sensíveis à prática de enfermagem, a NANDA-I desenvolveu terminologias comuns NANDA-NIC-NOC (NNN) ⁷² utilizadas em diversos contextos ⁷³.

As taxonomias não são mais do que formas de enquadrar conceitos, hierarquicamente relacionados, daí emergindo uma classificação passível de os organizar em grandes grupos. Na sistematização desses grupos, ou Domínios, as taxonomias representam os grandes fenómenos

de interesse para a prática de Enfermagem. Cada domínio divide-se em diversas classes, passíveis de agrupar diagnósticos/resultados/intervenções que tenham atributos comuns. Na dinâmica da taxonomia, hierarquicamente construída, cada diagnóstico/resultado/intervenção pertence apenas a uma classe, apenas a um domínio. Só desta forma é possível guiar o raciocínio clínico do enfermeiro na seleção do diagnóstico correto aumentando a precisão/acurácia da identificação das necessidades das pessoas/família com quem cuidamos^{58,60,65}. Só desta forma é possível determinar, a partir do correto diagnóstico, as intervenções válidas para atingir resultados nas pessoas sensíveis à prática dos enfermeiros.

Considerando os sistemas de linguagem padronizadas como reflexo do conhecimento de uma disciplina, baseada na importância da precisão dos conceitos, assim como nos princípios estruturantes da sua hierarquia, propomo-nos a uma análise crítica do conceito de conforto no seio destas classificações e taxonomias. Apresentaremos inicialmente uma pequena caracterização da referida classificação/taxonomia, de forma a contextualizar o leitor, seguida da respetiva análise.

A CIF é uma das classificações desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A sua estrutura define componentes de saúde e alguns componentes de bem-estar relacionados com a saúde. A estrutura ontológica é sustentada pela perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, nomeadamente em duas listas de terminologia estruturantes: 1) Funcionalidade e Incapacidade; 2) Fatores Contextuais. Na primeira parte a classificação caracteriza as pessoas segundo as funções e estrutura do corpo, assim como as suas atividades e participação. Pela categorização dos diferentes domínios é possível caracterizar o perfil de saúde de uma pessoa numa determinada condição, mensurando o que é capaz ou não de realizar, ou seja na sua funcionalidade e/ou incapacidade. A segunda parte da classificação inclui uma lista de fatores ambientais e pessoais que descrevem o contexto em que a pessoa vive, permitindo o desenvolvimento de fatores de risco ou determinantes de saúde/doença, quer na prática quer na investigação⁶⁸.

O conforto não consta como conceito na terminologia desta classificação. No entanto, está associado a outros conceitos, nomeadamente na parte 1 (Funcionalidade e Incapacidade) na componente Atividades e Participação, no seu domínio 5 – Autocuidado. Caracteriza-se então na Tabela 1 o contexto do conforto no âmbito desta classificação:

Parte 1 - *Funcionalidade e Incapacidade*

Componente: *Atividades e Participação*

Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.

Participação é o envolvimento numa situação da vida real.

Limitação da atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades.

Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Domínio 5: *Auto Cuidados*

Este domínio trata do auto cuidados como lavar-se e secar-se, cuidar do corpo e das partes do corpo, vestir-se, comer e beber e cuidar da própria saúde

d570: *Cuidar da Própria Saúde*

Assegurar o conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental, como por exemplo, manter uma dieta equilibrada, e um nível apropriado de actividade física, manter uma temperatura corporal adequada, evitar danos para a saúde, seguir práticas sexuais seguras, incluindo a utilização de preservativos, seguir os programas de imunização e realizar exames físicos regulares.

Inclui: assegurar o próprio conforto físico, controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde.

d5700: *Assegurar o próprio conforto físico*

Cuidar de si próprio, tendo consciência da necessidade de garantir que o corpo está numa posição confortável, sem muito calor ou frio e que dispõe de iluminação adequada.

Tabela 1- Contextualização do Conforto na CIF ⁶⁸ (pp.112,132,134).

Analisando as características do conforto nesta classificação podemos verificar a íntima relação deste conceito com a independência no autocuidado, assim como na capacidade em garantir as necessidades corporais. Visivelmente focado na vertente física e ambiental, o conceito inerente ao conforto exclui outros atributos considerados, na literatura, como válidos e essenciais para as pessoas que o sentem, nomeadamente no âmbito psicoespiritual e sociocultural ^{30,44}. Podemos então concluir que o conceito de conforto inerente a esta classificação é muito redutor face ao conhecimento que a disciplina de enfermagem atribui, na atualidade, ao próprio conceito.

A CIPE® é uma classificação de termos promovida pelo International Council of Nurses (ICN), reconhecida pela OMS desde 1995 com a edição da sua primeira versão. A terminologia/conceitos que a constituem resultam de consensos acerca do que os enfermeiros consideram que é observado nas pessoas com quem cuidam (diagnósticos e resultados), assim como as ações que implementam na resolução de problemas de saúde (intervenções de enfermagem). Estruturada num modelo de 7 eixos (foco, juízo, cliente, ação, recursos, localização e tempo), cada enfermeiro na sua prática profissional seleciona os termos (conceitos

individuais) necessários, para que sejam construídos os respetivos diagnósticos e intervenções. Dada a subjetividade do raciocínio clínico inerente à prática de cuidados, bem documentada na literatura ^{59,60}, a seleção de conceitos isolados por cada enfermeiro poderá comprometer a precisão/acurácia na escolha adequada do diagnóstico, dos resultados e das intervenções. Numa tentativa de uniformizar os diagnósticos construídos pelos enfermeiros, a CIPE® impulsiona em 2008 a necessidade de elaborar catálogos CIPE® que descrevam diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem apropriadas a situações particulares do cuidado. A organização desta terminologia, com diagnósticos, resultados e intervenções já definidos, ainda se encontra em desenvolvimento, objetivando: reduzir a subjetividade dos diagnósticos no cuidado do enfermeiro; aumentar a eficácia da documentação clínica; incrementar a investigação e a melhoria da qualidade do cuidado ⁶⁹.

No que à CIPE® diz respeito, o conforto é classificado como foco (confortável e conforto) e como ação (confortar). Atendendo à necessidade da criação dos catálogos CIPE®, a última edição desta classificação enuncia já duas listas de resultados pré-coordenados de diagnóstico/resultados e Intervenções. Nesta listagem o conforto é descrito como diagnóstico/resultados (confortável) e não emerge como intervenção. A Tabela 2 esquematiza a contextualização do conforto na classificação CIPE®.

Eixo	Termo	Descrição
Foco	<u>Confortável</u>	Conforto
<i>Área de atenção que é relevante para a Enfermagem (exemplos: dor, sem-abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimentos)</i>	<u>Conforto</u>	Status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal
Ação	<u>Confortar</u>	Relacionar: consolar alguém nos momentos de necessidade
<i>Processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente (exemplos: educar, trocar, administrar, monitorizar)</i>		
Diagnóstico/Resultado	<u>Confortável</u>	Confortável
Intervenção	Ausente	Ausente

Tabela 2 - Contextualização do Conforto na CIPE® ⁶⁹ (pp 19,47,155)

Contextualizando o conceito de conforto na CIPE® podemos facilmente identificar a utilização dos vários significados de conforto, também descritos na literatura ⁶⁵. A subjetividade do conceito também se evidencia nesta classificação onde podemos encontrar conforto enquanto estado (conforto), enquanto resultados (confortável) e enquanto intervenção (confortar). A aplicabilidade do conceito nesta classificação, e sendo uma classificação baseada no consenso

de peritos, vincula a pertinência do mesmo para o cuidado humano ^{41,57,74}. No entanto, quando analisamos as referidas definições operacionais, os atributos definidos a cada conceito são subjetivos, redutores e pouco coerentes com o estado da arte (ciência)^{30,57}. Enquanto foco, estar confortável remete-nos para o conceito de conforto, sendo neste mencionado apenas a sua vertente física, quando a literatura é unânime no significado holístico do conceito ^{42,46}. Para além da centralização do conceito no corpo, também se verifica a sua ambiguidade com o conceito de bem-estar, não estando clara a relação entre estas duas entidades conceptuais. Na análise do conforto enquanto ação, “*consolar alguém nos momentos de necessidade*”, do ponto de vista semântico, encontra-se pouco coerente com a definição de conforto apresentada enquanto foco. Se conforto é a “*sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal*”, então as intervenções inerentes seriam do âmbito da satisfação de necessidades físicas e não no âmbito do consolo nos momentos de necessidade. Etimologicamente consolar/consolo emerge na literatura como um dos atributos do conceito, referenciando-se ao conforto enquanto ajuda, auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor ou infelicidade ^{30,42,46}. Consolar nos momentos de necessidade remete-nos então para um conceito de conforto que transcende o físico e o imediato, visivelmente integrado numa vertente holística das necessidades das pessoas/famílias com quem cuidamos. No âmbito dos catálogos CIPE[®], embora ainda em desenvolvimento, conforto não é considerado como diagnóstico ou intervenção, apresentando-se apenas como resultado (confortável).

Na taxonomia da NANDA-I, a aceitação de um diagnóstico significa que este foi recebido pela associação para desenvolvimento, ou seja, considerado apropriado para validar e investigar. São recomendados estudos de análise de conceito e de validação clínica de forma que enunciados, definições, características definidoras e fatores relacionados dos diagnósticos em uso sejam baseados em evidência, alicerçando de forma mais consistente o juízo clínico dos profissionais. Um diagnóstico é válido quando os seus componentes representam o que se passa na prática clínica ^{58,75}.

O diagnóstico conforto tem gerado na literatura alguma controvérsia e necessidade de reflexão acrescida ⁶⁵. Na taxonomia II da NANDA-I conforto é assumido como domínio, classe, assim como diagnóstico, acrescido naturalmente do devido julgamento. A discussão incide na posição que ocupa na taxonomia, nomeadamente na abrangência de cada conceito nos diferentes níveis da hierarquia (Tabela 3).

Domínio	Classes	Diagnósticos
<u>12 - Conforto</u> <i>Sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social.</i>	<u>1- Conforto Físico</u> <i>Sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre de dor.</i>	<u>Conforto Prejudicado</u> <i>Percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e/ou social.</i> <u>Disposição para conforto melhorado</u> <i>Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental e/ou social, que pode ser fortalecido.</i>
	<u>2- Conforto Ambiental</u> <i>Sensação de bem-estar ou tranquilidade no/com o próprio ambiente.</i>	<u>Conforto Prejudicado</u> <i>Percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e/ou social.</i> <u>Disposição para conforto melhorado</u> <i>Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental e/ou social, que pode ser fortalecido.</i>
	<u>3- Conforto Social</u> <i>Sensação de bem-estar ou tranquilidade com a própria situação social.</i>	<u>Conforto Prejudicado</u> <i>Percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e/ou social.</i> <u>Disposição para conforto melhorado</u> <i>Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental e/ou social, que pode ser fortalecido.</i>

Tabela 3 - Posicionamento do Conforto no seio da taxonomia II da NANDA-I 76 (pp 423-426)

Numa primeira análise, podemos verificar a repetição de diagnósticos em diferentes classes, nomeadamente o diagnóstico *Conforto Prejudicado* e *Disposição para conforto melhorado* que se repete em todas as classes do respetivo domínio. Na definição operacional de cada conceito, igual em todos os diagnósticos, os diagnósticos assumem um âmbito maior que as respetivas classes e domínios, uma vez que abrangem a dimensão psíquica e/ou cultural, ausente na definição da classe ou domínio correspondente. Em síntese, os diagnósticos repetem-se em diferentes classes, assim como semanticamente são mais abrangentes que as suas classes ou domínios, situação que não respeita os princípios estruturais de qualquer taxonomia ^{58,60,66}.

Num segundo ponto de análise, incidimos a nossa atenção na definição dos referidos diagnósticos, contextualizando-os historicamente com o seu aparecimento na taxonomia. Sustentados nos estudos de Katharine Kolcaba ³¹, o acréscimo do domínio conforto com as respetivas classes e diagnósticos na taxonomia II é efetivada logo no ano da sua apresentação, é classificado em domínio próprio, domínio 12 – *Conforto*, e operacionalizado em 3 classes

distintas: *Conforto Físico*, *Conforto Ambiental* e *Conforto Social*. Os diagnósticos de enfermagem *Conforto Prejudicado* e *Disposição para conforto melhorado* encontram-se presentes nas 3 classes. Foram aprovados para desenvolvimento em 2008 e 2006, sobre proposta da autora e revistos nos anos de 2010 e 2013, respetivamente, assumindo um nível de evidência de 2.1⁵⁸. Emergindo estes diagnósticos de uma teoria de médio alcance³¹, é notória a abrangência do conceito de conforto nas definições operacionais dos próprios diagnósticos (Tabela 4).

Conforto Prejudicado

Percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.

Disposição para conforto melhorado

Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social, que pode ser fortalecido.

Tabela 4 - Definição operacional dos diagnósticos Conforto na Taxonomia II NANDA-I⁷⁶ (pp 425-426).

A centralização dos diagnósticos na tranquilidade, alívio ou transcendência na dimensão física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental de uma pessoa/família/grupo/comunidade, remetem-nos para uma apreciação de carácter holístico em que todas as dimensões do ser humano se encontram contempladas⁷⁷. A questão será então: qual a especificidade destes diagnósticos? Que diagnóstico da taxonomia não se insere nestes conceitos? A abrangência da definição, quer de *Conforto prejudicado*, quer de *Disposição para conforto melhorado*, contempla a totalidade dos diagnósticos da taxonomia uma vez que, do ponto de vista ontológico, as definições destes diagnósticos emergem de uma visão estruturada da enfermagem enquanto prática e disciplina, ou seja de uma teoria de médio alcance^{31,53}.

A taxonomia de resultados NOC surge em 1991, pouco tempo depois da taxonomia de intervenções NIC. Face à necessidade de documentação da prática clínica, já com taxonomias de diagnósticos e intervenções sistematizadas, era evidente a necessidade de uma taxonomia de resultados, como forma de completar o ciclo da metodologia científica do cuidado de enfermagem. Atualmente a NOC contém 490 resultados direcionados para indivíduos, famílias e comunidades em contexto da prática clínica dos enfermeiros. Define-se como resultado um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família, grupo ou comunidade, que seja medido ao longo de um contínuo, em resposta à(s) intervenção(ões) de enfermagem. Cada resultado é constituído pela respetiva definição (conceito), operacionalizado por um conjunto de indicadores que permitirão a sua mensuração ao longo do tempo (escalas). As escalas utilizadas na mensuração dos indicadores de resultados desenvolvem-se num contínuo de 1 a 5,

do mais negativo para o mais positivo. Em síntese, a integração dos resultados NOC no cuidado permitem a monitorização do grau de evolução/involução do estado de saúde das pessoas/famílias/grupos ou comunidades num determinado contexto⁷¹. Os resultados NOC que envolvem o conceito de conforto são definidos como *Estado de Conforto* e são esquematizados na Tabela 5.

Domínio	Classes	Resultados
<u>V-Saúde Percebida</u>	<u>U- Saúde e Qualidade de Vida</u>	<u>Estado de conforto</u>
<i>Resultados que descrevem impressões de um indivíduo sobre a saúde e a assistência à saúde</i>	<i>Resultados que descrevem o estado de saúde percebida e as circunstâncias de vida relacionadas de um indivíduo.</i>	<i>Conforto geral físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental e segurança de um indivíduo.</i>
		<u>Estado de Conforto: Ambiente</u>
		<i>Relaxamento ambiental, conforto e segurança do ambiente</i>
		<u>Estado de Conforto: Físico</u>
		<i>Relaxamento físico relacionado com sensações corporais e mecanismos homeostáticos</i>
		<u>Estado de Conforto: Psicoespiritual</u>
		<i>Relaxamento psicoespiritual relacionado a autoconceito, bem-estar emocional, fonte de inspiração e sentido e finalidade na própria vida.</i>
		<u>Estado de Conforto: Sociocultural</u>
		<i>Relaxamento social associado a relações interpessoais, familiares e sociais, dentro de um contexto cultural.</i>

Tabela 5 - Contextualização do Conforto na NOC ⁷¹ (pp 49,318-321).

Analisando o domínio e classe em que os resultados *Estados de conforto* se integram, conseguimos perceber que se encontram concordantes com a sua literatura conceptual, ou seja, intimamente ligado á experiência única sentida e descrita apenas por quem a sente^{30,42,46} (*V-Saúde Percebida*). No entanto, a integração dos referidos resultados neste domínio pressupõe a concienzialização da pessoa do conforto sentido, uma vez que percebe e identifica o que está a sentir. Neste ponto de análise a literatura não é clara, assumindo mesmo ser um estado que está para além da consciência, de natureza pré-reflexiva, que é melhor reconhecido ou identificado quando a pessoa está em situação de desconforto^{32,78}.

Numa visão geral, os resultados *Estados de conforto* apresentados pela NOC, mantêm a estrutura conceptual segmentada nas vertentes holísticas. Constituindo o holismo um conceito que integra as pessoas como um todo^{77,79,80}, a sua aplicabilidade a sistemas padronizados de linguagem (domínios-classes-resultados com definições hierarquicamente estruturados), nomeadamente a níveis hierarquicamente inferiores (na definição dos resultados), dificulta a objetividade que lhe deverá ser inerente ⁶⁰. À semelhança do explanado anteriormente com a

taxonomia de diagnósticos NANDA-I, a definição dos resultados *Estados de conforto* encontram-se muito abrangentes, sobrepondo-se ou equiparando-se semanticamente a níveis hierárquicos superiores de outros domínios ou classes. Como exemplo, quando examinamos as suas definições operacionais, podemos verificar a ténue diferença entre resultados, classes ou domínios que poderá incrementar a subjetividade do raciocínio clínico no cuidado do enfermeiro (Tabela 6):

Domínio	Classe	Resultado	Subjetividade no raciocínio clínico		Classe	Domínio
			Definição	Definição		
V-Saúde Percebida	U-Saúde e Qualidade de Vida	<u>Estado de Conforto: Físico</u>	Relaxamento físico relacionado com sensações corporais e mecanismos homeostáticos.	Resultados que descrevem o funcionamento orgânico.		II-Saúde Fisiológica
		<u>Estado de Conforto: Psicoespiritual</u>	Relaxamento psicoespiritual relacionado a autoconceito, bem-estar emocional, fonte de inspiração e sentido e finalidade na própria vida.	Resultados que descrevem a saúde emocional e autopercepção relacionada de um indivíduo.	M - Bem-estar Psicológico	III - Saúde Psicossocial
		<u>Estado de Conforto: Sociocultural</u>	Relaxamento social associado a relações interpessoais, familiares e sociais, dentro de um contexto cultural.	Resultados que descrevem os relacionamentos de um indivíduo com outros.	P- Interação Social	Resultados que descrevem o funcionamento psicológico e social.

Tabela 6 - Domínios/Classes que revelam subjetividade nos resultados *estado de conforto* 71 (pp 48,58,319-321).

Confrontando o resultado *Estado de Conforto: Físico*, com o domínio *II-Saúde Fisiológica*, podemos verificar que apesar de diferirem entre a perceção da pessoa (Saúde Percebida) e o funcionamento (Saúde Fisiológica), nas suas definições operacionais esta diferença apresenta-se de forma dúbia, uma vez que as *sensações físicas* e os *mecanismos homeostáticos* (resultado de *Estado de Conforto*) sobrepõem-se semanticamente ao *funcionamento orgânico* (Domínio *Fisiológico*). De forma semelhante, no domínio *Saúde Psicossocial*, no confronto da sua definição operacional com a do resultado *Estado de Conforto: Psicoespiritual* e *Estado de Conforto: Sociocultural*, a subjetividade parece manter-se nomeadamente pela semelhança das suas definições operacionais. Muito embora os resultados em análise se centrem no *relaxamento* e os domínios/classes no *funcionamento*, a diferenciação conceptual passível de guiar o pensamento do enfermeiro no rigor da escolha do resultado, não se apresenta de forma clara. A utilização de palavras que, embora distintas, poderão apresentar valor semântico sobreponível é uma realidade, nomeadamente: *autoconceito vs autopercepção; bem-estar*

emocional vs bem-estar psicológico; relações interpessoais, familiares e sociais vs relacionamentos de um indivíduo com os outros.

Seguimos as nossas indagações com a análise dos indicadores dos resultados Estado de Conforto NOC (Tabela 7)

<u>Estado de conforto</u>	<u>Estado de Conforto: Ambiente</u>	<u>Estado de Conforto: Físico</u>	<u>Estado de Conforto: Psicoespiritual</u>	<u>Estado de Conforto: Sociocultural</u>
Bem-estar físico	Suprimentos e equipamentos necessários ao alcance	Controlo de sintomas	Depressão	Apoio social da família
Controlo de sintomas	Temperatura do ambiente	Bem-estar físico	Ansiedade	Apoio social dos amigos
Bem-estar psicológico	Ambiente propício para dormir	Relaxamento muscular	Estresse	Relações com a família
Ambiente físico	Satisfação com o ambiente físico	Posição confortável	Medo	Relações com os amigos
Temperatura do ambiente	Ordem no ambiente	Roupas confortáveis	Perda de fé	Confiança nas relações familiares
Apoio social da família;	Limpeza do ambiente	Apresentação e Higiene pessoais	Sensação de abandono espiritual	Confiança na relação com os amigos
Apoio social dos amigos;	Chão sem acúmulo de sujeira	Ingestão de alimentos	Pensamentos suicidas	Interações sociais com os outros
Relações Sociais;	Dispositivos de segurança usados de maneira adequada	Ingestão de líquidos		Cuidado coerente com as crenças culturais
Vida espiritual;	Iluminação do ambiente	Nível de energia		Disponibilidade de alimentos específicos da cultura
Cuidados coerentes com as crenças culturais;	Privacidade	Temperatura do corpo		Incorporação de crenças culturais às atividades diárias
Cuidados coerentes com as necessidades;	Disponibilidade de espaço para visitas	Permeabilidade das vias aéreas		Uso de idioma falado
Capacidade de comunicar as necessidades.	Cama confortável	Saturação de oxigénio		Capacidade de comunicar as necessidades
	Mobiliário confortável	Prurido		Uso de estratégias para melhorar a comunicação
	Adaptações necessárias ao ambiente	Dificuldade respiratória		Desejo de chamar os outros para ajudar
	Ambiente físico	Falta de ar		Uso de revelação
	Controlo de ruídos	Síndrome das pernas inquietas		
	Controlo de odores	Dores musculares		
		Dor de cabeça		
		Náusea		
		Vómito		
		Incontinência Urinária		
		Incontinência intestinal		
		Diarreia		
		Constipação		

Tabela 7 - Indicadores dos resultados Conforto na NOC ⁷¹ (pp 318-321).

Analisando os indicadores dos vários resultados de conforto apresentados com o estado da arte (ciência) do conforto, podemos verificar que muitos destes se centram na avaliação de determinados itens de cariz negativo (ex: náusea, dor, depressão, pensamentos suicidas). Embora a aplicabilidade do conceito de conforto á praxis do cuidado seja, maioritariamente, centrada nas necessidades de conforto (em problemas), ^{39,81} é unânime que o conforto é uma

unidade de significado positiva, mais do que o antónimo de desconforto, intimamente ligado a outros conceitos como saúde, crescimento, abertura e liberdade ^{30,42,46}. Não seria coerente que os indicadores dos resultados, ou seja, os indícios que permitem ao enfermeiro avaliar o resultado, se centralizasse apenas em aspetos positivos? Num outro ponto de análise, apesar da diversidade de indicadores capazes de mensurar os diferentes resultados de conforto apresentados pela NOC, face à definição operacional de cada resultado parece emergir no pensamento do enfermeiro sempre mais alguma, uma vez que é considerado um termo holístico, multidimensional, significando coisas diferentes para diferentes pessoas ^{30,57}. Na mesma linha de raciocínio, quando analisamos as ligações que a NOC faz com os diagnósticos NANDA-I, as observações convergem neste mesmo sentido, podendo-se observar uma centralização dos resultados que pretendem mensurar as características definidoras, essencialmente em indicadores clínicos de cariz negativo (*Dor: Efeitos Nocivos, Nível de Agitação, Nível de Ansiedade, etc...*)(Tabela 8).

Conforto Prejudicado

Definição: Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural e social;

Resultados para Mensurar a Resolução do Diagnóstico

<i>Estado de Conforto</i>	<i>Estado de Conforto: Psicoespiritual</i>
<i>Estado de Conforto: Ambiente</i>	<i>Estado de Conforto: Sociocultural</i>
<i>Estado de Conforto: Físico</i>	

Resultados para Mensurar as Características Definidoras

<i>Controlo de Sintomas</i>	<i>Nível de Fadiga</i>
<i>Dor: Efeitos Nocivos</i>	<i>Nível de Medo</i>
<i>Nível de Agitação</i>	<i>Perfusão Tecidual</i>
<i>Nível de Ansiedade</i>	<i>Satisfação do Cliente: Cuidado Físico</i>
<i>Nível de Dor</i>	<i>Sono</i>
<i>Nível de Estresse</i>	

Resultados Associados aos Fatores relacionados ou Resultados Intermédios

<i>Adaptação à Mudança Ambiente Domiciliar Seguro</i>	<i>Autonomia Pessoal</i>
<i>Apoio Social</i>	<i>Gravidade dos Sintomas</i>
<i>Autocontrolo da Doença Aguda</i>	<i>Resposta ao Medicamento</i>

Tabela 8 - Ligações NOC: Padrões de Saúde e NANDA-I (*Conforto Prejudicado*) ^{71 (p534)}.

Coincidente com o anteriormente exposto, as ligações NOC com o diagnóstico *Disposição para a Melhora de Conforto*, mantém o mesmo foco de análise. No entanto, considerando o mesmo fenómeno de estudo – Conforto, apenas diferindo a sua definição operacional na adaptabilidade do conceito à situação do diagnóstico (Situação de Saúde), não deveria a escolha dos resultados passíveis de mensurar este diagnóstico incidir em itens de análise semelhantes, atributos

essenciais do conceito em si? Retratamos como exemplo a ligação NOC pela enumeração de resultados para o diagnóstico *Disposição para comunicação melhorada*, sistematizando o raciocínio clínico inicialmente pela apresentação do diagnóstico⁷⁶ (Tabela 9) seguido da respetiva seleção de resultados emanados pela NOC⁷¹ (Tabela 10):

Disposição para comunicação melhorada

Domínio 5: Percepção/cognição

Classe 5: Comunicação

Definição:

Um padrão de troca de informações e ideias com terceiros que é suficiente para atender às necessidades e aos objetivos de vida e que pode ser fortalecido;

Características definidoras:

<i>É capaz de escrever em um idioma</i>	<i>Expressa sentimentos</i>
<i>É capaz de falar um idioma</i>	<i>Forma sentenças</i>
<i>Expressa desejo de aumentar a comunicação</i>	<i>Forma frases</i>
<i>Expressa pensamentos</i>	<i>Forma palavras</i>
<i>Expressa satisfação com a capacidade de compartilhar ideias com terceiros</i>	<i>Interpreta pistas não verbais adequadamente</i>
<i>Expressa satisfação com a capacidade de compartilhar ideias com terceiros</i>	<i>Usa indicadores não verbais adequadamente</i>

Tabela 9 - Diagnóstico NANDA-I *Disposição para comunicação melhorada*^{82 (p334)}

Disposição para Comunicação Melhorada

Definição: *Um padrão de troca de informações e ideias com terceiros que é suficiente para atender às necessidades e aos objetivos de vida e que pode ser fortalecido;*

Resultados para Mensurar as Características Definidoras

<i>Autopercepção</i>	<i>Desenvolvimento da Criança: Adolescência</i>
<i>Comunicação</i>	<i>Desenvolvimento da Criança: Segunda Infância</i>
<i>Comunicação: Expressão</i>	<i>Habilidades de interação Social</i>
<i>Comunicação: Recepção</i>	<i>Motivação</i>
<i>Desenvolvimento: Adulto de Meia-idade</i>	<i>Processamento de Informações</i>
<i>Desenvolvimento: Adulto Jovem</i>	<i>Satisfação do Cliente: Comunicação</i>
<i>Desenvolvimento: Adulto na Terceira Idade</i>	

Tabela 10 - Ligações NOC – Diagnósticos da NANDA-I (*Disposição para Comunicação Melhorada*)^{71 (p549)}

Com a análise do exemplo exposto, podemos validar que os critérios de seleção dos resultados, para mensurar as características definidoras, centraram-se no valor semântico atribuído ao próprio diagnóstico, nomeadamente à sua definição e características definidoras⁷¹. De forma integrada, conseguimos associar cognitivamente cada resultado à especificidade do diagnóstico, diminuindo a subjetividade do raciocínio clínico do enfermeiro, no cuidado^{59,60}.

Quando o enfoque da nossa atenção recai na seleção de resultados para o diagnóstico *Disposição para melhora do conforto*, esse exercício cognitivo carece de maior clareza. A abrangência atribuída à definição do diagnóstico parece dificultar a mensuração dos resultados inerentes, aumentando a sua subjetividade na integração de resultados sensíveis à prática do enfermeiro⁷¹. Apresentamos em tabela o referido diagnóstico (Tabela 11), assim como as respectivas ligações NOC – Diagnósticos da NANDA-I (Tabela 12), como forma de integrar o leitor na presente análise crítica.

Disposição para melhora do conforto

Domínio 12: Conforto
(Classe 1: Conforto físico / Classe 2: Conforto ambiental / Classe 3: Conforto social)

Definição:

Padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões físicas, psíquicas, ambiental, cultural e/ou social que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecido.

Características definidoras:

<i>Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento</i>	<i>Expressa desejo de aumentar o relaxamento</i>
<i>Expressa desejo de aumentar o conforto</i>	<i>Expressa desejo de intensificar a resolução das queixas</i>

Tabela 11 - Diagnóstico NANDA-I *Disposição para melhora do conforto*^{76 (p425)}

Disposição para a melhora de Conforto

Definição: Padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões físicas, psíquicas, ambiental, cultural e/ou social que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecido;

Resultados para Mensurar as Características Definidoras

<i>Adaptação à Mudança</i>	<i>Estado de Saúde Pessoal</i>
<i>Adaptação Psicossocial: Mudança de Vida</i>	<i>Habilidades de Interação Social</i>
<i>Apoio Social</i>	<i>Morte Confortável</i>
<i>Autonomia Pessoal</i>	<i>Motivação</i>
<i>Bem-estar Pessoal</i>	<i>Nível de Ansiedade</i>
<i>Comportamento de Busca de Saúde</i>	<i>Nível de Desconforto</i>
<i>Controle de Riscos</i>	<i>Nível de Estresse</i>
<i>Detecção do Risco</i>	<i>Qualidade de Vida</i>
<i>Enfrentamento</i>	<i>Recuperação de Abuso</i>
<i>Envolvimento Social</i>	<i>Repouso</i>
<i>Equilíbrio de Humor</i>	<i>Resiliência Pessoal</i>
<i>Esperança</i>	<i>Resolução da Culpa</i>
<i>Estado de Conforto</i>	<i>Resolução do Pesar</i>
<i>Estado de Conforto: Ambiente</i>	<i>Saúde Espiritual</i>
<i>Estado de Conforto: Físico</i>	<i>Sono</i>
<i>Estado de Conforto: Psíquico</i>	<i>Término de vida com Dignidade</i>
<i>Estado de Conforto: Sociocultural</i>	

Tabela 12 - Ligações NOC - Diagnósticos da NANDA-I (*Disposição para a Melhora de Conforto*)^{71 (p554)}.

Concomitantemente à abrangência da definição do diagnóstico, podemos validar que as suas características definidoras focalizam-se essencialmente na expressão do desejo de aumentar a sensação de contentamento, conforto, relaxamento e/ou resolução das queixas. Na diversidade dos resultados sistematizados nas ligações NOC – Diagnósticos da NANDA-I, observamos estados de diferentes naturezas que transcendem o desejo, nomeadamente no âmbito comportamental ou fisiológico. Similarmente a análises anteriores, apesar da variedade de resultados sugeridos, ficará sempre a sensação de carência de mais algum, atendendo à especificidade holística do diagnóstico em si^{37,40,42,83}.

A taxonomia de intervenções de enfermagem NIC apresenta, na atualidade, 554 intervenções organizadas hierarquicamente em 30 classes, distribuídas por 6 domínios. Na sua globalidade, a taxonomia abrange intervenções de cariz fisiológico, psicológico, tratamento e prevenção de doença e promoção de saúde. Direcionada essencialmente a indivíduos, as referidas intervenções podem abranger famílias, existindo mesmo referências a intervenções direcionadas a comunidades. Maioritariamente são descritas com recurso a opinião de peritos, existindo movimentos e alguns resultados no âmbito da sua validação na prática clínica, o que incrementa o seu nível de evidência. Datada a primeira edição em 1990, as intervenções NIC têm hoje associação com diversas classificações/taxonomias no âmbito do cuidado em enfermagem, nomeadamente com os diagnósticos da NANDA-I e com os resultados da NOC, operacionalizada nas ligações NNN (NANDA, NOC, NIC), assim como com a CIPE⁷⁰.

Analisando o conceito de conforto no seio da NIC, podemos encontrá-lo em 2 classes de dois domínios diferentes, embora se classifique apenas uma intervenção com o conceito de conforto, como evidencia a Tabela 13:

Domínio	Classe	Intervenção
<u>1 – Fisiológico Básico</u> Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico.	<u>E – Promoção do Conforto Físico</u> Intervenções para promover o conforto utilizando técnicas motoras.	<u>Controle do Ambiente: Conforto</u> Manipulação do ambiente do paciente para promover o máximo de conforto.
<u>3 – Comportamental</u> Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida.	<u>T – Promoção de Conforto Psicológico</u> Intervenções para promover o conforto, utilizando técnicas psicológicas.	Sem intervenção com o conceito de conforto/confortar.

Tabela 13 - Contextualização do Conforto na NIC ⁷⁰ (pp 40,173).

Ao nível da classificação das intervenções NIC o conforto ocupa destaque na definição de classes, ou seja, na categorização de intervenções com atributos comuns^{58,60,65}. Confrontando as classes com a literatura, é possível visualizar apenas a vertente física e psicológica do conceito^{30,31,84}. Ao nível das intervenções apenas emerge o controlo dos fatores ambientais na promoção do conforto físico o que constitui uma abrangência bastante limitada das medidas de conforto (intervenções confortadoras) que emergem da literatura^{32,36,38,39,47,52,74,83,85-89}. Em outro ponto de análise, a literatura é unânime no atributo relacionado com a etiologia do conceito. Conforto deriva do latim *Confortare*, que significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia, tornar-se forte, fortalecer ou revigorar^{30,42,46,57}. Com um enfoque na capacitação da pessoa em ir mais além, em se sentir e ser mais capaz de, seria mais coerente uma intervenção no âmbito do segundo domínio apresentado (3-Comportamental), uma vez que referencia, na sua definição operacional, a capacidade de adaptação a novas situações de vida. No entanto, este domínio não apresenta qualquer intervenção que implique o conceito, ficando restrita apenas ao controlo do ambiente.

Quando a NIC relaciona as suas intervenções com os diagnósticos NANDA-I, pelas ligações NIC-Diagnósticos da NANDA-I, é possível verificar a diversidade da natureza destes diagnósticos, o que reforça ainda mais a dificuldade em perceber o conceito em si, bem referenciada na atualidade^{40,42,43,45,46} (Tabela 14).

Intervenção	Diagnósticos NANDA-I
<u>Controle do Ambiente: Conforto</u>	<u>Conforto Prejudicado</u>
<i>Manipulação do ambiente do paciente para promover o máximo de conforto.</i>	<i>Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural e social;</i>
	<u>Disposição para a Melhora de Conforto</u>
	<i>Padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou cultural e social, que é suficiente para o bem-estar e poder ser fortalecido;</i>
	<u>Enfrentamento Familiar Comprometido</u>
	<i>Uma pessoa fundamental, usualmente apoiadora (membro da família, pessoa signficante ou amigo íntimo), oferece apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficiente, ineficaz, ou comprometido, que pode ser necessário ao cliente para administrar ou controlar as tarefas adaptativas relacionadas com o seu desafio de saúde;</i>
	<u>Insuficiência na capacidade do Adulto para Melhorar</u>
	<i>Deterioração funcional progressiva de natureza física e cognitiva. A capacidade do indivíduo de viver com doenças multissistémicas, enfrentar os problemas decorrentes e controlar o seu cuidado está notavelmente diminuída.</i>

Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal

Risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais.

Risco de Olho Seco

Risco de desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho.

Tabela 14 - Ligações entre as intervenções NIC e os diagnósticos NANDA-I ^{70 (pp 479,495,503,509,537,544)}

Embora os referidos diagnósticos estejam relacionados apenas com a intervenção *Controle do ambiente: Conforto*, ou seja, com a vertente ambiental do conceito, parece transparecer que, face à evidência da evolução do conceito na literatura enquanto conceito multidimensional, subjetivo, dinâmico e holístico ^{29,40,41,44,90,91}, todas as intervenções da taxonomia, sentidas pelas pessoas como confortadoras, estariam num só domínio/classe. Esta constatação vincula, uma vez mais, a necessidade de clarificar o conceito.

As Ligações NNN (NANDA, NOC, NIC) não são mais do que a associação das três linguagens padronizadas reconhecidas pela American Nurses Association (ANA), nomeadamente a taxonomia de diagnósticos NANDA-I, de resultados NOC e de intervenções NIC. Enaltecendo ligações que relacionam/associam conceitos do *core* do conhecimento próprio da disciplina, as ligações NNN facilitam o uso da linguagem padronizada na prática clínica, educação e investigação. Com o acesso centralizado nos diagnósticos, disponibilizam ao enfermeiro uma listagem dos principais resultados e respetivas intervenções para esse mesmo diagnóstico. As intervenções são classificadas em principais e sugeridas, com o sentido de guiar o cuidado humano de forma mais eficaz. Considerada uma ferramenta importante no suporte ao raciocínio clínico do enfermeiro/estudante, a NNN fomenta a prática e a investigação no uso destas classificações, promovendo o incremento da evidência como base do processo de decisão clínica do enfermeiro, do planeamento do cuidado e da melhoria da qualidade ⁷².

Ao nível das ligações que relacionam o conceito de conforto, prosseguimos a nossa análise pela apresentação dos diagnósticos, associados aos respetivos resultados e intervenções (Tabela 15 e Tabela 16).

Diagnóstico

Conforto, Prejudicado

Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural e social;

Resultados	Intervenções Principais	Intervenções Sugeridas	
<u>Nível de Agitação:</u> Gravidade de manifestações fisiológicas e comportamentais de ruptura por estresse ou elementos bioquímicos.	Técnica para acalmar Controle da Demência Controle da Demência: Banho	Assistência no Controle da Raiva Redução da Ansiedade Controle do Comportamento: Hiperatividade/Desatentação Precauções contra Fuga Controle do ambiente: Segurança Controle do Ambiente: Prevenção da Violência	Monitorização Hídrica Melhora do Sono Monitorização de Sinais Vitais Controle do Peso
<u>Satisfação do cliente: Ambiente Físico</u> Alcance da percepção positiva do ambiente em que mora, em que é tratado, do equipamento e suprimentos, em locais de atendimento agudo ou por tempo prolongado.	Controle do Ambiente: Conforto	Cuidados na admissão Assistência a Exames	Assistência para Manutenção do Lar
<u>Estado de conforto</u> Conforto geral físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental e segurança de um indivíduo.	Redução da Ansiedade Intermediação Cultural Controle do Ambiente: Conforto Controle do Ambiente: Segurança Posicionamento Terapia de Relaxamento Apoio Espiritual Melhora do Sistema de Apoio Intermediação Cultural	Qualquer intervenção dos resultados específicos de conforto	
<u>Estado de Conforto: Ambiente</u> Relaxamento ambiental, conforto e segurança do ambiente	Controle do Ambiente: Conforto Controle do Ambiente: Segurança	Cuidados com o Repouso no Leito Controle do Ambiente Controle do Ambiente: Preparo do Lar	Assistência para a Manutenção do Lar Proteção dos Direitos do Paciente
<u>Estado de Conforto: Físico</u> Relaxamento físico relacionado com sensações corporais e mecanismos homeostáticos	Controle do Ambiente: Conforto Posicionamento Terapia de Relaxamento	Acupressão Controle das Vias Aéreas Aromoterapia Cuidados como Repouso no Leito Biofeedback Cuidados na Incontinência Intestinal Controle na Constipação/Impactação Estimulação Cutânea Controle da Diarreia	Controle da Energia Promoção do Exercício: Alongamento Tratamento da Febre Redução da Flatulência Controle Hídrico Aplicação de Calor/Frio Hipnose Massagem Controle da Náusea

Diagnóstico			
<u>Conforto, Prejudicado</u> Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural e social;			
Resultados	Intervenções Principais	Intervenções Sugeridas	
		<i>Assistência ao Morrer</i>	<i>Controlo do Vômito</i>
<u>Estado de Conforto: Psicoespiritual</u> Relaxamento psicoespiritual relacionado a auto-conceito, bem-estar emocional, fonte de inspiração e sentido e finalidade na própria vida.	<i>Redução da Ansiedade</i> <i>Apoio Espiritual</i>	<i>Aromoterapia</i> <i>Treinamento de Autosugestão</i> <i>Técnica para Acalmar</i> <i>Apoio Emocional</i> <i>Facilitação do Processo de Perdão</i> <i>Facilitação do Processo de Pesar</i> <i>Facilitação do Processo de Pesar: Morte Perinatal</i> <i>Estimulação da Imaginação</i> <i>Facilitação do processo de Culpa</i> <i>Promoção da Esperança</i>	<i>Humor</i> <i>Facilitação do Processo de Meditação</i> <i>Controlo do Humor</i> <i>Terapia de Relaxamento</i> <i>Estímulo a Rituais Religiosos</i> <i>Aumento da Auto percepção</i> <i>Melhora da Autoestima</i> <i>Facilitação do Crescimento Espiritual</i> <i>Prevenção do Suicídio</i> <i>Esclarecimento de Valores</i>
<u>Estado de Conforto: Sociocultural</u> Relaxamento social associado a relações interpessoais, familiares e sociais, dentro de um contexto cultural	<i>Intermediação Cultural</i> <i>Melhora do Sistema de Apoio</i>	<i>Escutar Ativamente</i> <i>Mediação de Conflitos</i> <i>Promoção do Envolvimento Familiar</i>	<i>Proteção dos Direitos do Paciente</i> <i>Melhora da Socialização</i> <i>Grupo de Apoio</i> <i>Dizer a Verdade</i> <i>Facilitação da Visita</i>
<u>Controlo dos Sintomas</u> Ações pessoais para minimizar mudanças adversas percebidas nas funções física e emocional	<i>Melhora da Autoeficiência</i> <i>Assistência na Automodificação</i>	<i>Escutar ativamente</i> <i>Melhora do Enfrentamento</i> <i>Facilitação da Autorresponsabilidade</i> <i>Ensino: Atividade/Exercícios Prescritos</i>	<i>Ensino: Dieta Prescrita</i> <i>Ensino: Medicamentos Prescritos</i> <i>Ensino: procedimento/Tratamento</i>
<u>Gravidade dos Sintomas</u> Gravidade de mudanças adversas percebidas nas funções física, emocional e social	<i>Administração de Medicamentos</i> <i>Controlo da Dor</i> <i>Posicionamento</i>	<i>Redução da Ansiedade</i> <i>Técnica para Acalmar</i> <i>Melhora do Enfrentamento</i> <i>Controle da Energia</i> <i>Estimulação da Imaginação</i> <i>Massagem</i>	<i>Controle de Medicamentos</i> <i>Melhora do Sono</i> <i>Controle do Humor</i> <i>Controle da Dor</i> <i>Posicionamento</i> <i>Relaxamento Muscular Progressivo</i> <i>Terapia de Relaxamento</i>

Tabela 15 - Ligações NOC-NIC para Conforto Prejudicado ⁷² (pp 72-74).

Diagnóstico			
<i>Conforto, Disposição para Aumento do Padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou cultural e social, que é suficiente para o bem-estar e poder ser fortalecido.</i>			
Resultados	Intervenções Principais		Intervenções Sugeridas
<i><u>Estado de conforto</u> Conforto geral físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental e segurança de um indivíduo.</i>	<i>Educação em Saúde Melhora da Autopercepção Melhora da Autocompetência Assistência na Automodificação</i>	<i>Aromoterapia Treinamento de Autossugestão Biblioterapia Melhora da Imagem Corporal Intermediação Cultural Controle da Energia Controlo do Ambiente: Conforto Promoção do Exercício Facilitação do Processo de Perdão Facilitação do Processo de Pesar Estimulação da Imaginação Facilitação do Processo de Culpa</i>	<i>Registro de Ações Facilitação do Processo de Meditação Aconselhamento Nutricional Controle de Síndrome Pré-Menstrual (TPM) Relaxamento Muscular Progressivo Estímulo a Rituais Religiosos Melhora do Papel Melhora da Autoestima Facilitação da Auto-Hipnose Melhora do Sono Facilitação do Crescimento Espiritual Melhora da Socialização</i>
<i><u>Autonomia Pessoal:</u> Ações pessoais de indivíduo competente para o exercício do governo nas decisões de vida.</i>	<i>Treinamento da Assertividade Apoio à tomada de Decisão</i>	<i>Aconselhamento Genético Orientação quanto ao Sistema de Saúde Promoção da Capacidade de Resiliência</i>	<i>Melhora da Autocompetência Assistência na Automodificação Facilitação da Autorresponsabilidade</i>

Tabela 16 - Ligações NOC-NIC para Disposição para Aumento de Conforto ^{72 (p75)}.

Numa visão mais abrangente, confirma-se a complexidade do conceito. Embora a definição do diagnóstico *Conforto, Prejudicado* se centre em *falta percebida da sensação de...* e os resultados em *relaxamento...*, as dimensões do holismo permanecem na definição de qualquer um destes conceitos, o que transparece ser algo mais do que apenas a percepção da sensação ou o relaxamento. Com as definições de diagnósticos/resultados/intervenções centradas nas diversas dimensões do ser humano, estes conceitos tornam-se demasiado abrangentes incluindo qualquer diagnóstico/resultados/intervenção em que a pessoa esteja consciente que algo não está bem, ou seja, do relato de qualquer resposta humana. Assim, para qualquer necessidade que não seja meramente fisiológica será diagnosticado *Conforto Prejudicado*, para qualquer diagnóstico referenciado pela pessoa como problema terá o resultado de estado de conforto ainda que, por mais intervenções que sejam implementadas, exista sempre o risco de serem insuficientes para os respetivos resultados e diagnósticos.

Relativamente à Tabela 15 e Tabela 16, das ligações NOC-NIC para o diagnóstico de *Conforto Prejudicado* e *Conforto, Disposição para Aumento do*, acrescentam-se algumas notas de raciocínio crítico, no sentido de clarificar alguns aspetos passíveis de flexibilizar a associação entre as três taxonomias. Lê-se então:

(Conforto Prejudicado): "O diagnóstico não identifica fatores relacionados, assim, possibilitando a identificação de fatores antecedentes ou contribuintes para cada paciente." 72 (p74).

Constituindo o estudo do conceito a primeira etapa de qualquer diagnóstico, no sentido de objetivar antecedentes (fatores relacionados), atributos (características definidoras) e consequentes, que deverão ser parte integrante da própria definição operacional^{58,60,92}, será coerente a identificação livre dos antecedentes consoante a pessoa em causa? Será possível desta forma concretizar em taxonomia as intervenções mais comuns para o referido diagnóstico? Embora a NANDA-I atribua ao diagnóstico fatores relacionados, a sua subjetividade mantém-se, emanando de forma constante a sensação de insuficiência face à abrangência da definição do diagnóstico⁵⁸. Embora o conforto seja um conceito individual, significando diferentes coisas para diferentes pessoas^{31,44,57,83,93,94}, deverá ter atributos comuns que o diferencie de outros conceitos e que permitam a sua compreensão¹. Como exemplo apresentamos uma analogia com o conceito de espiritualidade: espiritualidade também assume diferentes significados para diferentes pessoas⁹⁵ no entanto, o diagnóstico de angústia espiritual encontra-se definido e já com estudos de validação clínica, ou seja, reconhecido na prática de cuidados como válido pelas pessoas com quem cuidamos⁹⁶.

A análise do conceito conforto nas ligações NANDA-NOC-NIC permite-nos compreender de forma clara a problemática deste estudo, uma vez que “espelha” de forma muito nítida dois aspetos essenciais: a) a importância do conceito para o corpo do conhecimento da disciplina; b) a dificuldade de compreender o conceito face à sua subjetividade.

Salientando a importância e pertinência do conforto no cuidado humano, claramente assumido na literatura por profissionais^{30,57} e, essencialmente, pelas pessoas com quem cuidamos^{32,37}, acreditamos que o âmbito da discussão se centraliza no próprio conceito. A subjetividade e ambiguidade do mesmo, bem claro na evidência disponível, têm dificultado a sua conceptualização^{40,42,43,45,46}. Por outro lado, quando aplicamos conceitos de teorias a sistemas de organização do conhecimento, como é o caso dos sistemas de linguagem padronizadas, nem sempre facilitam a respetiva necessidade de hierarquização⁵³, salvo se toda a classificação/taxonomia se integrasse à volta desse conceito holístico. Por esta lacuna, o raciocínio clínico inerente à formulação de diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções^{59,60}, pode influenciar a objetividade que a metodologia científica do processo de enfermagem exige^{58,62,63}.

Analisando a evolução que o conceito de conforto tem assumido na literatura, podemos verificar que a utilização ou integração dos seus múltiplos significados num só conceito³¹ tem sido uma dificuldade acrescida na mensuração das suas características essenciais. Confrontando com a literatura (análise conceptual), que pretende a clareza do conceito e a diferenciação de outros similares⁹⁷⁻⁹⁹, sentimos a necessidade de abordar neste estudo apenas um dos significados assumidos na literatura.

Considerando as respostas humanas das pessoas/famílias a principal preocupação da Enfermagem (enquanto profissão e disciplina) e o possível contributo deste estudo no âmbito da metodologia científica do processo de enfermagem, pareceu-nos coerente estudar: o conceito de conforto enquanto estado, ou seja, a enunciação de conforto para as pessoas que o sentem. Operacionalizamos então, como objetivo geral da presente investigação:

- **Definir o conceito de conforto enquanto estado.**

O estudo do conceito conforto acresce conhecimento à disciplina de Enfermagem; propicia a discussão/clarificação do posicionamento do conceito na metodologia científica do processo de enfermagem; facilita o raciocínio clínico dos enfermeiros no diagnóstico, possibilitando a implementação de intervenções que conduzam a resultados sensíveis à prática do enfermeiro;

possibilita a mensuração de possíveis ganhos em saúde; assim como mensura resultados para a prática, educação, gestão e investigação em enfermagem.

2 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Decorrente da subjetividade do conceito conforto no âmbito do cuidado humano (problema de investigação), iniciamos este capítulo com a mensuração das questões e respetivos objetivos de investigação, aspirando clarificar um percurso passível de orientar a investigação para um método apropriado à produção da evidência desejada. Numa linha de continuidade, enunciamos posteriormente as diferentes estratégias para a verificação empírica dando a conhecer o desenho da investigação¹⁰⁰. Por fim, integrando a nossa conduta num sistema de valores humanos, explanamos os pressupostos éticos subjacentes ao desenvolvimento da presente tese.

2.1 - OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo tem como finalidade contribuir para a evolução do corpo do conhecimento próprio da disciplina de Enfermagem, ao contribuir para a clarificação do conceito de conforto no âmbito do cuidado humano. Com este contributo aspira-se objetivar a discussão do conceito no âmbito dos sistemas de linguagem padronizados, ou seja, na operacionalização do conforto na prática, na educação, na gestão e na investigação em enfermagem.

Atendendo ao objetivo geral emergente da problemática em estudo - **Definir o conceito de conforto enquanto estado** – e como forma de operacionalizar este percurso, baseamo-nos em questões de investigação capazes de definir objetivos norteadores do percurso metodológico¹⁰⁰:

1. Quais os antecedentes do estado de conforto?
2. Quais os atributos do estado de conforto?
3. Quais os consequentes do estado de conforto?
4. Que conceitos podem influenciar o estado de conforto?
5. Quais os conceitos que englobam o estado de conforto (conceitos em que o conforto surge como atributo)?
6. Que conceitos se confundem com o estado de conforto?
7. Quais os referenciais empíricos que permitem a sua mensuração?

Face às presentes questões definimos como objetivos específicos do presente estudo:

- Identificar os antecedentes do estado conforto;
- Identificar os atributos do estado conforto;
- Identificar os consequentes do estado conforto.
- Identificar conceitos que podem influenciar o estado de conforto;
- Identificar conceitos que englobam o estado de conforto (conceitos em que o conforto surge como atributo);
- Identificar conceitos que se confundem com o estado de conforto;
- Identificar referenciais empíricos que permitem a sua mensuração.

A análise das questões e objetivos de estudo permitiu-nos delinear cognitivamente um plano lógico de atuação, visando a legitimidade das conclusões e reduzindo as possíveis fontes de erro. Aspirando a credibilidade dos dados, explicita-se de seguida a forma como se pretende recolher e analisar a informação disponível, pela clarificação do desenho da investigação¹⁰⁰.

2.2 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Este é um estudo qualitativo, que se insere no paradigma construtivista e onde se utiliza um método de raciocínio dedutivo.

Com base nas questões de investigação e respetivos objetivos definiu-se como método do presente estudo, a análise conceptual.

A evolução da enfermagem enquanto disciplina fez-se acompanhar da necessidade de compreender fenómenos de interesse, passíveis de desenvolver conceitos importantes para o cuidado humano. O desenvolvimento destes conceitos, *core* da disciplina, permitem a uniformização dos significados subjacentes, promovendo a efetividade da sua integração no âmbito do cuidado, ensino, gestão e investigação. Num sentido cada vez mais direcionado para uma prática baseada em evidência, os modelos de análise conceptual utilizados em enfermagem têm vindo a evoluir ao longo das últimas décadas, considerando-se como “ferramentas” essenciais na clarificação de conceitos úteis para o cuidado humano^{1,53}. Prova dessa evolução são algumas indagações, discussões atuais acerca da utilidade que os conceitos assumem no âmbito da disciplina: a) os conceitos são estudados para a construção de teorias que guiam a prática (natureza epistemológica)? b) os conceitos são estudados para compreender um

determinado fenômeno do nosso objeto de estudo (as pessoas), facilitando a comunicação e potenciando um cuidado mais científico (natureza ontológica)? Tendencialmente, a literatura assume de forma cada vez mais consistente o poder da experiência humana no significado atribuído aos conceitos do cuidado, assim como a natural difusão para o seu uso científico. Contudo, a prática tem vindo a acompanhar esta tendência de forma mais ténue, verificando-se ainda a utilização de métodos mais conservadores na análise conceptual em enfermagem^{53,55}. Como forma de sustentar a compreensão deste caminho, iniciamos este capítulo com uma abordagem da definição de conceito, apresentaremos de forma sumária os diferentes modelos utilizados na literatura em enfermagem, e expomos por fim os princípios norteadores do modelo utilizado no presente estudo.

De forma unânime, a literatura atribui ao conceito uma representação mental de algum fenómeno, envolvendo o processo cognitivo de forma muito efetiva. Para que essa imagem/representação se construa no pensamento de cada um, identifica-se algumas características essenciais (atributos) que lhe conferem significado. Imbuído do seu significado, reconhecemos e descrevemos esse fenómeno pela linguagem que utilizamos no nosso quotidiano, conferindo uma forma eficaz de comunicarmos na sociedade em que estamos inseridos^{97,99}. Emergem da literatura dois tipos de conceitos essenciais^{1,54,55}, importantes na compreensão dos vários modelos de análise conceptual: a) os conceitos comuns são aqueles utilizados no âmbito das nossas inter-relações quotidianas, sociais. Representam significados comuns na linguagem de todos aqueles que vivem em sociedade (ex: conceitos em dicionário); b) os conceitos científicos são aqueles que são usados no âmbito de uma comunidade científica, de uma determinada disciplina. Constituem uma linguagem específica, apreendida a partir de uma experiência muito própria, compreendida por aqueles que vivem essa realidade e lhe atribuem significado nas suas práticas comuns, como seja o seu quotidiano profissional (ex: conceitos em sistemas de linguagem padronizadas). Várias discussões emergem da literatura em enfermagem, acerca dos métodos apropriados para a análise de conceitos importantes para a disciplina, essencialmente pela proximidade que estes assumem com a complexidade do fenómeno da natureza humana^{1,54,55}. No âmago da discussão emergem indagações que influenciam a abordagem metodológica subjacente: Quais serão os conceitos considerados científicos para a disciplina? Serão os conceitos usados no cuidado, teoria e investigação a essência da experiência das pessoas em processos de vida ou de saúde-doença? A complexidade da experiência humana compreende-se a partir de que literatura? Qual a evidência que melhor caracteriza o conhecimento da disciplina? É no cerne destas questões ontológicas que os modelos de análise conceptual têm evoluído^{54,55}, apresentando-se de seguida as principais

características de alguns, mais utilizados na análise e desenvolvimento de conceitos em enfermagem.

A necessidade de clarificar conceitos no âmbito da disciplina de enfermagem emerge na literatura na década de 60 do século XX, pela utilização do método de Wilson. Docente de formação, Wilson preocupava-se com a utilização das palavras, nomeadamente com a análise crítica do seu significado para que a sua utilização da prática fosse apropriada. Centrado mais no pensamento crítico do uso, ou prováveis usos das palavras, do que na produção de conhecimento científico, Wilson apresenta um método centrado em 11 etapas, direcionando-o para a aplicabilidade dos atributos do conceito em casos modelos. Com a exemplificação de casos modelo, Wilson acreditava promover o raciocínio crítico de cada pessoa potencializando-as a utilizar e compreender as palavras de forma mais rigorosa ^{54,55,99,101}.

Walker e Avant foram as primeiras enfermeiras a definirem um modelo de análise conceptual, simplificando o método de Wilson de 11 para 8 etapas. Com um propósito diferente de Wilson, as autoras consideram os conceitos como “blocos de construção” das teorias de enfermagem pelo que a sua robustez permitirá a sustentação sólida dos referenciais teóricos da disciplina. Com uma versão mais preocupada com o desenvolvimento de conhecimento científico, este método centraliza-se no estudo do conceito nas diversas disciplinas ou contextos de linguagem comum que mencionam o seu uso, de forma a identificar atributos que emergem repetidamente, passíveis de caracterizar a essência do seu significado. Analisa ainda antecedentes (eventos que antecedem o conceito), consequentes (resultados que emergem com a ocorrência do conceito) e referenciais empíricos (instrumentos de medida que mensurarem a sua aplicabilidade à prática), o que permite ao investigador diferenciar de forma mais eficaz os verdadeiros atributos na compreensão do fenómeno. Este método evidencia já uma preocupação acrescida com a aplicabilidade dos conceitos na disciplina, nomeadamente: a) na importância da definição de conceitos para a teoria e investigação em enfermagem; b) na importância da mensuração de atributos essenciais na construção de instrumentos de medida válidos para a avaliação de fenómenos de interesse para o cuidado; c) na importância para o desenvolvimento de sistemas de linguagem padronizadas consistentes com a evidência disponível ⁹⁸. No entanto, considerar os conceitos como entidades bem definidas passíveis de suportar teorias, assim como basear a análise do modelo em exemplos de experiências/leituras do investigador (casos modelos Wilsonianos) sem a preocupação de justificar como foram seleccionados constituem, á luz da literatura atual, a principal crítica ao método, nomeadamente no que ao seu rigor científico diz respeito ^{54,55}.

Com uma abordagem aparentemente diferente, o modelo evolucionista de Rodgers ¹⁰² acende a discussão, essencialmente nos atributos que são associados à palavra conceito. Ao invés de entidades bem definidas, Rodgers considera os conceitos como dinâmicos, dependentes do seu contexto, adquirindo o seu significado através do seu uso e aplicabilidade em cada circunstância, sendo influenciada pelo tempo, por fatores internos e externos. Considerados como representações abstratas, a autora defende que o conhecimento dos seus atributos passa pela análise da evolução do mesmo nos diferentes contextos em que é utilizada (ex: história, arte, literatura, dança, medicina, enfermagem, sociologia, etc...), uma vez que são produto da repetida interação pública: é a sua socialização que lhe confere significado. Visivelmente mais flexível, a definição de conceitos para a autora não se acaba em si, constituindo sempre um ponto de partida para futura investigação em desenvolvimento conceptual ^{102,103}. No entanto, com uma leitura mais atenta das suas etapas metodológicas, não são muitas as diferenças com o modelo de Walker e Avant ⁹⁸: a) iniciam pela seleção do conceito; b) identifica-se usos e atributos mais comuns na literatura; c) constroem-se casos modelo; d) e identifica-se antecedentes e consequentes. Para além de constituir um método indutivo eficaz no consenso do uso do conceito em várias disciplinas, o método vincula com maior ênfase o rigor científico e sistemático da principal fonte de recolha de dados, a revisão da literatura. No entanto, mantém nas suas etapas fases mais subjetivas, como seja os casos modelos concebidos pelo investigador para operacionalização dos constituintes do conceito. Concordante com modelos anteriores, apesar de um maior rigor na seleção da amostra em estudo, continua omissa evidência que permita compreender a forma como atributos, antecedentes e consequentes foram identificados/selecionados pelo investigador ^{53-55,99}.

Da literatura, emergem ainda outros modelos de análise conceptual que enfatizam a importância da prática baseada em evidência, nomeadamente o Modelo Híbrido desenvolvido por Schwartz-Barcott e Kim ¹⁰⁴. Ainda com características Wilsonianas, este método associa a análise teórica do conceito (seleção do conceito; revisão de literatura; definição operacional do conceito; elaboração de um instrumento de colheita de dados para a fase empírica) com a observação empírica em trabalho de campo (integração da análise teórica às observações da prática onde o fenómeno acontece; seleção de casos; colheita e análise de dados). Numa fase final, a integração destas duas fases efetiva-se pelo confronto dos resultados e especificação de atributos, antecedentes e consequentes conferindo significado ao conceito estudado. Flexível na reflexão dos dados disponíveis para a atribuição de significados, o modelo possibilita a simultaneidade das etapas metodológicas, focalizando-se apenas no resultado – a definição do conceito e a identificação de lacunas conceptuais que orientam pesquisas futuras. Desta forma,

as autoras acreditam: dinamizar o conceito com a evidência mais atual aprimorando conceitos, alterando completamente definição de alguns já definidos, definindo conceitos novos no cuidado com a devida sustentação^{97,99,104}. Apesar da contribuição metodológica na integração de dados empíricos na análise do investigador, o propósito deste modelo continua centrado na robustez dos conceitos como forma de construir teorias consistentes, mas não apresenta uma análise profunda do estado da arte (ciência)⁵⁵.

Em síntese, poderemos apresentar os principais pontos de análise crítica que a academia atribui aos métodos chamados “tradicionais”, nomeadamente aos que emergem da literatura conceptual em enfermagem^{1,53-55,101}:

- Que atributos estão associados aos conceitos? São blocos robustos para a construção de teorias coesas, ou são a base da evolução do conhecimento científico em enfermagem? Os investigadores decidem estudar um conceito para construir uma teoria ou os conceitos são estudados para aumentar o rigor científico no cuidado humano?
- O que é considerado linguagem comum e científica numa disciplina que emerge da complexidade das vivências das pessoas nos seus processos de vida e saúde-doença? Quais as fontes de recolha de dados primordiais na definição de conceitos em enfermagem: a diversidade da literatura onde o conceito é utilizado, ou a literatura específica que retrata a forma como as pessoas experienciam essas vivências?
- Ontologicamente, qual a especificidade da natureza da disciplina e que importância assume nos métodos de análise conceptual? Epistemologicamente, como é que os diferentes métodos de análise conceptual utilizados na enfermagem associam o objeto de estudo (pessoas) ao conhecimento da disciplina? Numa perspetiva integrada, como é que a ontologia, a epistemologia e a análise conceptual relacionam e influenciam a utilidade dos conceitos na prática do cuidado?
- De que forma emerge a necessidade de estudar determinado conceito? De que forma emergem os atributos, antecedentes e consequentes na revisão de literatura? Qual a evidência que permite ao investigador deduzir a associação de determinada característica ao conceito? Será este processo, um exercício cognitivo ou criativo?

Conscientes da importância da definição de conceitos para a evolução da disciplina, alguns autores iniciaram uma reflexão dos modelos existentes numa perspetiva ontológica^{1,54}. Considerando o objeto de estudo da disciplina a complexidade das experiências humanas, estes autores integram-na aos conceitos da disciplina, essencialmente pela vantagem que representam na clarificação da linguagem e uso científico. Aproximando a análise conceptual ao

rigor do método científico emerge uma corrente de pensamento que define, ao invés de etapas metodológicas bem definidas, princípios orientadores de análise conceptual. Dependendo do estado da arte (ciência), as metodologias utilizadas na análise conceptual podem diversificar entre estudos de cariz qualitativo, quando o conceito ainda se encontra difuso na literatura, ou estudos quantitativos bem controlados constituindo contributos consistentes de desenvolvimento conceptual. Numa simbiose com a práxis, vincula-se que os conceitos são fontes de significados fulcrais, que organizam o raciocínio clínico do enfermeiro, essencialmente na compreensão da complexidade das experiências humanas e comportamentos que influenciam a prática do cuidado^{1,53-55}. Com o exposto apresentamos a Tabela 17, sistematizando os princípios orientadores deste modelo de análise conceptual (*Principle-based concept analysis*)¹.

Principle-Based Concept Analysis	
1.	<p>Determinar o estado da arte (ciência) do conceito na literatura científica: Princípio Epistemológico: O conceito está bem definido e diferenciado de outros conceitos? Princípio Pragmático: O conceito é aplicável e útil no domínio científico da disciplina? Já foi operacionalizado? Princípio Linguístico: O conceito é usado de forma consistente e apropriada no contexto em que é usado? Princípio Lógico: O conceito está bem delimitado e integrado teoricamente com outros conceitos?</p>
2.	<p>Revisão de literatura com método sistematizado (Revisão sistemática ou integrativa da literatura): a. Seleção das disciplinas que incluem o processo de amostragem, baseado no potencial contributo que poderão assumir na compreensão do conceito na práxis: Quais as disciplinas que contribuem para uma compreensão mais profunda do conceito? Quais as perspetivas teóricas que podem ser úteis para a ampliar a utilidade do conceito? b. Definição de critérios de elegibilidade da amostra; c. Seleção dos descritores possíveis de identificar o conceito em plataformas científicas ou em outras fontes que identifiquem o conceito; d. Seleção de motores de busca, bases de dados e opções de pesquisa; e. Operacionalização de estratégias de pesquisa booleana; f. Seleção sistematizada da amostra com operacionalização dos critérios de elegibilidade – seleção por leitura de títulos, resumos e textos integrais.</p>
3.	<p>Análise dos dados: a. Analisar isoladamente os dados das disciplinas incluídas; b. Mergulhar no significado das palavras da literatura, baseando a análise nos princípios do método; c. Integrar as diversas perspetivas, no sentido de produzir um grau de entendimento mais profundo do conceito. Este processo está ao nível da integração, não da síntese dos resultados; d. Analisar diferentes princípios atribuídos nas disciplinas incluídas e considerar a sua pertinência para os princípios do conceito na práxis de enfermagem.</p>
4.	<p>Definir o conceito</p>

Tabela 17 - Principle-Based Concept Analysis¹.

De acordo com os princípios defendidos por Penrod e Hupsey¹, face ao estado da arte (ciência) do conforto na literatura em enfermagem e no cuidado humano (sistemas de linguagem padronizadas), desenhamos o nosso estudo em três etapas metodológicas: iniciamos o nosso percurso metodológico com uma revisão de integrativa da literatura; posteriormente utilizamos o método de mapa conceptual, passível de diferenciar de forma mais eficaz antecedentes, atributos e consequentes; finalizamos com a análise de conteúdo, suscetível de “mergulhar” no significado das palavras.

Sequencialmente, nos próximos subcapítulos, apresentamos os procedimentos metodológicos de cada uma das fases do estudo.

2.2.1 - FASE I: Revisão Integrativa da Literatura

Com a análise do anteriormente exposto, enquadrámos o conforto como um fenómeno importante na práxis de enfermagem. Considerado e sentido, pelas pessoas com quem cuidamos, como um estado amplamente desejável, não existe dúvida na evidência que sentir conforto é um resultado sensível ao cuidado do enfermeiro. Apesar da literatura sobre conforto ser vasta, a lacuna do conhecimento atual centra-se essencialmente na sua definição, uma vez que a subjetividade e ambivalência do próprio conceito dificultam a sua mensuração.

Definir conceitos clarifica o significado inerente à própria palavra e sistematiza as características essenciais permitindo que sejam reconhecidas e diferenciadas de outros conceitos similares ¹⁰¹. Se a pertinência do conforto enquanto resultado sensível ao cuidado do enfermeiro, é uma realidade ^{91,105}, então mensurar o seu conceito é essencial na metodologia científica do processo de enfermagem nomeadamente na avaliação, diagnóstico e consequente definição de resultados e intervenções. Estudar o conceito de conforto direciona o cuidado para as reais necessidades das pessoas com quem cuidamos.

Perante a dificuldade atual de definição do conceito de conforto, tivemos como finalidade reunir todo o conhecimento disponível, empírico e científico, não só para almejar uma maior fonte de dados como também para integrar os dados de forma global, passível de compreender o conceito em profundidade⁵⁵. Acreditámos que se o estado de conforto é inerente à condição humana, então todas as referências são úteis para a sua conceptualização, mesmo as referências com níveis de evidência menores. Com este fundamento optámos por uma revisão integrativa de literatura (RIL) ^{1,106,107} e definimos como objetivos:

- Identificar os antecedentes do estado de conforto;
- Identificar os atributos do estado de conforto;
- Identificar os consequentes do estado de Conforto;
- Identificar conceitos que podem influenciar o estado de Conforto;
- Identificar conceitos que englobam o conforto (conceitos em que o conforto surge como atributo);
- Identificar conceitos que se confundem com o estado de conforto;

- Identificar referenciais empíricos que permitem a sua mensuração.

Dado que a definição de conceito não emerge da literatura de forma clara, e que há unanimidade na necessidade da sua clarificação ^{42,46}, não restringimos temporalmente a estratégia de pesquisa. Desta forma, acreditamos conseguir uma visão mais ampla, mais abrangente, com a expectativa de ser mais esclarecedora. O friso temporal foi definido até março de 2016 e sem limite temporal inferior.

No que aos critérios de elegibilidade diz respeito, abordamos a pesquisa do conforto enquanto estado, centralizando a nossa seleção em referências no âmbito da disciplina de enfermagem, nomeadamente em contexto do cuidado. O fundamento desta opção metodológica teve por base a elevada amostra de referências passíveis de responder às questões iniciais. Conscientes de que os autores defendem que a seleção da literatura deverá incidir nas disciplinas com maior potencial para a compreensão do conceito, também é válido que defendem a sua análise isolada e a comparação, apenas numa fase posterior ¹. Assim sendo, esta pesquisa da literatura em enfermagem não invalida, em trabalhos futuros, a análise conceptual do conforto em outras disciplinas.

Evidenciam-se então os critérios de elegibilidade, de forma mais sistematizada, na Tabela 18.

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos em que os participantes sejam clientes, família, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos em que os participantes sejam estudantes. • Outros sujeitos em contextos diferentes do cuidado de enfermagem, enquanto participantes dos estudos.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções relativas ao estado de conforto como fenómeno de investigação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções relativas ao conforto em estudantes, em clima/culturas organizacionais, na satisfação no emprego, em liderança ou em conforto termal.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes do estado de conforto; • Atributos do estado de conforto; • Consequentes do estado de conforto; • Conceitos que podem influenciar o estado de Conforto; • Conceitos englobam o estado de conforto (conforto enquanto atributo); • Conceitos que se confundem com estado de conforto; • Referenciais empíricos do estado de conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conforto apenas enquanto intervenção (processo) – confortar.
Tipo de Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos primários, secundários, teóricos e empíricos; • Publicações em inglês, espanhol, francês e português; • Textos em texto integral disponível em bases de dados, disponibilizado pelos autores ou integrados nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. 	

Tabela 18 - Critérios de elegibilidade da revisão integrativa de literatura

Face ao fenómeno em estudo avaliámos os descritores, submetendo-os na plataforma de consulta dos descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) e descritores mesh (<https://meshb-prev.nlm.nih.gov/#/fieldSearch>), no sentido de validar a sua utilização na comunidade científica. Apesar do descritor *comfort* não ser considerado como descritor em saúde, face ao fenómeno em estudo, decidimos incluí-lo na revisão. No sentido de refinar a pesquisa para o contexto do cuidado de enfermagem, e meramente com este objetivo, optámos pela utilização de descritores de exclusão, aferidos numa pesquisa prévia, durante a seleção dos artigos pela leitura do seu título e resumo. Assim, para a seleção da amostra final definimos como descritores os sistematizados na Tabela 19:

Palavras-Chave 1 Conforto	Palavras-Chave 2 Enfermagem	Palavras-Chave 3 (campo opcional)
Comfort*(TI)	Nurs*(AB)	Not work* (TI; Subject Terms)
	Nursing Diagnos*(AB)	Not Student* (TI; Subject Terms)
		Not Job Satisfaction (TI; Subject Terms)
		Not organization* (TI; Subject Terms)
		Not leader* (TI; Subject Terms)
		Not thermal (TI; Subject Terms)

Tabela 19 - Descritores utilizados na revisão integrativa de literatura

Como estratégia de pesquisa booleana operacionalizamos a revisão integrativa de literatura da seguinte forma:

- TI (Comfort*) AND AB (nurs* OR nursing diagnos*) NOT TI (work* OR student* OR job satisfaction OR organization* OR leader* OR thermal) NOT SU (work* OR student* OR job satisfaction OR organization* OR leader* OR thermal).

Como recursos utilizámos as seguintes motores de busca/bases de dados: EBSCO [ERIC, Regional Business News, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycARTICLES, PsycBOOKS, CINAHL Plus with Full Text, Nursing & Allied Health Collection, British Nursing Index, Cochrane Collection, inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Business Source Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts, SPORTDiscus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Education Research Complete]; Biblioteca do Conhecimento Online [Elsevier - Science Direct(Freedom collection), SpringerLink(Springer/Kluwer), Wiley Online Library (Wiley)]; ISI – Web of Knowledge; BioMed Central – The open access publisher; Scopus; RCAAP; Referências bibliográficas mencionadas nos artigos selecionados.

Após a pesquisa eletrónica iniciou-se o processo de seleção da amostra do estudo, tendo em consideração os critérios de elegibilidade anteriormente definidos. Através de uma leitura organizada e em profundidade, das 1909 referências selecionadas com as estratégias de pesquisa booleana e das 12 referências identificadas pelas referências bibliográficas das referências selecionadas, foram eliminadas 235 referências repetidas, reduzindo a amostra para 855 referências. Por leitura de título foram eliminadas 392 (n=463), por leitura de resumo foram eliminadas 312 (n=151) e por leitura do texto integral foram eliminados 42 referências, concluindo-se este processo com uma amostra final de 109 referências. O processo de amostragem é esquematizado por fluxograma na Figura 1.

Durante o processo de seleção da amostra categorizamos as referências excluídas com o objetivo de dar a conhecer os respetivos motivos de exclusão, nomeadamente:

- Utilizavam a palavra conforto mas no seu conteúdo abordavam desconforto;
- Abordavam conforto apenas em associação com a dor;
- Avaliavam conforto/desconforto em enfermeiros sem abordar o fenómeno da investigação (ex: Programas de intervenção; intervenções de enfermagem; cuidados de conforto; toque de conforto; voltas de conforto; zona de conforto; uso de equipamento);
- Escalas de avaliação de sedação pediátrica;
- Avaliavam conforto através de escala de likert sem alusão ao fenómeno de estudo (ex: conforto durante colonoscopia ou outros procedimentos).

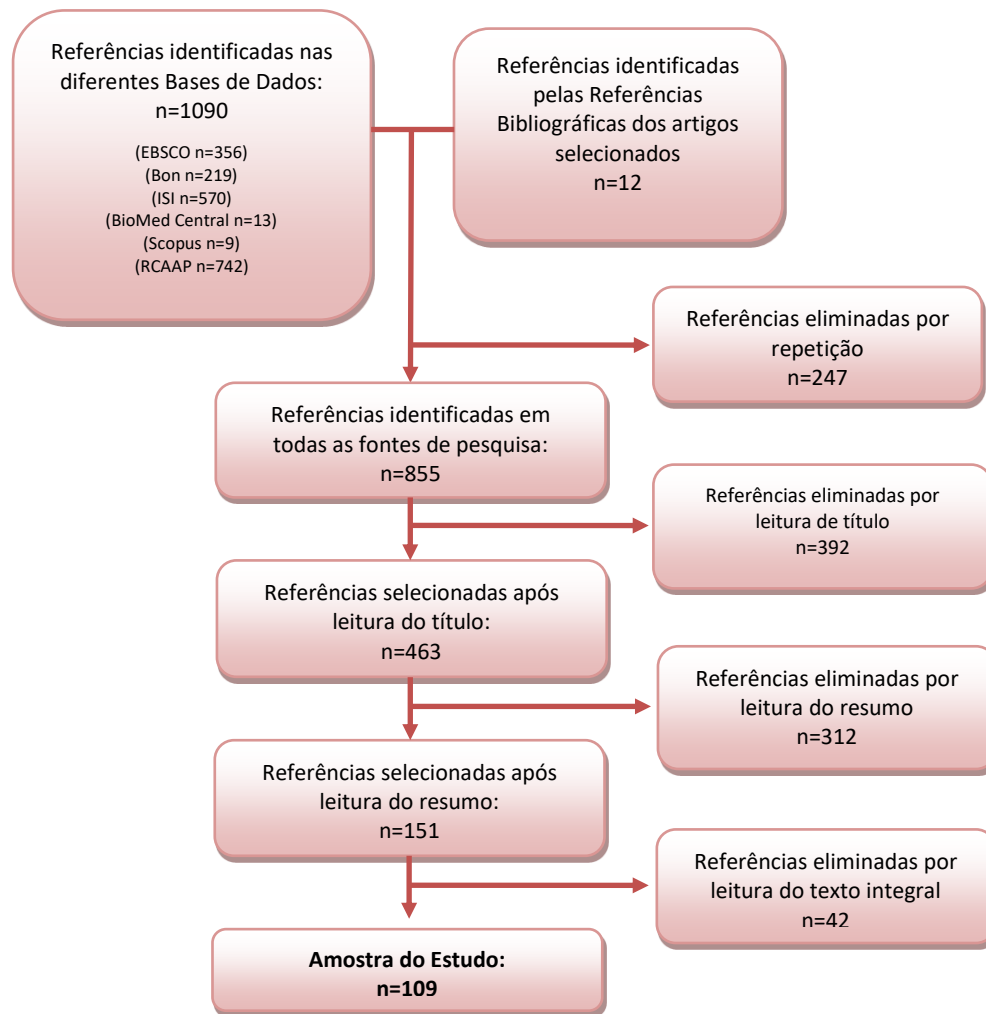


Figura 1 - Fluxograma do processo de amostragem

As 109 referências constituintes da amostra em estudo foram categorizadas numericamente com o intuito de facilitar a análise conjunta dos dados disponíveis na literatura.

A análise das referências e organização das respostas às questões de investigação foram sistematizadas por intermédio de um instrumento de colheita de dados construído para o efeito – Fichas de análise das referências (Apêndice I). Como finalidade pretendeu-se um documento capaz de assegurar a recolha de todos os dados relevantes, minimizar o risco de erro na transcrição, garantir o rigor na seleção dos dados, assim como constituir um documento de registo eficaz¹⁰⁶.

No processo de construção do instrumento, para além dos dados de caracterização da amostra (identificação das referências e características metodológicas), foram incluídos itens de avaliação concordantes com as questões de investigação. Semanticamente pretendeu-se avaliar:

- Referencial Teórico – identificar os principais autores que estudam o conforto, assim como os principais contributos para o conhecimento do fenómeno;
- Atributos – identificar as principais características do estado de conforto, características estas que, durante a leitura e análise dos textos, se conectam á sua essência;
- Antecedentes - identificar os eventos que antecedem o estado de conforto, ou seja, os acontecimentos que contribuem para que o estado de conforto esteja presente;
- Consequentes - identificar os eventos que acontecem como resultado do estado de conforto, ou seja, as consequências que se verificam após se ter sentido conforto.

Na parte do instrumento referente à avaliação dos atributos foram acrescentados mais 3 itens de análise: conceitos que podem influenciar o estado de conforto, conceitos que englobam o estado de conforto (conforto como atributo) e conceitos que se confundem com o estado de conforto. Esta intensão decorrente do confronto da investigadora principal com os resultados foi decisiva, uma vez que asserções/categorias/conceitos com o mesmo valor semântico não podiam ser repetidas em diferentes campos de análise ⁹⁸. Procurando os limites do fenómeno em estudo pretendeu-se, semanticamente avaliar:

- Conceitos que podem influenciar o estado de conforto – identificar conceitos que influenciam a ocorrência do estado de conforto. A identificação qualitativa destes fatores na literatura foi considerada importante para estudos posteriores;
- Conceitos que englobam o estado de conforto – identificar conceitos mais amplos, em que o conforto se integra enquanto atributo;
- Conceitos que se confundem com o estado de conforto – identificar conceitos similares, que muitas vezes assumem o nome de conforto mas que, semanticamente, têm atributos diferentes.

No sentido de dar a conhecer ao leitor a evidência que suportou os resultados emergentes, caracterizamos a amostra segundo o seu nível de evidência. A análise e registo deste item de caracterização foi operacionalizada seguindo os critérios de Joanna Briggs Institute ¹⁰⁸. Fundamentamos esta escolha pela integração de estudos secundários, integrados em cada nível (ANEXO I), mensurando de forma mais específica as características metodológicas da amostra em estudo.

Após a construção do instrumento de colheita de dados foi efetuado um pré-teste com a análise de cinco artigos, escolhidos de forma aleatória, onde se aferiu alguns pormenores de estrutura. O instrumento final foi proposto à consideração de três peritos, doutores e com experiência em

método de Revisões de Literatura, que validaram a coerência do instrumento face às questões e objetivos da investigação.

Finda a recolha de dados pelo referido instrumento, a síntese e a análise da informação passível de responder às questões de investigação foram operacionalizadas, com recurso a mapa conceptual previamente construído, tendo em conta os constituintes necessários para mensurar conceitos^{97,99}. A descrição desta opção metodológica é descrita no capítulo seguinte, a Fase II do presente estudo.

2.2.2 - FASE II: Mapa Conceptual

Os mapas conceptuais emergem na literatura como esquematizações de possíveis relações entre dados ou conceitos resultantes de estudos científicos, empíricos, ou meras interpretações de uma dada realidade. São organizações de pensamento que guiam a prática num determinado contexto ou sobre um determinado assunto^{109,110}. Considerados como estruturantes do conhecimento, os mapas conceptuais permitem evidenciar como o conhecimento está organizado na estrutura cognitiva do seu autor. Paralelamente, a sua representação visual mostra-se eficaz na partilha de significados, uma vez que explicita a forma como o autor entende as relações entre os campos de análise enunciados, numa base construtivista dos processos cognitivos. Bastante utilizado no âmbito do desenvolvimento da aprendizagem em educação, os mapas conceptuais emergem na década de 70 do século XX por Joseph Novack, propagando-se rapidamente para outras disciplinas, dada a sua aplicabilidade a todos os contextos onde se constrói conhecimento. Em enfermagem surge na década seguinte, de 80, centralizando-se como uma importante estratégia de ensino-aprendizagem no âmbito da formação do enfermeiro¹⁰⁹. Transformando em concreto o que antes era abstrato, permitindo partilhar organizações de pensamento de forma eficaz, os mapas conceptuais difundem-se para a investigação constituindo nos dias de hoje uma técnica importante, essencialmente no âmbito da investigação qualitativa¹¹⁰. Caracterizado como uma técnica bastante flexível ao raciocínio do investigador, não existem mapas conceptuais certos ou errados, não existe um momento para os elaborar, poderão ser um produto ou um processo contínuo que acompanha e se modifica ao longo da investigação¹⁰⁹⁻¹¹¹.

A utilização dos mapas conceptuais no presente estudo seguiu os mesmos princípios, embora efetuado numa lógica um pouco diferente. Construído á luz da literatura em análise conceptual, foi concebido previamente à análise dos dados com o intuito de constituir uma ferramenta de

análise eficaz. Simultaneamente, apresenta os resultados finais de uma forma mais sistematizada, articulando todas as variáveis num conjunto passível de verificar a efetividade e coerência das suas relações (Apêndice II).

Assim, a construção e preenchimento do mapa conceptual seguiu alguns princípios norteadores, nomeadamente:

- a. As áreas de preenchimento procuraram dar resposta às questões e objetivos da presente investigação;
- b. As asserções, retiradas do instrumento de recolha de dados, foram posicionadas no mapa conceptual tendo em conta o valor semântico de cada área de preenchimento, já explanadas anteriormente;
- c. Cada asserção foi apenas considerada em um campo de análise, ou seja, asserções com o mesmo valor semântico não puderam ocupar duas áreas distintas. Ex: não pôde ser antecedente e atributo simultaneamente;
- d. Consoante o conteúdo do artigo em análise, houve a possibilidade de não ocupar algumas áreas de preenchimento, nomeadamente em artigos que não contemplavam as respostas a todas as questões de investigação.

De acordo com o tipo de revisão de literatura selecionado para o presente estudo, sentimos necessidade de diferenciar as fontes das asserções que foram retiradas da amostra. Pretendemos que, na sua análise, o leitor deste estudo, perito em conforto, fosse capaz de enquadrar os diferentes referenciais teóricos e empíricos atualmente disponíveis na literatura, passíveis de facilitar uma leitura integrada da análise do conceito conforto apresentada na presente tese. Desta forma, foram atribuídos códigos de cores à referência numérica (citação bibliográfica) de cada asserção, com um símbolo X da mesma cor, apenas para facilitar a gestão informática das referidas referências. Atribuímos assim, a seguinte codificação às unidades de significado:

- Citações numéricas azuis (●) – asserções que emergem da opinião e experiência dos autores ou de artigos sem especificação do método de estudo;
- Citações numéricas vermelhas (●) - asserções que emergem de referencial teórico;
- Citações numéricas verdes (●) – asserções que emergem de instrumentos de medida;
- Citações numéricas pretas (●) – asserções que emergem de resultados de estudos primários.

Após a sua conclusão, á semelhança do instrumento de recolha de dados, o presente mapa foi colocado à consideração de dois peritos, doutores e com experiência em estudos de análise de conceitos, que validaram a sua forma, conteúdo e aplicabilidade face ao método em curso.

Na continuidade desta fase metodológica, foram retiradas das fichas de análise todas as asserções consideradas pertinentes para cada área de preenchimento do mapa conceptual, com a respetiva cor na referência numérica de cada asserção. Cada asserção, ou unidade de significado, foi extraída na sua língua original, sem traduções. Mesmo que duplicasse o seu valor semântico na fase de análise de conteúdo, pretendemos garantir a sua originalidade, uma vez que não foram adaptados culturalmente à população portuguesa. Concluída a fase de preenchimento inicial, todos os dados foram revistos no sentido de detetar possíveis repetições nos diversos campos de análise. Cada asserção repetida foi analisada em pormenor no sentido de aferir o seu melhor posicionamento, de acordo com o seu valor semântico. Algumas das asserções foram reposicionadas, outras foram deixadas em duplicado de forma intencional, com o intuito de validar o seu valor semântico na fase seguinte do estudo – a análise de conteúdo.

2.2.3 - FASE III: Análise de Conteúdo

Procurando algo mais que a sistematização de ideias/frases/palavras, que emergissem da literatura de forma sistematicamente repetida, foi nossa intenção realizar uma análise hermenêutica da amostra em estudo. A dificuldade na conceptualização do conceito conforto remeteu-nos para um tipo de pesquisa qualitativa, em que a interpretação do sentido que as palavras possam assumir (valor semântico) foi considerada como uma mais-valia face à análise taxativa das próprias palavras, do ponto de vista linguístico. Foi neste sentido que a análise de conteúdo ¹¹² emergiu no método da tese aqui apresentada.

Metodologicamente a fase de pré-exploração do material foi efetuada em simultâneo com as fases metodológicas anteriores. O primeiro contacto com o conteúdo da amostra foi efetuado ainda na revisão integrativa da literatura, aquando da leitura dos textos integrais no processo de decisão da inclusão/exclusão da respetiva referência na amostra em estudo. Na fase de preenchimento das fichas de análise (instrumento de recolha de dados) foi efetuada uma nova leitura de cada referência, potencializando a proximidade da investigadora principal com os documentos em análise. Este processo de leitura flutuante possibilitou a interpretação num sentido mais abstrato, emergindo algumas conceções, impressões e orientações importantes nas fases posteriores. Em suma, facultou a apreensão das ideias gerais e seus significados,

conseguindo já alguma percepção na diferenciação dos antecedentes, dos atributos e dos consequentes de conforto, ainda que numa fase embrionária¹¹².

A seleção das unidades de significado, foi iniciada na fase de revisão integrativa da literatura nomeadamente na transcrição de frases, palavras, partes de textos que de alguma forma pareciam servir de exemplo para o campo de análise em causa. No final do preenchimento das fichas de análise, após a interpretação mais profunda dos textos em causa, emergiu um primeiro esboço das possíveis categorizações. Nesta fase foi já possível, para a investigadora principal, uma diferenciação mais clara do que considerar: antecedente; atributo, consequente; conceitos influenciadores; conceitos mais abrangentes (conforto como atributo); e conceitos diferentes que se confundem com o fenómeno em estudo.

Na fase de transcrição para o mapa conceptual, as unidades de significado foram já distribuídas nas distintas áreas de preenchimento, de forma a possibilitar a posterior análise isolada. Emergiram assim, com as respetivas unidades de significado, as primeiras categorizações dos antecedentes, dos atributos e dos consequentes do conceito conforto enquanto estado. Realçamos que este foi um processo muito dinâmico, com recorrência frequente aos textos originais, no sentido de validar o valor semântico de cada asserção. Concordantes com esta validação, algumas unidades de significado foram reposicionadas face ao que, na altura, parecia mais coerente na análise hermenêutica ¹¹². Em algumas unidades de significado, pela especificidade da frase, validamos o valor semântico de duas áreas de análise distintas (ex: antecedente e atributo). Dado que a sua separação comprometia o sentido e a interpretação do respetivo significado, recorreremos à utilização de parênteses retos ([]), relativizando itens contextuais do do valor semântico da fração que se pretendia enaltecer face à respetiva categoria.

Na análise do conceito enquanto estado, foi uma mais-valia o uso do mapa conceptual na estruturação cognitiva das possíveis relações/diferenças entre antecedentes, atributos e consequentes ^{109,111}. Finda esta fase do estudo, cada item de análise foi estudado de forma autónoma, uma vez que unidades de significado com o mesmo valor semântico não puderam ocupar duas áreas distintas.

Sistematizadas as diversas unidades de significado em categorias e subcategorias, em cada item de análise, procedeu-se à validação do valor semântico de cada unidade de registo em cada referência sinalizada, recorrendo novamente aos textos originais. Este processo revelou-se bastante moroso, mas foi considerado imprescindível na validação do seu significado, por certificar de forma mais exata e consistente o seu correto posicionamento no mapa conceptual.

Com o intuito de validar o raciocínio científico inerente á análise dos dados, na tentativa de diminuir a subjetividade inerente à interpretação de um só investigador, foi proposto a três peritos em investigação qualitativa (sem perícia em conforto), doutores de formação académica, um exercício semelhante ao método utilizado na presente tese. Assim, de forma aleatória, selecionamos seis artigos da amostra do estudo (dois por cada perito), explicou-se individualmente o objetivo do exercício da validação e entregou-se, juntamente com os textos selecionados, um instrumento de registo com o mapa conceptual – Instrumento de validação da análise dos dados por peritos (Apêndice III). Na sua fase de conceção, tivemos como objetivo contextualizar o âmbito e objetivo do presente estudo, assim como especificar a importância da colaboração dos peritos para a sua credibilidade científica. Posteriormente, sistematizamos os procedimentos metodológicos, passíveis de objetivar os resultados decorrentes deste exercício. O referido instrumento foi colocado à consideração de um perito em conforto e investigação qualitativa, doutor, no sentido de validar o seu conteúdo. Com a implementação deste procedimento metodológico conseguimos verificar semelhanças no raciocínio de interpretação dos resultados validando, de forma positiva, a principal fonte de raciocínio crítico da investigadora principal.

Na fase final, simplificaram-se os resultados, pela exclusão das unidades de significado, resultando no mapa conceptual final do conceito conforto enquanto estado, de forma mais integrada. Este exercício de síntese foi importante e imprescindível na definição do conceito conforto apresentada.

Em fase de conclusão, os resultados e a definição do conceito que emergiram da presente análise conceptual, foram colocados à apreciação de três peritos em conforto, doutores de formação académica e com produção científica do fenómeno em estudo, que validaram a integração do novo conceito no estado da arte (ciência) do conforto conferindo assim, a utilidade do conceito na práxis de enfermagem ⁵⁴.

2.3 - PRESSUPOSTOS ÉTICOS

Indiferentemente da área científica a investigação constitui, na atualidade, uma ferramenta essencial na génese do *core* do conhecimento próprio de qualquer disciplina, assim como no desenvolvimento coeso e sustentável da prática baseada em evidência ^{1,55,100}. O método científico centrado em quem investiga, reveste-se de uma atividade humana de grande responsabilidade, uma vez que desejavelmente modifica/aperfeiçoa a visão que determinada

disciplina tem do seu objeto de estudo. Desta forma, a ética é fundamental não só para os percursos de investigação, como também para a proteção da sociedade ¹¹³.

Quando a disciplina se relaciona, na vertente ontológica, com a complexidade das experiências humanas, ou seja, quando o seu objeto de estudo são as pessoas, o risco de potenciais danos decorrentes da investigação evidencia-se com maior ênfase. Conscientes da importância da ética na investigação, assim como da enfermagem enquanto ciência humana, o planeamento de princípios éticos que protejam e previnam danos reais ou potenciais decorrentes do processo de investigação emergem como uma prioridade ^{100,113,114}.

Embora a tese aqui apresentada envolva como sujeitos de estudo referências já divulgadas publicamente, os procedimentos éticos de uma investigação transcendem a salvaguarda dos direitos dos participantes enquanto pessoas, estando também associadas às práticas do investigador em outras fases do método ¹¹⁵.

Expomos então, algumas preocupações éticas que tivemos em consideração ao longo de todo o percurso metodológico do presente estudo:

- Formular um problema que emerge de dificuldades sentidas na praxis e para o qual o estado da arte (ciência) apenas disponibiliza respostas difusas e subjetivas. Esta preocupação potencializa a utilidade futura dos resultados ou desenvolvimento de outra investigação, nomeadamente no âmbito dos processos de vida e saúde-doença das pessoas com quem cuidamos;
- Manter a coerência entre a definição do problema e a finalidade da investigação;
- Manter objetividade entre o problema, as questões de investigação e os respetivos resultados do estudo;
- Manter o princípio da integridade académica em todas as citações e referências, salvaguardando os direitos de autor;
- Manter o rigor, veracidade e fidelidade dos dados às respetivas fontes de recolha, garantindo a objetividade do raciocínio científico;
- Manter os princípios de autoria e identificação da Instituição, salvaguardando a contextualização académica na produção científica decorrente desta investigação;
- Manter os princípios da verdade e honestidade intelectual para com os orientadores na produção científica associada, uma vez que são parte integrante e impulsionadora de todo o processo de investigação;

- Expor à crítica dos orientadores qualquer parte do percurso metodológico, consciente que a sua perícia e discussão são partes integrantes da construção de conhecimento;
- Usar, durante a escrita do texto final da tese, a primeira pessoa do plural;
- Entregar, juntamente com o trabalho final, as duas declarações que atestam a originalidade da investigação, pelo investigador principal, e a de certificação de conclusão, pelos respetivos orientadores.

Com os pressupostos acima descritos, aspirámos construir um percurso baseado no respeito pela proteção dos direitos da pessoa, uma vez que a finalidade do estudo se centra no contributo que os resultados poderão assumir na discussão do conceito de conforto no âmbito dos sistemas de linguagem padronizadas. A precisão dos conceitos na disciplina incrementa o raciocínio clínico dos profissionais, reconduz o enfermeiro no seu processo de tomada de decisão e incita um cuidado mais humano, seguro, direcionado para as reais necessidades pela proximidade que assume junto das pessoas com quem cuidam.

3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Finda a análise dos dados, pretendemos agora apresentar os respetivos resultados à luz das questões de investigação que orientaram o percurso metodológico. Decorrentes das constatações identificadas no decurso da recolha de dados, os presentes resultados foram analisados e são apresentados como forma de prover uma relação lógica com o problema de investigação¹⁰⁰.

De acordo com a intencionalidade metodológica na análise integrada dos dados, de forma a compreender o conceito em profundidade⁵⁵, foi nosso propósito disponibilizar ao leitor o enquadramento dos resultados nos diferentes referenciais teóricos e empíricos atualmente disponíveis na literatura. Optámos por apresentar a totalidade dos resultados, sem qualquer síntese ou omissão das unidades de significado extraídas do processo hermenêutico da análise dos dados. Contrapondo algumas vantagens de apresentação dos resultados por intermédio de tabelas, nomeadamente a consulta rápida e global¹⁰⁰, acreditamos que a forma como apresentamos os resultados permitem não só uma sistematização eficaz dos componentes do conceito, mas também evidencia a riqueza inerente à especificidade de cada asserção na(s) respetiva(s) categoria(s), tornando mais coeso o significado atribuído pelos autores.

Recorrendo à descrição dos resultados, de acordo com o tipo de estudo, caracteriza-se inicialmente a amostra em estudo e apresenta-se sequencialmente os resultados, sistematizando-os nas respostas às questões de investigação¹⁰⁰. Apresentamos inicialmente a definição dos diversos componentes do conceito, decorrente da análise hermenêutica dos dados, seguindo-se a exposição das respetivas tabelas de análise de conteúdo, passíveis de validar o valor semântico atribuído ao respetivo enunciado. Num exercício de síntese, apresenta-se os resultados finais organizados em mapa conceptual, articulando todos os itens de análise e avaliando a efetividade e coerência das suas relações¹⁰⁹⁻¹¹¹. Por fim, apresenta-se a definição operacional de conforto enquanto estado, ou seja, o conceito de conforto à luz de quem o sente.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO

Previligiando a clareza na interpretação dos resultados a apresentar, importa começar com a caracterização da amostra em estudo. Concordante com a natureza e especificidade dos materiais e método utilizados, os sujeitos do presente estudo constituem referências bibliográficas, cuja seleção decorreu do processo de amostragem sistematizado em considerações metodológicas (Fase I: Revisão Integrativa de Literatura). Assim, caracterizamos a nossa amostra de 109 referências não só em itens genéricos, mas essencialmente em itens que permitam ao leitor analisar o seu rigor metodológico. De acordo com a natureza das referências em análise, tivemos necessidade de adaptar a frequência absoluta (n) de determinadas características, nomeadamente: a) País de afiliação dos autores, quando existiram afiliações em mais do que um país na mesma referência ($n=114$) ; b) na caracterização metodológica das referências, dado a presença de duas teses de doutoramento que integram três e cinco estudos respetivamente, assim como um estudo de análise conceptual que estuda fenomenologicamente os resultados de um estudo secundário ($n=116$). Acreditamos que os dados que expomos neste subcapítulo são fulcrais, nomeadamente para integrar o estado da arte (ciência) do conceito de conforto na descrição e discussão dos resultados que sustentam a presente tese. Metodologicamente apresentamos uma pequena descrição das principais características em análise, recorrendo a tabelas e gráficos sempre que se justifique, permitindo um complemento rápido e global na análise subjacente¹⁰⁰. Apresentamos a amostra em estudo pela análise da sua distribuição segundo:

- Ano de publicação;
- País de afiliação dos autores;
- Abordagem metodológica (tipo de estudo, desenho de investigação);
- Processo de amostragem (sujeitos em estudo, tipo de amostragem, presença de critérios de elegibilidade);
- Nível de evidência.

Analisamos agora, sequencialmente a amostra em cada item de análise.

Caracterização da amostra segundo o ano de publicação

A referência mais antiga da amostra em estudo remonta o ano de 1986, onde o fenómeno foi estudado no âmbito de percurso académico de doutoramento com o desenvolvimento do

primeiro instrumento que permitiu mensurar o conforto¹¹⁶. Após alguns anos sem qualquer publicação, o fenómeno volta a despertar interesse nos investigadores, com o desenvolvimento dos estudos de Katharine Kolcaba. A conceptualização e operacionalização do conceito em referenciais empíricos constituíram um marco importante da autora face à pertinência do conceito no cuidado humano, nomeadamente pelo acréscimo de evidência procedente. Despertada a comunidade científica para a importância do conceito no *core* da disciplina, as publicações sobre o fenómeno tiveram a sua maior expressão na primeira década do ano 2000, essencialmente integradas em programas académicos de doutoramento e grupos de investigação organizados. Embora com algum decréscimo nos últimos anos, datas de publicação da nossa amostra, a presença do conforto manteve-se presente no interesse dos investigadores (Gráfico 1).

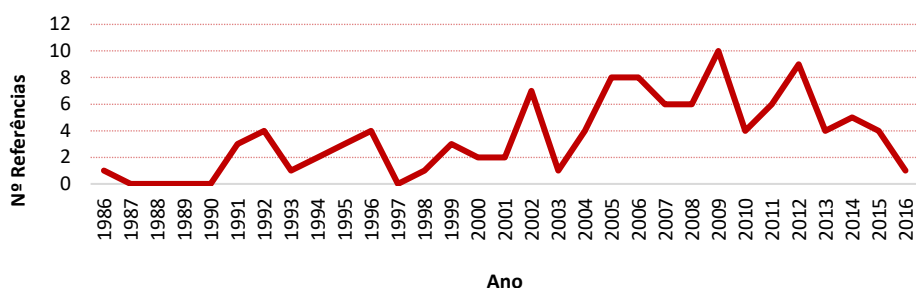


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o ano de publicação

Caracterização da amostra segundo o país de afiliação dos autores

Numa análise global podemos verificar que o interesse pelo fenómeno é transversal a diferentes culturas, legitimando o carácter holístico do conforto inerente à condição humana^{31,44,46}. Com maior expressão (35,96%), emerge os Estados Unidos da América (EUA), país de origem de Katharine Kolcaba, grande impulsionadora do fenómeno no *core* da disciplina. Os investigadores brasileiros seguem-se como os que mais publicaram acerca do conforto (21,93%), destacando-se autores como Fernanda Mussi que se dedicou ao estudo do fenómeno numa perspetiva fenomenológica, diretamente por quem o sente. Em Portugal (15,79%), os investigadores conferiram maior interesse ao fenómeno integrado em processos académicos de doutoramento. Através de estudos metodologicamente diversificados, o interesse dos autores portugueses pelo fenómeno do conforto é uma realidade; pelo número de publicações onde, evidenciam-se autores como Luís Apóstolo ou Patrícia Pontífice-Sousa. Com menor expressão emergem investigadores com afiliação em mais treze países, o que reitera significado à importância do fenómeno na disciplina (Tabela 20 e Gráfico 2).

País de afiliação dos autores	n	fr (%)
EUA	41	35,96
Brasil	25	21,93
Portugal	18	15,79
Austrália	7	6,14
Canadá	5	4,39
Suíça	3	2,63
Irão	2	1,75
Irlanda	2	1,75
Nova Zelândia	2	1,75
Turquia	2	1,75
UK	2	1,75
China	1	0,88
Espanha	1	0,88
Israel	1	0,88
Korea	1	0,88
Tailândia	1	0,88
TOTAL	114	100,00

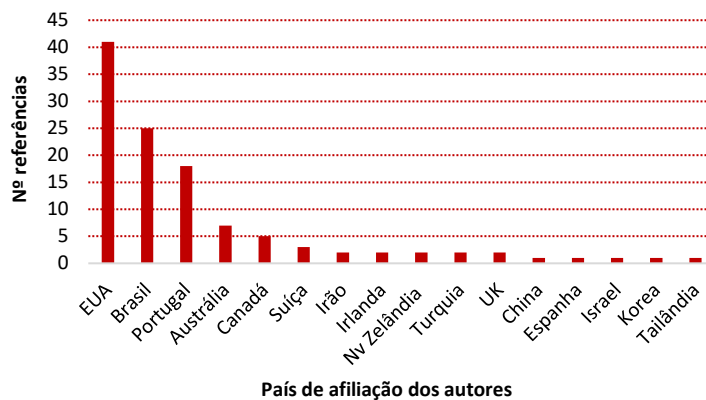


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o país de afiliação dos autores

Tabela 20 - Distribuição da amostra segundo o país de afiliação dos autores

Caracterização da amostra segundo a sua abordagem metodológica

A amostra em estudo abrange referências a estudos primários, secundários e de opinião/relato de experiência, sendo os de maior expressão os estudos primários de abordagem qualitativa (39%) (Tabela 21 e Gráfico 3). A subjetividade inerente ao conforto parece reforçar a necessidade dos investigadores na sua compreensão, assim como a sua importância para o cuidado humano. Embora o desenvolvimento de instrumentos de medida tenha incrementado estudos de natureza quantitativa (32%), mantém-se visível a lacuna no conhecimento do fenómeno, evidenciado pela expressão que as referências de artigos de revisão (13%) e de opinião/relato de experiência (16%) assumem na amostra em estudo. Na análise pormenorizada dos estudos secundários, os investigadores questionam-se acerca do significado do conforto^{28,30,41,42,44-46,81,117}, do estado da arte em contextos específicos do cuidado^{57,118,119}, de referenciais empíricos que mensurem o fenómeno⁴³, assim como na sistematização de alicerces teóricos passíveis de fundamentar uma teoria no cuidado¹²⁰. Nos estudos de menor evidência (opinião/relato de experiência) os investigadores refletem sobre a pertinência do conforto para o cuidado humano^{29,65,121-125}, assim como se destacam referências que apresentam a teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba¹²⁶⁻¹³¹ e respetiva aplicabilidade a determinados contextos do cuidado^{120,132-136}.

Abordagem metodológica das referências	n	fr (%)
Abordagem Qualitativa	45	39
Abordagem Quantitativa	37	32
Opinião/Relato de experiência	19	16
Artigos de Revisão	15	13
Total	116	100

Tabela 21 - Distribuição da amostra segundo a sua abordagem metodológica

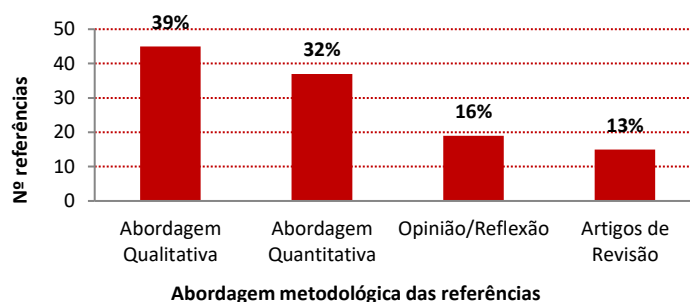


Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a sua abordagem metodológica

Objetivando uma descrição mais pormenorizada das referências em análise, caracterizamos de seguida as referências isoladas por abordagem, atendendo ao seu desenho de investigação. Congruente com a sua natureza, as referências de opinião/relato de experiência são excluídas desta análise, dada a ausência de método científico.

As referências de estudos primários com abordagem qualitativa diversificam-se nos três desenhos da investigação qualitativa, emergindo com maior expressão a fenomenologia (64%) seguido da etnografia e da grounded theory em *ex aequo* (18%) (Tabela 22 e Gráfico 4). Os investigadores atribuem especial interesse à compreensão do fenómeno, onde a dificuldade na sua conceptualização os tem conduzido na procura de evidência passível de a mensurar, quer por desenhos mais simples, quer por desenhos que sistematizem maior leque de dados, de observações, passíveis de identificar o verdadeiro constructo do conceito de conforto.

Abordagem Qualitativa	n	fr (%)
Fenomenologia	29	64
Etnografia	8	18
Grounded Theory	8	18
Total	45	100

Tabela 22 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem qualitativa segundo o desenho de investigação

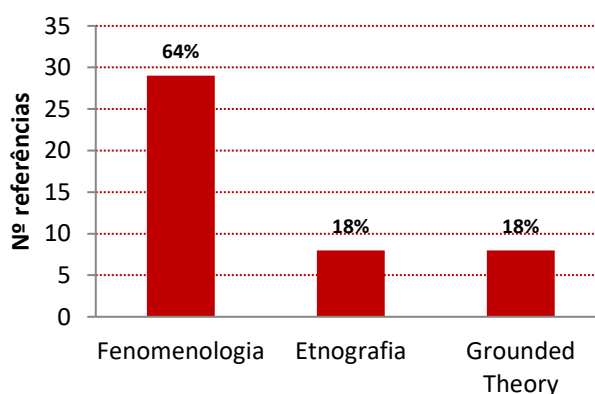


Gráfico 4 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem qualitativa segundo o desenho de investigação

Pela análise do desenho de investigação das referências com abordagem quantitativa (Tabela 23 e Gráfico 5), é possível reiterar a importância que o desenvolvimento de instrumentos de medida, na mensuração de um determinado fenómeno, assume no âmbito de uma disciplina. Quando o fenómeno em estudo se considera fulcral para o cuidado humano, a sua mensuração permite não só aprimorar o raciocínio clínico do enfermeiro, assim como desenvolver e avaliar a efetividade de intervenções complexas, passíveis de acompanhar e/ou capacitar as pessoas nos seus processos de vida e de saúde doença. Medir determinado fenómeno é determinante na avaliação de resultados sensíveis ao cuidado do enfermeiro^{100,137}. A caracterização deste grupo de referências constituintes da nossa amostra é bem representativa dessa realidade, onde se destaca a similaridade de frequência de estudos metodológicos (validação de instrumentos de medida) e correlacionais (27%). Com a natural disseminação desses referenciais empíricos, emergem na literatura em análise estudos com metodologias mais controladas, permitindo a integração do fenómeno na avaliação da efetividade de determinadas intervenções (desenhos quase-experimentais: 22%; desenhos experimentais: 14%). Com menor expressão, emergem os estudos descritivos (11%), que objetivam essencialmente a mensuração dos níveis de conforto em contextos específicos.

Abordagem Quantitativa	n	fr (%)
Metodológicos	10	27
Correlacionais	10	27
Quase-Experimental	8	22
Experimental	5	14
Descritivos	4	11
Total	37	100

Tabela 23 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem quantitativa segundo o desenho de investigação

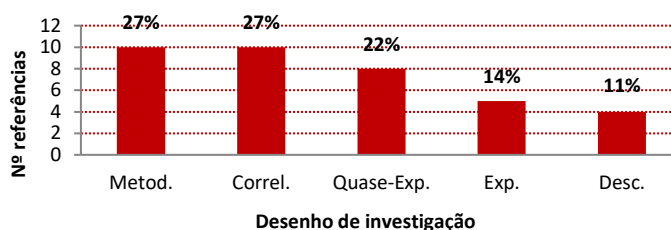


Gráfico 5 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem quantitativa segundo o desenho de investigação

Completando a análise desta característica, os estudos secundários emergem com menor expressão (13%), face aos estudos primários (abordagem qualitativa: 39%; abordagem quantitativa: 32%). Embora a ténue diferença em frequência que estas referências assumem entre si, destaca-se nas revisões integrativas de literatura (40%) a ideia de que o fenómeno ainda suscita dúvidas aos investigadores, dada a necessidade de abarcar todas as fontes de informação disponíveis, mesmo as que se assumem com menor nível de evidência (Tabela 24 e Gráfico 6).

Em similaridade de interpretação, seguem-se as revisões narrativas (33%) culminado em menor frequência as revisões sistemáticas de literatura (27%).

Estudos de Revisão	n	fr (%)
Integrativa	6	40
Narrativa	5	33
Sistemática	4	27
Total	15	100

Tabela 24 - Distribuição da amostra de estudos secundários segundo o desenho de investigação

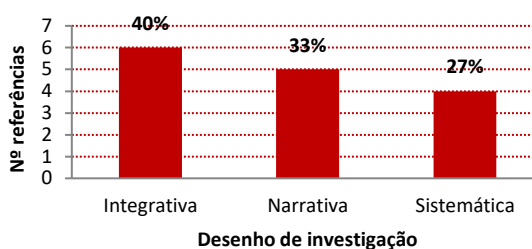


Gráfico 6 - Distribuição da amostra de estudos secundários segundo o desenho de investigação

Caracterizamos agora a amostra de acordo com o seu processo de amostragem. Dada a ausência de método científico, as referências de opinião/relato de experiência serão naturalmente excluídas dessa caracterização.

Caracterização da amostra segundo o seu processo de amostragem

Com intuito adicional à simples descrição das pessoas/grupos em que o conforto foi estudado, a presente caracterização também pretende evidenciar o rigor metodológico das referências em análise, nomeadamente no respeitante ao seu processo de amostragem. A transparência do método na evidência disponível é uma crítica na atualidade, que condiciona diretamente a credibilidade da produção e translação do conhecimento de qualquer disciplina^{100,137}. Iniciamos então a caracterização do processo de amostragem pela especificação dos sujeitos em estudo. Congruentes com a natureza metodológica das referências que constituem a amostra em estudo, apenas serão caracterizadas as referentes a estudos primários. Analisamos a referida caracterização pelo somatório dos sujeitos que emergem em contextos semelhantes, com algumas especificações, sempre que se justifique.

O estudo do fenómeno do conforto tem maior expressão em pessoas internadas em contexto hospitalar, quer nas pessoas que vivenciam os processos de saúde-doença^{32,33,138-147,35,148,39,40,50,51,78,94,116}, quer nos seus familiares^{36,50,149-151} (abordagem qualitativa: n=20; abordagem quantitativa: n=6). As realidades vividas por estas pessoas diversificam-se nos contextos do cuidado, nomeadamente em cirurgia^{32,33,116,140-142}, médico-cirúrgica^{39,50,51,143-145}, cuidados intensivos^{36,40,94,149,150}, doença coronária^{33,35,40,94,142,146}, medicina^{139,147} e trauma^{50,138}.

Como segundo grupo mais estudado, evidencia-se na amostra o contributo das pessoas^{37,74,93,118,152-159}/familiares^{158,160-162} a viver processos de saúde-doença

oncológica^{37,74,93,152,153,156,157,159,161,162} e/ou paliativa^{118,154,155,158,160} (abordagem qualitativa: n=4; abordagem quantitativa: n=14). Os estudos com esta população inscrevem-se maioritariamente em paradigmas quantitativos, parecendo estar associado ao desenvolvimento e aplicação de instrumentos de medida como o Hospice Comfort Questionnaire (HCQ)^{118,154,155,158,160} ou outros, baseados no General Comfort Questionnaire (GCQ)^{93,156,157,161,162}, que se integram nos respetivos desenhos metodológicos.

O estudo do conforto em pessoas em situação de doença psiquiátrica está essencialmente associado a Apóstolo^{105,163-165} que, no âmbito da sua tese de doutoramento, dinamizou um estudo fenomenológico com o GCQ, desenvolvendo o Psychiatric In-patients Comfort Scale (PICS), instrumento utilizado na avaliação do efeito de um programa de imaginário conduzido (n=6). Sob uma vertente fenomenológica outros autores desenvolvem os seus estudos na mesma população (em situação de doença psiquiátrica), evidenciando-se Becherraz^{52,85} que procurou clarificar os significados atribuídos às experiências de conforto (n=3).

O conforto foi estudado nos idosos, essencialmente enquanto processo^{47,83,89,90,147} (abordagem qualitativa: n=5). Os autores valorizaram a influência do contexto cultural no fenómeno em estudo, sobretudo através de estudos etnográficos^{47,83,90,147}. Com menor expressividade (n=2), esta população foi alvo de estudos mais controlados, nomeadamente na avaliação da efetividade de algumas intervenções como a massagem de mão¹⁶⁶ ou intervenções de educação no conforto sentido no planeamento de final de vida¹⁶⁷.

Nas mulheres em situação de puerpério, o conforto foi maioritariamente estudado pela fenomenologia (n=4)^{38,51,86,168}. Também se evidenciam estudos de cariz experimental, embora com menor expressividade (n=2)^{169,170}.

Para além do estudo do fenómeno de conforto em pessoas/familiares a vivenciar processos de saúde-doença, os investigadores também atribuem valor à opinião do enfermeiro, nomeadamente no seu processo de cuidado (abordagem qualitativa: n=16; abordagem quantitativa: n=1). Nos estudos que constituem a nossa amostra, os investigadores procuraram atribuir significado ao conforto, essencialmente enquanto cuidado holístico^{48,49,171,172}. A sua opinião também foi valorizada em simultâneo com o testemunho das pessoas com quem cuidavam, embora apenas em abordagem metodológica qualitativa (n=16). Na caracterização destes sujeitos apresentada na Tabela 25 e Tabela 26, as pessoas/familiares cuidados pelo enfermeiro foram integradas em duplicado nas respetivas situações de saúde-doença, aumentando a frequência absoluta dos estudos em análise (n=61). Em outra vertente, foi excluído um estudo fenomenológico porque procurou o significado do conceito de conforto a

partir de um estudo secundário, dadas as características específicas dos seus participantes (n=60). Apresentam-se agora as Tabela 25 e a Tabela 26 que caracterizam a amostra em estudo quanto aos seus sujeitos.

Estudos primários com abordagem qualitativa		
Sujeitos	n	fr (%)
Pessoas/familiares em situação de internamento hospitalar	20	33
Enfermeiros em díade com clientes	16	27
Idosos	5	8
Enfermeiros	4	7
Puérperas	4	7
Pessoas/familiares em situação de doença oncológica/paliativa	4	7
Pessoas em situação de doença psiquiátrica	3	5
Pessoas em situação de Hemodiálise	2	3
Crianças/familiares em situação de doença	2	3
Total	60	100

Tabela 25 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem qualitativa segundo os sujeitos em estudo

Estudos primários com abordagem quantitativa		
Sujeitos	n	fr (%)
Pessoas/familiares em situação de doença oncológica/paliativa	14	38
Pessoas em situação de internamento hospitalar	6	16
Pessoas em situação de doença psiquiátrica	6	16
Pessoas em situação de incontinência urinária	2	5
Puérperas	2	5
Idosos	2	5
Pessoas em situação de doença diabética	1	3
Pessoas em situação de doença de Alzheimer	1	3
Pessoas que recebem "Healing touch"	1	3
Pessoas gay's, lésbicas ou bissexuais	1	3
Enfermeiros	1	3
Total	37	100

Tabela 26 - Distribuição da amostra de estudos primários com abordagem quantitativa segundo os sujeitos em estudo

No que se refere ao tipo de amostragem e critérios de elegibilidade das referências de estudos primários com abordagem qualitativa (Tabela 27, Tabela 28, Gráfico 7 e Gráfico 8), podemos verificar que a transparência e objetividade da escrita científica nem sempre estiveram presentes na leitura das referências em análise. Embora a maior parte da evidência referencie estes aspetos no seu percurso metodológico, emergem ainda referências que a omitem, constituindo um prejuízo ao rigor e precisão que os resultados poderiam assumir na mudança do cuidado baseado em evidência^{100,137}.

Nos estudos primários com abordagem qualitativa, embora seja evidente o tipo de amostragem subjacente, 16 % dos autores não o integram como item na descrição do método. Da mesma forma, apenas 64% destes estudos especificam os critérios de elegibilidade que conduziram os autores no processo de amostragem.

Tipo de amostragem	n	fr (%)
Conveniência	38	84
Não referencia	7	16
Total	45	100

Tabela 27 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem qualitativa segundo o tipo de amostragem

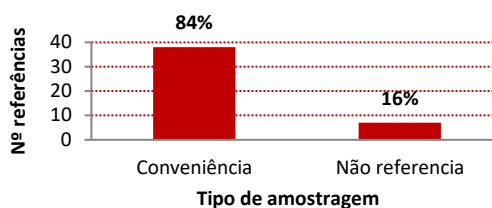


Gráfico 7 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem qualitativa segundo o tipo de amostragem

Crítérios de Elegibilidade	n	fr (%)
Sim	29	64
Não	16	36
Total	45	100

Tabela 28 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem qualitativa segundo a presença de critérios de elegibilidade

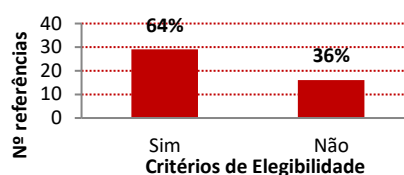


Gráfico 8 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem qualitativa segundo a presença de critérios de elegibilidade

À semelhança da análise anterior, a realidade parece manter-se nos estudos com abordagem quantitativa (Tabela 29, Gráfico 9, Tabela 30 e Gráfico 10), onde em 30% os autores não referenciam o tipo de amostragem, assim como 24% não especifica critérios de elegibilidade que os conduziram à seleção da amostra em estudo. A predominância da seleção de amostras por conveniência (54%) em detrimento da seleção aleatória, é representativo da fragilidade do estado da arte(ciência) do conforto, que se explana na presente tese.

Tipo de amostragem	n	fr (%)
Conveniência	20	54
Não referencia	11	30
Aleatória	6	16
Total	37	100

Tabela 29 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem quantitativa segundo o tipo de amostragem

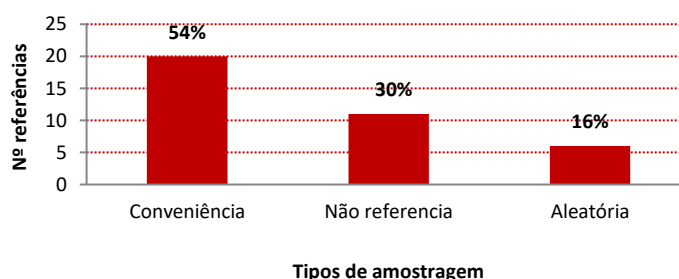


Gráfico 9 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem quantitativa segundo o tipo de amostragem

Critérios de Elegibilidade	n	fr (%)
Sim	28	76
Não	9	24
Total	37	100

Tabela 30 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem quantitativa segundo a presença de critérios de elegibilidade

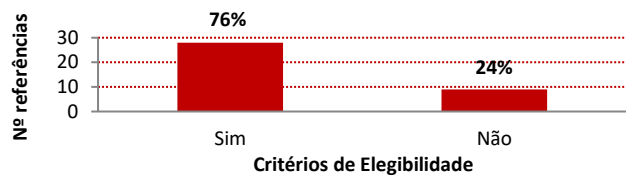


Gráfico 10 - Distribuição da amostra dos estudos com abordagem quantitativa segundo a presença de critérios de elegibilidade

Caracterização da amostra segundo o seu nível de evidência

A sistematização da especificidade metodológica da produção científica associada a um determinado fenómeno, ou *core* de conhecimento de uma disciplina, constitui um pilar fundamental na translação do conhecimento para a prática do cuidado^{100,113}. O conhecimento dos níveis de evidência proporciona contributos ao enfermeiro na avaliação crítica dos resultados emergentes, que determinam a sua decisão sobre a incorporação da evidência no cuidado^{100,137}. Em outro ponto de análise, essa sistematização oferece não só um retrato fiel do estado da arte (ciência) acerca do fenómeno em estudo, como também caracteriza a principal fonte de informação da presente tese. Assim, o presente estudo centra-se na análise da evidência¹⁰⁸ disponível na literatura do conforto (Tabela 31 e Gráfico 11), caracterizada maioritariamente por estudos de nível 4.c (38,8%), correspondentes a estudos observacionais descritivos, no âmbito de investigação de natureza qualitativa. As referências com nível de evidência 5.c são o segundo grupo com maior expressão (21,6%), constituída essencialmente por referências sem especificação do método representadas por revisões narrativas ou opiniões dos autores acerca do fenómeno em estudo. Com 16,4% destacam-se as referências de nível 3.e, constituindo maioritariamente estudos metodológicos e correlacionais. Concordante com a análise confinada à presente página e apesar do desenvolvimento de referenciais empíricos que permitem a mensuração do fenómeno, a sua discussão e compreensão ainda constituem o foco de preocupação mais frequente no interesse dos investigadores.

Nível de Evidência		n	fr (%)
Nível 5	5.c	25	21,6
	5.b	0	0,0
	5.a	3	2,6
Nível 4	4.d	45	38,8
	4.c	0	0,0
	4.b	5	4,3
	4.a	3	2,6
Nível 3	3.e	19	16,4
	3.d	0	0,0
	3.c	0	0,0
	3.b	1	0,9
	3.a	0	0,0
Nível 2	2.d	6	5,2
	2.c	3	2,6
	2.b	0	0,0
	2.a	0	0,0
Nível 1	1.d	3	2,6
	1.c	1	0,9
	1.b	2	1,7
	1.a	0	0,0
Total		116	100,0

Tabela 31 - Distribuição da amostra segundo o seu nível de evidência¹⁰⁸

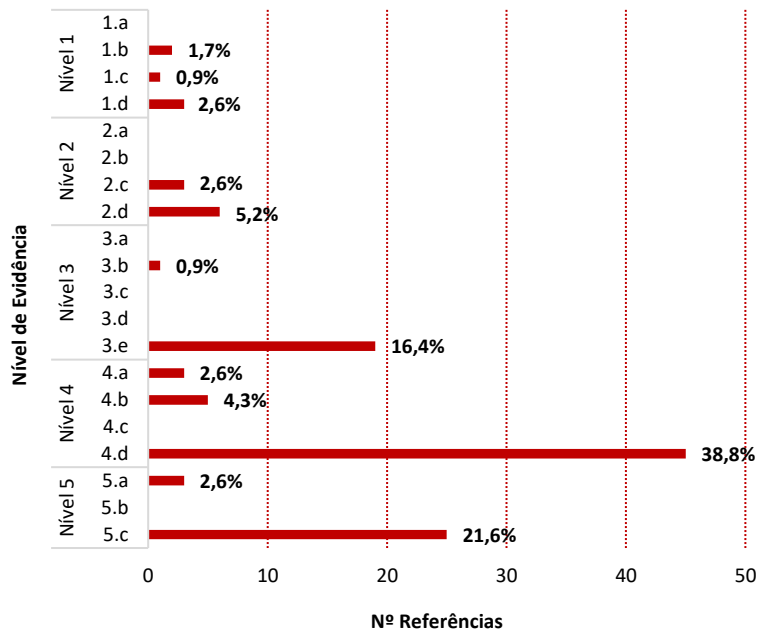


Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo o seu nível de evidência¹⁰⁸

Finda a caracterização da amostra em estudo apresentamos de seguida os resultados, à luz da análise hermenêutica dos dados.

3.2 - COMPONENTES CENTRAIS DO CONCEITO CONFORTO

Considerando os conceitos como construções cognitivas de um determinado fenómeno, passíveis de uniformizar significados nos processos de comunicação inerentes à condição humana, a sua operacionalização implica necessariamente métodos precisos de análise conceptual. Independentemente do grau de complexidade do conceito, concreto ou abstrato, a decomposição do mesmo em componentes centrais facilitam a compreensão do fenómeno em estudo⁹⁷⁻⁹⁹. O presente subcapítulo pretende dar resposta a esta especificidade, pelo que apresentamos sequencialmente os antecedentes, atributos e consequentes do conceito de conforto que emergiram da análise hermenêutica dos dados. A opção por apresentar os resultados por esta sequência centralizou-se na estruturação cognitiva da sua compreensão,

ambicionando oferecer uma construção lógica no pensamento do leitor: o que causa; o que é; o que provoca.

3.2.1 - Antecedentes

Na identificação da essência do conceito, das suas características essenciais ou atributos, a diferenciação dos seus antecedentes possibilita uma análise conceptual mais integrada, dado que os antecedentes apresentam valor semântico diferente dos próprios atributos. Os antecedentes surgem como causas, circunstâncias ou eventos que antecedem a ocorrência do fenómeno em estudo⁹⁷⁻⁹⁹. A sua compreensão possibilita identificar quais os aspetos necessários para que o fenómeno aconteça, ou seja, os acontecimentos que permitem às pessoas sentir conforto.

Pela análise hermenêutica dos dados consideramos como antecedentes de conforto:

- Conforto é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental.

Apresentamos seguidamente a Tabela 32, de análise de conteúdo, passível de conferir significado ao presente enunciado.

CATEGORIA: Interações Físicas	
Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa com as sensações corpóreas.	
UNIDADES DE SIGNIFICADO	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sensações do corpo ^{156X} ^{157X} • Sensações corporais ^{156X} • Refers to bodily sensations ^{134X} ^{173X} • Bodily sensations ^{116X} ^{174X} ^{165X} • Physical sensation ^{43X} ^{116X} • The bodily awareness (...) [experienced by a patient that may or may not be related to a specific medical condition] ^{174X} • All physiological (...) dimensions of an individual ^{132X}
SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Sensações Físicas (consciência do corpo, sensações decorrentes de	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidade ^{40X} ^{44X} • Functionality ^{74X} • Function ^{91X} • Physical functioning ^{155X} • Condições de funcionalidade / normalidade e bem-estar físico ^{44X} • Functional Impact ^{33X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
processos fisiológicos)	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento ^{40X 105X 44X 47X 160X 157X 117X} • Positioning ^{33X 90X 129X 175X 43X 174X 91X} • Internal/[external needs –]Physical, [Psychospiritual, environmental, and social] ^{50X} • Physical needs ^{172X} • Physical symptom [relief, states, and interventions] ^{74X} • Symptoms and their impact ^{33X} • Comer e dormir bem ^{44X} • Physical refreshment ^{139X 127X} • A higiene é muito importante...[dá muito conforto] ^{147X} • Ter energia para trabalhar ^{163X 105X} • Ficar fisicamente bem ^{163X}

CATEGORIA: Interações Psicoespirituais

Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa consigo própria (abrange a consciência interna de si, sensações psico-emocionais, crenças e valores).

UNIDADES DE SIGNIFICADO

- Produto da interação – [sentidos de conforto surge e modifica-se nas] interações que a pessoa estabelece nas situações vivenciadas (consigo mesma[, outros seres, situações e objetos); e que a ação das pessoas, relacionada ao conforto ou desconforto, é baseada nos sentidos que ela atribui às coisas com as quais interage. Com base nessas premissas, conforto/desconforto são considerados termos genéricos ou abstrações, não têm um sentido em si:] é a interação que lhes atribui significado. ^{35X}
- [Conforto ou desconforto são produtos da interação, sua compreensão precisa ser buscada nas]interações da pessoa consigo mesma[, com aqueles que a circundam durante o tratamento, nas situações que enfrenta]. ^{36X}
- Resultante das interações que o indivíduo estabelece consigo,[com aqueles que o circundam e com as situações que enfrenta no processo de doença e cuidado em saúde]. ^{36X}
- Comfort can be provided by [caregivers, friends, family members], self, and God ^{153X}

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Consciência Interna de si	<ul style="list-style-type: none"> • [O conforto psicoespiritual pertence à consciência interna de si mesmo, incluindo a] autoestima, o autoconceito, a sexualidade[, o significado na vida de alguém e a relação com o ser mais elevado (Deus). Trata-se da combinação do estado mental, emocional e espiritual] ^{146X} • [Psychospiritual comfort is defined as an internal awareness of self, including] esteem, identity, sexuality, [meaning in one's life, and one's understood relationship with a higher being] ^{132X 173X} • Pertaining the internal awareness of self, including esteem, concept, sexuality,[and relationship to a higher order or being] ^{91X 129X 165X} • Psychospiritual, pertaining to the internal awareness of self, [encompassing one's relationship to a higher order or being] ^{123X} • Ter consciência e estar em contato com os sentimentos ^{116X 44X} • Being in touch with self ^{46X} • Auto-conceito ^{105X 105X 164X 47X 156X} • Concept ^{134X 165X} • Self-awareness ^{169X} • Inner awareness of himself ^{134X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Self-knowledge ¹²²X • Auto-estima ¹⁰⁵X ¹⁰⁵X ⁴⁰X ⁴⁷X ¹⁶⁰X ¹⁵⁶X ⁴⁴X ¹⁵⁷X • Self-esteem ¹⁴³X ¹⁴³X ⁹¹X ⁸¹X ⁴³X ¹¹⁶X ¹³⁴X ¹²⁹X ¹⁷⁵X ⁹⁰X • Exposição do corpo ¹⁴⁶X • Privacidade ¹⁰⁵X ⁸⁹X ⁵¹X ⁴⁷X ¹²⁵X ⁴⁴X ¹⁰⁵X ¹⁶³X • Privacy ¹⁷²X ⁸¹X • Tenho privacidade suficiente ¹⁰⁵X ¹¹⁸X • I have enough privacy ¹⁴⁰X ¹³⁹X ¹⁵⁸X • It does not bother me that other patients are in my room ¹⁷⁰X • Acceptance ⁸⁴X • Autoconfiança ⁸⁹X ⁴⁷X • Autodeterminação ⁴⁷X ⁴⁷X ¹⁰⁵X • Determination ¹⁴³X • Autocontrolo ⁴⁷X • Self-control ⁴²X ¹³⁶X • Sexualidade ¹⁵⁶X • Sexuality ¹³⁴X ¹⁶⁵X • Self-characteristics ⁷⁴X • Patients characteristics ¹⁴⁴X • Sei que o meu mal-estar é passageiro ¹⁵⁶X
Sensações psico-emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos ⁴⁰X ⁴⁴X ¹⁵⁷X • Feelings ⁷⁴X ¹²²X ¹²⁹X • Sensações emocionais ¹³¹X • Expetativas pessoais ¹²⁸X ⁴⁴X • Estado de espírito ¹¹⁷X • Phychospiritual status ¹⁴²X • Estado cognitivo ³⁷X • Cognitive status ⁸¹X • Hability to concentrate ⁹¹X • I am able to think clearly ¹⁷⁶X • Phychospiritual Comfort needs ¹²⁶X • Emotional needs ⁷⁴X ¹⁷²X • Positive thinking [and creating a positive attitude] ⁸⁷X • Avoir des pensées positives⁵²X • Estados de espírito positivos ¹⁶³X • Sou capaz de pensar no sucesso do meu tratamento ¹⁵⁶X • Estado de informação ¹³⁸X ⁸⁶X ¹⁷²X ¹⁵¹X ³³X ¹⁷⁷X ¹⁶²X ¹⁵⁸X ⁴⁴X • Informação acerca de seu estado de saúde do parente ¹⁶²X ¹⁴⁹X • How patients perceived the status of their disease and prognosis was related to all contexts of comfort ¹⁵⁵X
Crenças e valores	<ul style="list-style-type: none"> • Reconfort apporté par [leur famille, leurs amis, leurs collègues, voire les voisins de chambre,] mais également par la spiritualité ³²X • Belief ¹⁴²X • My beliefs [inspire me] ¹⁷⁶X • My beliefs give me [peace of mind] ¹³⁹X ¹⁶¹X ¹⁵⁸X • Minha crença me traz [paz de espírito] ¹⁶²X • A minha fé/crença dá-me [paz de espírito] ¹¹⁸X ¹⁶⁰X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● - Emerge do referencial teórico;
● - Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Fé dá-me [paz de espírito] ^{163X 105X} • My faith brings me [peace of mind] ^{165X} • My faith helps me [not to be afraid] ^{139X} • Fé - sentido da fé e da confiança que deposita em Deus ^{150X} • Belief in God [provide comfort] ^{74X} • Spiritual needs ^{172X} • Fé em um ser superior ^{150X 146X} • Knowing God was with me ^{142X} • Só Deus dá [o conforto] ^{150X} • Spiritualité est une source [de réconfort] ^{32X} • Relationship with the divine being ^{134X} • Relação com uma ordem ou Ser Superior ^{156X} • Relationship to a higher order or being ^{173X 165X} • Relação com o ser mais elevado (Deus) ^{146X} • Atividades rotineiras de casa (oração) ^{146X} • Spiritual activities and states ^{74X} • Other Sources of Comfort - Visits from clergy; Receiving communion ^{74X} • [Sought Comfort]through prayer ^{143X} • Religious rituals such as praying ^{87X} • Believing in God's greatness ^{87X} • Prayer (karakia) and meditation [were comforting] ^{33X} • [Comfort was experienced as a consequence of] their own prayers ^{142X} • "Regard to God", "Performance of religious activities" and "Retaining beliefs" resulted in the theme "Seeking God" ^{175X} • Spiritual states and activities, which include praying and a [sense of peace or peace of mind] ^{46X} • Viver de acordo com os próprios valores ^{40X 44X} • My traditions give me [peace of mind] ^{176X}

CATEGORIA: Interações Sócio-culturais

Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa com os outros, aspetos culturais, redes de apoio ou qualquer outra dinâmica de socialização.

UNIDADES DE SIGNIFICADO

- **Produto da interação** - sentidos de conforto surge e modifica-se nas **interações que a pessoa estabelece nas situações vivenciadas** ([consigo mesma], **outros seres, situações** [e objetos]); e que a ação das pessoas, relacionada ao conforto ou desconforto, é baseada nos sentidos que ela atribui às coisas com as quais interage. Com base nessas premissas, conforto/desconforto são considerados termos genéricos ou abstrações, não têm um sentido em si:] **é a interação que lhes atribui significado.** ^{35X}
- [Conforto é um estado subjetivo, dinâmico e]produto da interação de familiares com diversos objetos sociais. ^{149X}
- [Conforto ou desconforto são]produtos da interação, sua compreensão precisa ser buscada nas interações da pessoa consigo mesma, com aqueles que a circundam durante o tratamento, nas situações que enfrenta. ^{36X}
- [Resultante das] **interações que o indivíduo estabelece** [consigo], **com aqueles que o circundam** [e com as situações que enfrenta no processo de doença e cuidado em saúde]. ^{36X}
- [Reconfort apporté] par leur famille, leurs amis, leurs collègues, voire les voisins de chambre, [mais également par la spiritualité] ^{32X}
- Comfort can be provided by caregivers, friends, family members, [self, and God] ^{153X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

CATEGORIA: Interações Sócio-culturais

- A person or thing [that comforts] ^{133X 120X}
- Relações interpessoais, familiares e sociais ^{44X 156X}
- Interpersonal, family, and societal relationships ^{173X 165X 128X 131X}
- [Comfort is facilitated through] interpersonal interaction ^{74X}
- Interações dos familiares com profissionais competentes técnica e cientificamente e comprometidos com a qualidade do cuidado oferecido [promovem conforto] ^{36X}
- Interpersonal interactions ^{144X}
- Family and meaningful relationships ^{46X}
- [Réconfort apporté] par leur entourage familial, social [et par la spiritualité] ^{85X}
- Social experiences ^{158X 131X}
- Nurse–patient relationship ^{42X}
- Relationship with others ^{91X 122X 129X}
- Interactions and relationships ^{33X}
- Relação com os outros ^{30X 105X}
- Relacionamento com outros ^{40X 44X 157X}
- Interação com familiares e amigos ^{37X}
- La dimension relationnelle ^{52X}

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>Qualidade das relações interpessoais (família, pessoas significativas ou outros decorrentes de relações sociais);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade das interações pessoais ^{125X} • An appropriate interpersonal relationship ^{175X} • Positive interpersonal interactions ^{143X} • Interação/comunicação positiva ^{147X} • Avec qui j'ai des rapports assez, assez bons ^{52X} • Bom relacionamento entre cuidador ^{162X} • [Comfort was enhanced when patients felt] connected with others ^{33X} • If I can establish relationships with the nurses and the doctors and they with me, if they treat me with a very special affection, [this gives me comfort] ^{153X} • Manutenção de contatos sociais e familiares como conversar socialmente com as enfermeiras, família e amigos, ter atividades de diversão ^{44X} • Result of the growing nurse-patient interaction ^{41X} • Reciprocity and the nurse-patient therapeutic relationship ^{172X} • Qualidade da relação estabelecida entre os enfermeiros, o doente e os seus familiares ^{147X} • Relação com doente, a disponibilidade para estar, [é a ponte para se alcançar o conforto pleno] ^{49X} • Comfort from positive and personalized relationships with staff ^{90X} • Relationships with staff ^{90X} • Qualidade da relação estabelecida entre os enfermeiros o doente e os seus familiares ^{147X} • Cuidado humano levando à sensação de conforto ^{37X} • L'importance de la présence et du toucher ^{32X} • Individualistic approach to care ^{83X} • Individualized care ^{90X} • [Care necessary for comfort was focused on the essential basics of daily care, or what was regularly referred to as]'the little things' ^{83X} • Ser permitido maior número de visitantes quando necessário ^{149X} • Aproximação e atitude da equipa que presta cuidados ^{132X 157X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
 ● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Approach and attitudes of staff referred to frienddly, reliable and accessible nursing care ^{91X} • Approach and attitudes of staff ^{129X 90X 91X 175X} • Abordagens e atitudes da equipa ^{105X 40X 44X 47X 160X} • Aproximação e atitude da equipa ^{157X} • The approach of the staff [seemed to be very important in relation to the patient's experience of Comfort] ^{83X} • Atendimento de boa qualidade ^{44X} • Qualidade técnica/atendimento ^{44X} • Atendimento muito bom ^{86X} • Dedicção da equipe ^{151X} • Willingness to help ^{74X} • A friend in hospital ^{175X} • Staff having time to spend with residentes ^{90X} • Atenção da equipe ^{86X} • Availability of services ^{90X} • [Não basta receber a informação,]é importante o modo como é transmitida, devendo ser acompanhada de gentileza e tranquilidade em gestos e palavras ^{149X} • When the patient was dealt with affably, [he felt comfortable] ^{87X} • [Estratégias promotoras de conforto mobilizadas pelo enfermeiro e reconhecidas pelos doentes (a informação/esclarecimento; a diminuição de estímulos externos ambientais;] o humor; o sorriso; o toque[, entre outros] ^{147X} • [Le patient se sent réconforté lorsqu'il]“observe le regard et le sourire de l’infirmière” ^{52X} • Palavras carinhosas ^{150X} • Friendliness ^{116X} • Forma de como ser atendido pela equipe médica e de enfermagem ^{51X} • Atenção da equipe com as parturientes ^{86X} • Atendimento gentil pelos profissionais (ser tratado com tranquilidade, cumprimentado com um sorriso ou abordado com uma conversa, [receber informações de] forma gentil e compreensível, perceber boa vontade e sinceridade nos profissionais) ^{36X} • Acolhimento afetuoso [e poder comunicar-se com os profissionais da UTI e com o familiar internado] ^{150X} • Communication ^{46X 177X 74X 116X} • Comunicação eficaz ^{51X} • Communication skills ^{172X} • Convivência com os outros acompanhantes ^{151X} • É a conversa faz a gente se sentir [confortável] ^{151X} • Ter uma conversa com alguém da equipe ^{149X} • La forte connotation affective de la reencontre ^{85X} • Proximidade com os profissionais ou acompanhantes ^{38X} • O afeto das pessoas que me rodeiam, [reconfortam-me] ^{156X} • O estado de espirito das pessoas [que me rodeiam dá-me alento] ^{156X} • Family and meaningful relationships (...) being close proximity to family and friends) ^{46X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Companionship ⁹⁰X • Proximidade com os profissionais ou acompanhantes ³⁸X • [Sources of comfort including] helpful family and friends as well as physicians and other members of the hospital staff who demonstrated concern for patients. ⁷⁴X • The degree of familiarity with those around ¹¹⁶X • Familiar [with surroundings and people] ³³X • A presença de pessoas que o doente gosta[, fotografias, flores, etc.] ⁴⁹X • Estar com pessoas amigas ⁴⁰X ⁴⁴X • [Feel tranquility from] the positive presence of their peers ⁸⁷X • A presença de um familiar junto ao parente ³⁶X • La présence de l'infirmière ³²X • Presença dos profissionais junto aos pacientes conversando, apoiando, ouvindo suas necessidades, atendendo-as para [promoção do seu conforto] • Presence among family ⁹⁴X • Estar na convivência de seus familiares e amigos ³⁷X • Having family close ³³X • A presença delas [faz-nos sentir bem] ¹⁴⁷X • As pessoas amigas, familiares e pessoas significativas [são fonte de elevado conforto] ¹⁵⁶X • Presença e [suporte do cuidado de enfermagem] ¹¹⁷X • [Era comum a pesquisadora-cuidadora perguntar sobre como promover conforto para as pesquisadas-cuidadas e ouvir:]só você mesmo aqui pertinho de mim ⁹⁴X • Relações com pessoas significativas, isto é, aquelas cuja importância o paciente manifesta por meio de expressões equivalentes a “ter pessoas”, “estar bem com”, “relacionar-se com” ou “trocar demonstrações afetivas com”, implicando, assim, a existência do paciente e de uma outra pessoa. Indicadores: Ter amigos, família, companheira, mulher; estar bem com a família; relação pai-filho; filho-amigo; [gostam de você; gostar do filho; ter amizade; amizade com esposa; conselho,] visita de amigo[; dar carinho e atenção;] perguntarem; solidariedade da pessoa ⁴⁰X ⁹⁴X • Receber visitas, usufruir de conversas informais com a equipe que o atende ³⁵X • Visita da família (...) visita e bom atendimento dos médicos e enfermeira ⁴⁴X • Les téléphones, les visites ³²X • My friends [remember me] with their cards and phone calls ¹⁶⁶X ¹³⁹X ¹⁵⁸X • Os amigos [se lembram de nós] através de recados e telefonemas ¹⁶²X • My friends [remember me] with their cards, phone calls, or letters ⁹³X • Os meus amigos [recordam-se de mim] enviando cartões, mensagens ou telefonemas ¹¹⁸X • As visitas das pessoas amigas [dão-me prazer] ¹⁵⁶X • Cards and letters ³³X
Suporte de pessoas significativas ou	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte Social ³⁷X ¹⁶⁰X • Social support ¹³⁹X ⁸¹X ¹⁷⁴X ¹⁵⁸X ¹²⁸X • Support from health care teams ¹⁷⁷X • Support from family and friends ¹⁷⁷X ¹⁷⁵X • Suporte informal ⁴⁷X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
redes de apoio formais;	<ul style="list-style-type: none"> • Support from significant others ^{81X 174X} • Support from family and health care providers ^{174X} • Nursing actions that [promote Comfort] ^{74X} • Available support ^{142X} • Family involvement/support ^{172X} • Support and good service given by health professionals ^{134X} • [I'm here in the right place, and I feel more tranquil] regarding the doctors and the medicines (...). [Here I fee more security] ^{153X} • [Presença e] suporte do cuidado de enfermagem ^{117X} • Timely care ^{83X} • Staff competency ^{33X} • Profissionais “capacitados” ^{51X} • Confidential assistance with problems ^{90X} • O tempo todo escutava o coraçãozinho dele, a minha pressão, como estavam minhas contrações, informava como usar a bola, o cavalinho ^{38X} • Professionnalisme de l’infirmière ^{32X} • Qualidade técnica/atendimento ^{44X} • Recevoir des soins holistiques ^{85X} • My care helped me [feel confidente] ^{120X} • A minha enfermeira/enfermeiro [dá-me esperança] ^{118X} • My nurse (s) [give me hope] ^{158X} • Our nurse (s) [give me hope] ^{158X} • Nurse (s) [gives me hope] ^{161X} • As enfermeiras me [trazem esperança] ^{162X} • O (s) nosso(s) enfermeiro(s) [dão-me esperança] ^{160X} • My loved one is clean and dry ^{158X} • He (She) is kept clean and dry ^{161X} • Ela está limpa e seca ^{162X}
Dinâmica familiar, social, cultural e profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Papéis que desempenham como esposa, mãe, filha; do mundo do trabalho, do ganho salarial, da realização profissional ^{135X} • Familiar lives and life styles ^{145X} • Contexto familiar ^{94X} • [Quiet warm nights in the familiar surroundings of my home and family], the traditional bedtime routines, the kiss goodnight, and turning out the light above my bed when my eyes cannot stay open long enough to read another page ^{122X} • Rotina da vida familiar ^{149X} • Continuing as a family member ^{90X} • Famille et sein social ^{85X} • Atividades de lazer ^{47X} • Activities and outings ^{90X} • Desempenho dos papéis usuais ^{168X} • [Ser autónoma para satisfazer os seus] compromissos sociais, laborais e financeiros ^{105X} • Meio social ^{94X} • Usual social activities ^{46X} • Timing of care positively affects [caregivers' Comfort] ^{161X} • [Aspetos financeiro] e profissional ^{151X} • Atividade profissional ^{151X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupação do cuidador ¹⁶¹X

CATEGORIA: Interações Ambientais

Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa com o ambiente circundante.

UNIDADES DE SIGNIFICADO

- Produto da interação – [sentidos de conforto surge e modifica-se nas interações que a pessoa estabelece nas situações vivenciadas (consigo mesma, outros seres,] situações e objetos) [; e que a ação das pessoas, relacionada ao conforto ou desconforto, é baseada nos sentidos que ela atribui às coisas com as quais interage. Com base nessas premissas, conforto/desconforto são considerados termos genéricos ou abstrações, não têm um sentido em si:] é a interação que lhes atribui significado. ³⁵X
- [Conforto ou desconforto são produtos da interação, sua compreensão precisa ser buscada nas interações da pessoa consigo mesma, com aqueles que a circundam durante o tratamento, nas]situações que enfrenta ³⁶X
- [Resultante das] interações que o indivíduo estabelece [consigo, com aqueles que o circundam e com] as situações que enfrenta no processo de doença e cuidado em saúde ³⁶X
- Ambiente ⁴⁰X ⁴⁴X ¹⁵⁷X ³⁸X ⁴⁹X
- Environment ¹⁴⁵X ¹⁵⁵X
- Aspects of the environment ¹⁴³X ¹⁷⁵X
- Immediate surroundings ⁹¹X ¹²⁹X
- Ambiental – condições e influências externas ¹⁵⁷X ⁹⁴X
- [Situations] and environments that they encountered during hospitalisation ¹⁴³X
- Environment to incorporate all external surroundings, circumstances, and influences ¹⁷⁴X
- Environment, external conditions and influences ¹³⁴X
- External background of human versus synthetic elements ¹²³X

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Características do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Cenário externo da experiência humana, abrangendo luz, barulho, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais versus sintéticos ⁴⁴X ¹⁵⁶X ¹⁵⁷X • Light, noise, equipment (furniture), colour, temperature, and natural versus synthetic elements) ¹⁶⁵X • Background of human experience (temperature, light, sound, odor, color, furniture, landscape) ¹³²X ⁸¹X ¹⁷³X ¹³¹X • Condições e influências externas, incluindo cores, iluminação, sons, ruídos, odor, temperatura, elementos naturais e artificiais ⁹⁴X • Ambiente mais tranquilo e acolhedor: o respeito ao silêncio, uma iluminação indireta, uma adequada escolha de cores, boa ventilação, limpeza ¹⁶²X • Comfortable place to stay and sleep ¹⁷⁷X • [Vida hospitalar (]ambiente familiar[, manutenção de contactos sociais, diversidade de actividades e as refeições)] ¹⁵⁷X • Espaço que permita a privacidade de seus moradores, aquecimento no sentido de calor natural ou artificial, possibilidade para os moradores disporem de calma e silêncio e personalização ⁴⁴X • Fatores “ambientais” ¹⁴⁸X • Condições do ambiente ¹⁵⁷X • Environmental conditions ⁴¹X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Aspetos físicos e ambientais ^{117X} • Horário da alimentação, das medicações, das visitas ^{37X} • Environmental Comfort Needs ^{126X} • É estar em um ambiente que proporcione [segurança, bem-estar e prazer] ^{51X} • Ambiente físico, limpo e arejado ^{51X} • Ambiente seguro, sem barulho ^{51X} • Ambiente agradável ^{51X 38X} • Ambiente tranquilo ^{51X 94X} • Quiet place ^{175X} • Quiet environment ^{123X 158X} • Ambiente descontraído ^{94X} • Ambiente calmo ^{57X 160X} • Calm environment ^{175X} • Iluminação ^{51X 94X 47X} • Lights ^{122X} • Temperatura ^{51X 94X 47X 156X} • Temperature ^{43X} • Aquecimento ^{51X} • Ruídos e luminosidade ^{51X 148X} • Ruídos o menor possível ^{51X} • Som ^{51X} • Sounds ^{122X} • Odores ^{51X 151X} • Smells ^{122X} • Ambiente harmônico, limpo, arejado ^{51X} • Calm and clean environment ^{175X} • Limpeza da unidade ^{47X} • Environment should be pleasant and relaxing, not be too bright or too stimulating, too noisy or too colorful. Also the environment should be safe ^{116X} • Safe environment ^{132X} • Familiar with surroundings ^{33X} • Ambiente familiar ^{49X 57X 44X 157X} • Familiar environment ^{46X 90X 152X} • What I need is to feel that I am in my home, in my bed, wearing my own clothes ^{153X} • Ambiente conhecido ^{44X} • Ambiente favorável, conhecido. É o espaço significante, que lhe traz a vida anterior à doença ^{37X} • Ambiente favorável ^{44X 40X} • Ambiente externo favorável ^{37X} • Suitable environment ^{175X 172X 134X} • Ambiente facilitador ^{157X} • Hospital environment ^{142X 144X 145X 155X 172X} • Warm, clean environment ^{90X} • O ambiente que me rodeia é agradável ^{105X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • O ambiente em casa é-me agradável ^{156X 157X} • Este lugar é agradável ^{118X} • These surroundings are pleasant ^{139X 158X 154X} • The mood around here uplifts me ^{139X} • [Eu gosto de] aqui estar ^{118X} • [I like] being here ^{154X 158X} • [I like the way the] radiation department feels ^{93X} • [I do not worry about]the equipment in the radiation department ^{93X} • The mood around here was reassuring ^{120X} • [Eu gosto que o]quarto dela esteja tranquilo ^{162X} • Este lugar [traz-me calma] ^{163X 105X} • [Eu gosto que o meu] quarto seja sossegado ^{118X} • [I like my] room to be quiet ^{158X} • [I like my loved one's] room to be quiet ^{158X} • [I like his (her)] room to be quiet ^{161X} • [I am happy with my] room (heat, air, smell, cleanliness, noise, light, etc.) ^{170X} • [Acho que este] lugar é arejado ^{163X 105X} • My home does not smell of urine ^{178X} • Este quarto cheira a fresco (limpo e arejado) ^{161X} • This room smells fresh ^{158X} • Este quarto cheira a fresco ^{118X} • My home smells clean ^{89X} • Os cheiros [já não me incomodam] ^{156X} • The room temperature is warm enough ^{140X} • A temperatura deste quarto é agradável ^{118X 162X} • The temperature in this room is fine ^{139X 161X 158X} • Esta vista [inspira-me] ^{118X} • This view [inspires me] ^{139X 161X} • My friends/relative can visit easily and are able to reach me by phone ^{170X}
Recursos materiais e financeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Condições materiais ou financeiras (...) Foram classificadas como pertencentes a esta categoria as referências dos pacientes à posse de bens materiais ou a condições financeiras ou a sensações geradas por eles no ambiente doméstico e/ou hospitalar. Indicadores: ter coisas necessárias, posses, dinheiro, renda, gêneros alimentícios, casa própria, casa mobiliada; bem de vida; carro; poder comprar; bem-estar material; liberdade monetária; só depender do dinheiro; pagar seguro-saúde; ter casa própria, casa mobiliada, rede, cadeira e travesseiros; ter remédios no hospital; condições de sobreviver ^{40X 44X 94X} • Contar com recursos materiais ou financeiros ^{40X} • Ter condições financeiras ^{37X} • Situação financeira ^{151X 37X} • To be financially stable ^{128X} • Financial situation ^{81X} • Aspectos financeiros ^{151X} • Bem estar material ^{47X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Having access to appropriate facilities and technology [to meet their needs] ^{46X} • [Security and safety (...)] having access to medical treatment for cure and/or relief of symptoms and some type of financial aid, such as a source of income or monetary support for treatment ^{153X} • Ter acesso ao tratamento médico para cura e/ou alívio dos sintomas e algum tipo de auxílio financeiro, tal como uma fonte de renda ou suporte monetário para tratamento ^{44X} • Ter acesso à comida e ao tratamento médico ^{44X 40X} • Good food ^{90X} • Confeção e a apresentação da alimentação ^{47X} • Familiar food ^{33X} • Ter (bens materiais, saúde, força, comida, oportunidades de lazer) ^{44X 40X} • Ambiente (ter coisas que lhe são familiares) ^{44X 157X} • Having things homelike ^{122X} • Objetos pessoais ^{89X} • Most of their precious possessions ^{90X} • Having familiar clothes ^{46X} • Wearing her own clothes ^{122X} • Ser capaz de ter [e fazer suas próprias coisas] ^{40X 44X} • Acomodações ^{151X} • Ambiente físico ^{51X} • Ambiente/espço ^{51X} • Moving furniture away to create more space or providing more suitable seating for family members to use ^{172X} • Furniture ^{122X} • Equipment ^{122X} • Having armchairs at the right height ^{90X} • Good positions in well-fitting furniture ^{130X} • The availability of ensuites ^{90X} • Condições de vida no espaço habitado ^{40X} • Tenho facilmente acesso às minhas coisas (haveres pessoais) ^{163X 105X} • Sinto que é fácil deslocar-me neste ambiente ^{163X 105X} • It is easy to get around here ^{139X} • There is healthy food at home ^{174X}

Tabela 32 - Antecedentes do conceito Conforto

Terminada a apresentação dos antecedentes de conforto, apresentamos seguidamente os seus atributos, ou seja, as suas características essenciais.

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

3.2.2 - Atributos

A especificação dos atributos ou características essenciais clarificam a essência do conceito em si, constituindo o principal marco metodológico na análise de qualquer conceito. A distinção e compreensão dos atributos confere-lhe significado, validando não só a sua aplicabilidade em contexto clínico, como também a sua diferenciação de conceitos similares⁹⁷⁻⁹⁹. Se conforto é assumido na literatura como um resultado sensível ao cuidado do enfermeiro^{129,132,158,163}, a especificação dos seus atributos permitirá o rigor na sua avaliação passível de uma intervenção mais direcionada para as reais necessidades das pessoas.

Da análise hermenêutica dos dados consideramos como atributos de conforto:

- Conforto caracteriza-se por um conjunto de atributos que, em presença, atribuem significado à sensação de conforto: Segurança, Controlo, Realização do Eu, Pertença, Paz e Plenitude, Relaxamento, Normalidade de Vida.

Apresentamos seguidamente a Tabela 33 de análise de conteúdo, passível de conferir significado ao presente enunciado.

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Segurança: percepção de estar protegido, de previsibilidade	• Sentir-se seguro;	<ul style="list-style-type: none"> • Sense/feeling of security ^{74X 37X 34X} • Sensação de Segurança ^{51X148X} • Security ^{153X 74X 43X 122X 136X} • Segurança ^{105X 38X 51X 86X 146X 35X 151X 168X 40X 37X 44X 94X 117X} • Sécurité ^{32X 52X} • Feeling secure ^{78X 116X} • Sentir-se seguro ^{105X 38X 86X 151X 44X} • Sensação de segurança, proteção [e bem-estar] ^{37X} • Assurance ^{143X} • [Safety and] security [with caregivers, the environment and others supportive relationships] ^{46X} • [Estado de harmonia, resultado da integração corpo-mente-espírito na relação consigo mesmo, dela e do ambiente, em que a pessoa sente-se em um ambiente familiar,] segura, [cuidada, amada, em controle, e é capaz de funcionar e viver tanto quanto possível uma vida normal, desempenhando seus papéis usuais] ^{44X}
	• Sentir-se salvo;	<ul style="list-style-type: none"> • Safety ^{74X 139X 152X} • Feel safe ^{78X 33X 78X 122X 29X 152X} • I feel safe ^{138X 176X 170X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● - Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

	<ul style="list-style-type: none"> • Safety [and security with caregivers, the environment and others supportive relationships] ⁴⁶X • Feeling safe, [confident, informed] ³³X • Feeling safe to ask for help ³³X • De sentir que on aura ce dont on a besoin; que les gens sauvent au fond ce dont on a besoin. Même si on ne le dit pas ³²X • [Security and] safety (...) [having access to medical treatment for cure and/or relief of symptoms and some type of financial aid, such as a source of income or monetary support for treatment] ¹⁵³X • Segurança [(ter acesso ao tratamento médico para cura e/ou alívio dos sintomas e algum tipo de auxílio financeiro, tal como uma fonte de renda ou suporte monetário para tratamento)] ⁴⁴X • Knowing that needs will be met ⁷⁴X • La personne sait qu'elle peut s'appuyer sur telle ou telle infirmière ⁸⁵X • [Sensação de tranquilidade/comodidade, satisfação e ainda pela] possibilidade e expectativa de se poder obter o desejado em qualquer momento ⁵⁷X • My wishes were carried out ¹²⁰X • [The environment here] felt safe ¹²⁰X • Sentir-se protegido ¹⁰⁵X • Sentiment protégé ⁵²X • Sinto-me protegido [neste lugar] ¹⁶³X ¹⁰⁵X • Feel safe, snug, sheltered, protected, and to feel less vulnerable or exposed snug ⁷⁸X • Feeling protected ¹²²X • Proteção ³⁷X ⁹⁴X
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se informado, consciente da sua situação atual; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se informado ³⁸X ⁸⁹X ¹⁴⁶X ¹⁴⁷X ¹⁶⁸X • Informação (...) informações que permitiam aos familiares sentirem-se conscientes da realidade de saúde de seu ente ³⁶X • Informed ³³X ¹⁷⁷X ¹⁵⁸X • Informé ³²X • [Feeling safe, confident,] informed ³³X • Sentir-se informada [(...) porque as gurias eram bem atenciosas, me explicavam tudo direitinho e foi rápido (...) porque veio o médico formado e me ensinou como se faz para ter o bebê. Depois veio o acadêmico e também me ensinou) ⁸⁶X • Melhor informado acerca da minha doença ¹⁶³X • I had a chance to speak with my anesthetist before surgery ¹²⁰X
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir confiança nos outros 	<ul style="list-style-type: none"> • Feeling confidence ⁷⁴X ¹⁴³X • Sentir confiança ⁸⁹X ⁵¹X ¹⁵⁰X ³⁵X • Sensação de confiança ¹⁶⁸X ³⁷X • Confidence ³³X • Confiança ³⁷X ²⁸X • Tive confiança no profissional ⁸⁶X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

		<ul style="list-style-type: none"> • Confide in someone ¹²²X • Peut faire confiance ⁵²X • Trusting the staff ³³X • Sense of trust ¹²²X • Trust ¹¹⁶X ¹⁷⁷X ¹³³X ⁴²X • [This interaction promotes comfort and allows the establishment of empathy,] trust, [respect, affection and attention]¹³⁴X • The knowledge that I am in good hands ¹²²X • [Controle (ter controle da situação ou, na ausência de capacidade para tal,) sentir confiança e competência naqueles que podem controlá-la) ¹¹⁶X ⁴⁴X • [Segurança (...)] confiança dos familiares na competência técnico-científica da equipe de saúde (...) percepção de que o parente estava sendo bem cuidado por profissionais habilidosos e dotados de conhecimentos, de que a equipe agia prontamente para atender as demandas de cuidado e tratamento do ente, bem como o observava com atenção e responsabilidade ³⁶X • Sentir-se valorizado (ou seja, sentir-se bem, querido, sentir afecto e suporte, sentir propósito e significado, sentir confiança) ⁸⁹X • [Safety and security with caregivers, the envoirment and others supportive relationships) (...)ability to be comfortable with being dependent on] knowledgeable and competente caregivers ⁴⁶X • Ser cuidado por pessoas capacitadas ⁵¹X • I trust those around me ¹¹⁶X • Tenho confiança nos profissionais que me tratam ¹⁰⁵X • I have a sense of trust [and apreciation of other persons] ¹¹⁶X • Confio nos profissionais ¹⁶³X
<p>Controlo: Dominar ou ter o poder sobre o que está a acontecer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se com controlo sobre a situação 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se com controlo da sua situação ¹⁰⁵X ⁵⁷X ⁴⁰X ⁸⁹X • Control the situation ⁷⁸X • Ganhar controlo ⁸⁹X • [Feeling empowered] and in control ¹²¹X • In control ⁴⁶X ¹⁶⁹X ¹¹⁶X ¹⁵²X ³³X ¹⁶⁹X ¹⁴³X ¹²²X • Controlo ⁴⁶X ⁸³X ⁷⁸X ¹⁴²X ¹¹⁶X ⁴⁶X ⁴⁰X ⁴¹X ⁷⁴X ¹⁴³X ¹⁴⁴X ¹¹⁶X ¹³²X ¹³⁴X • Sense of control ⁸¹X ⁸⁴X ⁴³X • Controlo ⁸⁹X ³⁰X ¹⁰⁵X ¹⁶³X ⁸⁹X • Allowed patients some Control ¹⁵²X • [Estado de harmonia, resultado da integração corpo-mente-espírito na relação consigo mesmo, dela e do ambiente, em que a pessoa sente-se em um ambiente familiar, segura, cuidada, amada,] em controle[, e é capaz de funcionar e viver tanto quanto possível uma vida normal, desempenhando seus papéis usuais] ⁴⁴X • Controle (ter controle da situação [ou, na ausência de capacidade para tal, sentir confiança e competência naqueles que podem controlá-la] ¹¹⁶X ⁴⁴X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

		<ul style="list-style-type: none"> • [Could be more actively involved in] controlling or modifying their environment to [promote Comfort]^{152X} • [Estado de harmonia e de liberdade em relação a si própria e em relação ao ambiente;]quando conseguir exercer controle sobre sua própria vida[, quando se sentir mais forte e liberta dos medos, quando sentir que tem condições de sobreviver e quando desfrutar do prazer de ser e viver]^{37X} • Sense/perception of personal control ^{143X 144X 74X 155X 144X} • The ability of the patient to influence situations or environments. the ability of the patient to influence the level of comfort associated with situations or environments that they encountered during hospitalization ^{144X} • I feel in control of my life ^{174X} • Sinto que a minha situação está sob controlo ^{156X} • Control ^{116X}
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se com capacidade de decisão 	<ul style="list-style-type: none"> • Able to make decisions ^{83X} • Shared decisions ^{33X 132X} • Freedom to make decisions ^{132X} • Tomada de decisão ^{30X 163X} • Decision making ^{46X 41X} • Freedom of choice ^{90X 91X 81X} • Liberdade de escolha ^{168X} • Capaz de escolher, decidir ^{28X} • Liberdade para decidir/escolher ^{105X 38X} • Fazer o que deseja ^{40X} • If I decide that I will go to my [home] country because I am going to live only 3 months, this would be because I wanted to. I have the power to decide... I can continue fighting. It isn't that I am going to extend my life but rather that I can have what I want, even if it is for a short time ^{153X} • [Controle (sentimentos relacionados ao próprio paciente, como ser capaz de fazer o que deseja ou] tomar decisões sobre assuntos [que não gosta mas tem um resultado potencialmente benéfico] ^{44X} • Decisão ou ação, segundo a própria determinação ^{40X} • (...) ser o mediador das próprias atividades e habilidades [que surgem ou se desenvolvem através de interações no contexto físico, psicoespiritual, sociocultural-político ou ambiental.] ^{84X} • Things are going my way ^{116X}
<p>Realização do eu:</p> <p>Preceção realista e satisfação de si próprio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir estima por si; 	<ul style="list-style-type: none"> • É quando me sinto bem, feliz, bem alimentada, de banho tomado, de batom e perfume ^{51X} • [Sensação de ser independente, encorajado, útil] e de valer a pena ^{51X} • [Feeling of being independent, encouraged,] worthwhile [and useful] ^{130X} • Being special ^{166X 154X} • Feel less vulnerable or exposed ^{78X} • I feel important and worthwhile ^{116X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

	<ul style="list-style-type: none"> • I like who I have become ^{84X} • I am just as attractive physically as I always was ^{93X 179X} • My attractiveness did not change following the urine leak problema ^{178X} • I have enough time for myself ^{176X}
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se consciente de quem se é e é conhecido por (identidade); 	<ul style="list-style-type: none"> • [Self-comfort is defined as the outcome or state that incorporates the] consciousness of individuality, ownership of identity ^{84X} • Identidade pessoal ^{35X} • Comprendre, se comprendre, se connaître ^{52X} • Feeling good in yourself ^{122X} • I am aware of my sexual attraction(s) towards some members of my sex / Names like 'faggot', 'queer' do not describe who I am ^{84X} • I am able to discuss my choice(s) of sexual partner(s) with my family/friends / My family is aware of my sexual identity / I don't have to be heterosexual to be normal / My choice(s) of sexual partner(s) is completely normal / I am OK with being different / I am not defined by my sexual identity ^{84X} • Having positive role models helps me / I socialize with those who accept me / I am accepted by my Higher Power ^{84X} • I am at peace with my sexual choice (s) ^{84X} • I find members of my sex more physically attractive ^{84X} • I am comfortable sharing personal information with my health provider(s) / I am comfortable sharing my thoughts about my sexual identity with others ^{84X} • I accept myself ^{116X} • I can really be myself ^{116X} • I am aware of my "unique self," that which makes me be me ^{116X} • I feel "good" about myself ^{116X 179X} • I am comfortable with myself ^{116X} • I feel good about my self ^{93X}
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se confiante; 	<ul style="list-style-type: none"> • Feeling confident ^{33X 143X 120X 29X} • Self-confidence ^{46X 116X} • Confidence ^{143X 175X 120X} • Confident ^{116X 33X 133X} • Je sais que je suis en train de passer un mauvais moment (...) et que je vais outrepasser tout ça, aller en avant (...) savoir que la vie continue.(...) que le futur existe ^{32X} • Knowledge that the right decision has been made ^{48X 121X} • Certain ^{91X} • [Atitude em relação a si mesmo (]sentir confiança e aceitação em si mesmo, ter e sentir segurança na sua identidade e satisfação e confiança nas realizações pessoais) ^{116X 44X} • I feel confident spiritually ^{154X 155X 161X 158X} • Eu sinto-me espiritualmente confiante ^{118X 160X 162X} • Sinto-me confiante ^{163X 105X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

	<ul style="list-style-type: none"> • I feel confident ^{140X 139X} • [My care helped me] feel confidente ^{120X} • I feel self-confident ^{116X} • I feel sure of myself ^{116X} • I have confidence in myself ^{116X} • Sinto-me capaz de colaborar no meu tratamento ^{163X 105X} • Sinto que vou conseguir resolver os meus problemas económicos ^{163X 105X} • Sinto que vou ficar fisicamente bem ^{105X} • Sinto-me capaz de superar o meu atual problema de saúde ^{156X} • Sinto que vou ser capaz de contribuir para o sustento da minha família ^{163X 105X} • Sinto-me capaz de dar um rumo à minha vida ^{105X} • Sinto-me capaz de de restabelecer as minhas relações pessoais ^{105X} • I was able to visualize a successful recovery ^{120X} • Fiz a escolha certa ao escolher este local ^{118X}
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir prazer/ Satisfação 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaisir ^{52X 32X} • Prazer ^{51X 47X 37X} • Satisfação ^{47X 89X} • Satisfaction ^{170X 42X} • Sentir-se bem ^{51X 86X 148X} • Sentir-se bem em todos os sentidos ^{51X} • Feel good ^{143X} • Sentir-se contente ^{86X 122X} • [Estado de calma ou] contentamento ^{163X 105X 173X 160X 157X} • [A state of calm or] contentment ^{91X 42X 165X 127X 128X} • Contentamento ^{105X 164117X} • Contentment ^{81X 154X 83X 42X 161X 178X} • [Estado de tranquilidade,] satisfação e pacífico contentamento ^{105X 160X 157X} • [O estado de tranquilidade] ou satisfação ^{40X 44X 164X 156X} • [State of ease and] peaceful contentment ^{139X 176X 46X 165X 42X 141X 130X} • Estar satisfeito ^{89X} • Sentir satisfação [com o tratamento] ^{40X 44X} • [Thermal Comfort, that condition of mind which] expresses satisfaction [with the thermal environment] ^{140X} • Obter satisfação/elevação (ficar agradado; ficar melhor; sentir-se renovado, feliz, e com bem-estar) ^{89X} • Feeling of satisfaction [with her achievements] ^{116X} • [NOC resultado: extensão da percepção positiva do quanto o indivíduo se sente física e psicologicamente à vontade. (encontra-se a par com bem-estar pessoa): satisfação [que o indivíduo manifesta com o seu estado de saúde e circunstâncias da vida] ^{89X} • [I feel comfortable even with the illness. I have pain... but this doesn't change my level of comfort... I can't work or keep up

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

		<p>whith social life, but I'm in good condition, tranquil in mind, relaxed. I have no fear of death... I have accomplished my life, and] I am satisfied ¹⁵³X</p> <ul style="list-style-type: none"> • [I am satisfied [with what I have been able to achieve] ¹¹⁶X • Estou Satisfeito [com as relações pessoais] ¹⁶³X ¹⁰⁵X • Estou Satisfeito [com as minhas relações íntimas] ¹⁶³X ¹⁰⁵X • Nós estamos bem [em nosso relacionamento] ¹⁶²X • We are okay [with our personal relationship] ¹⁶¹X • I am satisfied [with the care I received here] ¹²⁰X • [As visitas das pessoas amigas] dão-me prazer ¹⁵⁶X • I feel good enough [to do some things for myself] ¹⁵⁵X • Sinto-me bem [com as minhas relações pessoais] ¹¹⁸X • I'm okay [whith my personal relationships] ¹⁵⁴X¹⁵⁸X ¹⁶¹X • I am happy [with my room (heat, air, smell, cleanliness, noise, light, etc.)] ¹⁷⁰X • I am having pleasant thoughts¹¹⁶X • I enjoy [spending time outdoors] ¹⁷⁸X • Eu gosto [de aqui estar] ¹¹⁸X • I like [being here] ¹⁵⁴X¹⁵⁸X • Eu gosto [que o meu quarto seja sossegado] ¹¹⁸X • I like [my room to be quiet] ¹⁵⁸X • I enjoy [going shopping] ¹⁷⁹X • I enjoy [having people over to my house] ¹⁷⁹X • I enjoy [inviting guests home] ¹⁷⁸X • I am in a good mood¹¹⁶X • I am content ¹³⁹X
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se livre 	<ul style="list-style-type: none"> • Feel free to discuss their experiences and feelings ¹⁵²X • Sentir-se livre ¹⁰⁵X • I feel free to be silent ¹¹⁶X • I feel free from tension and fear¹¹⁶X
<p>Pertença: sentir e dar-se aos outros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir afetividade dos outros (amor, amizade, gentileza) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir carinho ¹⁶⁸X • Pour ressentir de l'affection ³²X • [Estar com outros (]dar e receber carinho e amizade) ⁴⁰X ⁴⁴X • O desfrutar das interações pessoais (...) Relações com pessoas significativas, isto é, aquelas cuja importância o paciente manifesta por meio de expressões equivalentes a "ter pessoas", "estar bem com", "relacionar-se com" ou "trocar demonstrações afetivas com", implicando, assim, a existência do paciente e de uma outra pessoa. Indicadores (...) estar bem com a família (...) filho-amigo; gostam de você; gostar do filho; ter amizade; amizade com esposa; conselho (...) dar carinho e atenção; perguntarem; solidariedade da pessoa ⁴⁰X • Sentir-se amado ¹⁶¹X ¹⁶²X • Sentez la chaleur et l'affection ⁵²X • Belonging ¹⁴³X • A amizade na relação interpessoal ¹⁶⁸X • Appartenance à un groupe social ⁵²X • I am alone but not lonely ¹³⁹X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

- Care and nurture include feelings of friendship, [gratitude], appreciation, nurturance, giving and receiving love and help, and tenderness in relation to others and as expressed by others ¹⁵³X
- Cuidado e "nurture" sentimento de amizade, gratidão, apreciação, "nurturance", dar e receber amor e ajuda e ternura em relação a outros e expressados por outros para o paciente ⁴⁴X
- A pessoa sente-se (...) cuidada, amada ⁴⁴X
- [Come to show their support, respect] and love, [we've got a big family] ³³X
- knowing that others are praying for them ³³X
- [I am inspired by] knowing that I am loved ¹⁷⁴X ¹³⁹X
- [I am strengthened by] knowing that I am loved ¹⁷⁶X
- Sei que sou amado (a) ¹¹⁸X ¹⁶²X
- I know I am loved ¹⁵⁵X ¹⁵⁴X
- I know that I am loved ¹⁵⁸X ¹⁶¹X
- Saber que sou amada, [dá-me ânimo para continuar] ¹⁵⁶X
- [Tenho pessoa(s) especial(is) que me] faz(em) sentir estimado(a) e querido(a) ¹¹⁸X
- I feel like expressing my affection ¹¹⁶X
- [This interaction promotes comfort and allows the establishment of] empathy (...) affection and attention ¹³⁴X
- Percebi atenção dos profissionais ⁸⁶X
- [Sentir-se bem,] querido, sentir afecto ⁸⁹X
- Se sentir proche de l'infirmière ⁵²X
- Sa présence, sa gentillesse, qu'elle me tient la main ³²X
- Une présence bienveillante, une attention à l'autre, un souci de l'autre avec le plus solvant un regard, un sourire, un contact physique qui sont accompagnés de paroles d'encouragement ³²X
- [Familiar with surroundings and people, feeling at home,] feeling welcomed, [respected and understood] ³³X
- My anesthetist was gentle ¹²⁰X
- [Perceber que a equipe da UTI oferece informações] com boa vontade ¹⁴⁹X
- Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita ¹⁴⁹X
- Ser atendido(a) com gentileza na recepção da UTI ¹⁴⁹X
- Perceber que a equipe tem paciência para ouvir os familiares ¹⁴⁹X
- Perceber que você é atendido(a) com tranquilidade pela equipe ¹⁴⁹X
- Ser tratado(a) gentilmente pelos profissionais da UTI ¹⁴⁹X
- Be treated cordially ⁸⁷X
- Care for them with a kind manner ¹⁷⁵X
- Being treated like family by staff ³³X
- Sentir que a equipe da UTI se interessa por saber como você está ¹⁴⁹X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
 ● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber que a equipe se interessa se você está preparado(a) emocionalmente para a visita ¹⁴⁹X • [I have a sense of trust and] appreciation of other persons ¹¹⁶X • I feel all together ¹¹⁶X • Restabelecer relações pessoais ¹⁶³X • My friends remember me [with their cards and phone calls] ¹⁶⁶X ¹³⁹X ¹⁵⁸X • Os amigos se lembram de nós [através de recados e telefonemas] ¹⁶²X • My friends remember me [with their cards, phone calls, or letters] ⁹³X • Os meus amigos recordam-se de mim [enviando cartões, mensagens ou telefonemas] ¹¹⁸X
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se respeitado enquanto pessoa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect ⁷⁴X ¹⁷⁵X ³³X ⁸¹X ¹³²X • Tratada com respeito ⁸⁶X ¹⁶⁸X • Cultural needs were respected ³³X • [We feel comforted when we are] respected for who we are ¹²²X • [This interaction promotes comfort and allows the establishment of empathy, trust,] respect, [affection and attention] ¹³⁴X • [Familiar with surroundings and people, feeling at home, feeling welcomed,] respected [and understood] ³³X • Respeito (...) Valorização dos profissionais pelo sofrimento ³⁶X • Ser tratado como pessoa ³⁵X • [Conforto significou] ser respeitado ¹⁴⁹X • Reverence ¹¹⁶X • Reconhecimento ¹⁴⁷X • Recognition ⁸¹X ¹³²X • Reconnaissance ³²X • Être reconnu comme un être humain qui souffre ⁵²X • je me sens valorisé, je (ne) me sens... pas un numéro ⁵²X • We feel valued as a person ¹²²X • Sentir valorizada ¹⁶⁸X • Being treated with dignity ³⁹X • Aceitação ³⁶X • Be accepted ⁸⁷X • Meaning in one's life ¹³⁴X ¹⁷³X ¹⁶⁵X • My friends respect my sexual choice(s) ⁸⁴X • [Having positive role models helps me /] I socialize with those who accept me [/ I am accepted by my Higher Power] ⁸⁴X • I feel accepted by other people ¹¹⁶X
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se compreendido; 	<ul style="list-style-type: none"> • Understood ³³X ¹²⁸X ¹²²X • D'êre écouté et compris ⁵²X • Elle (l'Infirmière) a dit, je vis autant que vous,... je me mets à votre place, c'est touchant à quelque part... ³²X • Aqui o meu enfermeiro está atento às minhas necessidades e procura perceber o que me preocupa ¹⁴⁷X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

	<ul style="list-style-type: none"> • Croyez-moi ⁵²X • Perceber que os profissionais da UTI compreendem a situação que você está passando ¹⁴⁹X • [As pessoas aqui] compreendem-me ¹⁶³X • Sentir-se compreendido ¹⁰⁵X • Nurses are genuinely concerned ⁷⁴X • Can see and feel the concern in her voice ¹²²X • Preocupa muito com o lado humano ¹⁵⁰X • Mostrar-se próximo, preocupado e disposto a cuidar e escutar ³⁸X • Procura perceber o que me preocupa e o que eu preciso para lidar melhor com esta situação ¹⁴⁷X • know someone cared about them and their child ¹⁷⁷X • Je vois que les gens prennent à coeur ce que j'ai... les infirmières y sont aussi impliquées comme moi dans ma maladie) ³²X • Perguntarem; solidariedade da pessoa ⁴⁰X • The nurses care about me ¹⁴⁰X
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir gratidão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbal expressions of thanks ¹⁵²X • Observaram-se manifestações de gratidão ¹⁴⁶X • So grateful for everything ¹⁴²X • Gratitude ¹¹⁶X ¹³⁴X • Thankful ¹³⁸X • [Care and nurture include feelings of friendship,] gratitude, [appreciation, nurturance, giving and receiving love and help, and tenderness in relation to others and as expressed by others] ¹⁵³X • [Cuidado e "nurture" sentimento de amizade,] gratidão [apreciação, "nurture", dar e receber amor e ajuda e ternura em relação a outros e expressados por outros para o paciente] ⁴⁴X
<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir dizer aos outros o que precisa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Be able to talk to someone about their worries ¹⁷⁷X • Disclosing concerns and feelings to their nurses ¹⁵²X • How comfortable are you asking someone to be your health care agent? ¹⁶⁷X • It helps to talk to people about my cancer ⁹³X • It helps to talk to people about my urinary incontinence ¹⁷⁹X • It helps when I speak with others about urinary incontinence ¹⁷⁸X • I am able to tell people what I need ¹⁵⁸X ¹⁶¹X • Consigo dizer às pessoas o que preciso ¹¹⁸X • If I need, I can ask others for help ¹⁶⁵X • Se necessitar, sou capaz de pedir ajuda aos outros ¹⁰⁵X • I am able to communicate with my loved ones ¹⁵⁵X ¹⁵⁴X ¹⁵⁸X • Eu sou capaz de me comunicar com quem eu amo ¹⁶²X • I am able to talk with people who I love ¹⁶¹X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● - Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se amparado 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolo ^{44X 89X 47X} • Solace ^{142X 84X 143X 46X 130X} • Consolação ^{51X} • Consolation ^{145X 145X 46X 122X 134X 32X 173X} • Being consoled ^{145X 145X 46X} • Consolado ^{89X 89X} • Wish that they console me, cure isn't enough ^{175X} • Tavam sempre ali, em volta de mim, sempre me consolando ^{168X} • Sense of support and compassion ^{165X} • Ajuda ^{163X} • Aid ^{127X 84X 139X 157X 89X 105X 46X 173X 37X} • Socorro ^{163X} • Succour ^{127X 84X 139X 105X 46X} • Suporte ^{89X 163X 105X} • Support ^{127X 84X 139X 157X 46X 134X} • Sustenance ^{143X 139X} • Sente-se confortável com a ajuda (...) auxílio dado pelo pessoal de enfermagem ^{105X} • Faire ce que j ene peux pas faire moi-même (...) d'un soutien d'une suppléance émotionnelle momentanée ^{32X} • Ne pas être seul ^{32X} • Soutenu ^{32X} • Encouragé ^{32X} • Encorajamento ^{163X 105X 89X} • Encouragement ^{84X 123X 139X 44X 46X 158X 173X 127X 134X} • Encorajar ^{157X} • Countenance ^{139X 46X 84X 127X} • Incitação ^{163X 105X} • Incitement ^{139X 46X 84X 127X} • Cheering ^{120X} • [Sensação de ser independente,] encorajado, [útil e de valer a pena] ^{51X} • [Feeling of being independent,] encouraged, [worthwhile and useful] ^{130X} • [Relief or] support in mental distress or affliction, consolation, solace, soothing ^{124X 84X 46X} • The state of being consoled or the feeling of consolation or mental relief ^{124X 84X 46X} • Feeling cared for ^{33X} • Sentir-se cuidado profissionalmente ^{40X 44X} • Reconhecimento das suas necessidades pelos profissionais ^{36X} • Sentir suporte [social e espiritual] ^{36X} • Feeling Supported [by Others] ^{177X} • My friends support me [in living with diabetes] ^{174X} • My family/friends helped me to cope ^{120X} • A minha família/amigos ajudam-me a enfrentar a doença ^{156X} • Eu tenho pessoas especiais que fazem eu me sentir apoiada ^{162X} • Se necessitar tenho pessoas que me ajudam ^{163X}
--	---

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

		<ul style="list-style-type: none"> • The local diabetes support group provides help when I need it ¹⁷⁴X • There are those I can depend on when I need help ¹⁷⁴X ⁹³X ¹³⁹X ¹⁵⁸X ¹⁵⁵X ¹⁵⁴X ¹⁶¹X • There are those on whom I can depend when I need help ¹⁷⁶X • Sinto que se precisar tenho pessoas que me ajudam ¹⁰⁵X • Se precisar de ajuda tenho quem cuide de mim ¹⁵⁶X • Quando preciso de ajuda tenho a quem recorrer ¹¹⁸X ¹⁶²X • I feel that if I need I have people who help me ¹⁶⁵X • I feel supported in my decision to have radiation therapy ⁹³X • My anesthetist took good care of me ¹²⁰X • Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI ¹⁴⁹X • I have a favorite person(s) who makes me feel cared for ¹³⁹X ¹⁷⁹X • I have a special person(s) who makes me feel cared for ¹⁵⁸X ¹⁶¹X • I have a family member who makes me feel cared for ¹⁷⁸X • Cared for ¹³⁸X
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir que pode ajudar os outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • I can help others who struggle with their sexual identity ⁸⁴X • I feel strong enough to do some things for my loved one ¹⁵⁸X • I feel good enough to do some things to him ¹⁶¹X • Eu me sinto suficientemente forte para fazer algumas coisas para ela ¹⁶²X
<p>Paz e Plenitude: Espiritualidade e sentido da vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se calmo, tranquilo, em paz consigo mesmo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sense of peace ⁴⁸X ⁴⁶X • Feeling of peace ¹⁴²X ¹⁴³X • Paz ⁴⁰X ¹¹⁶X ⁴⁰X ⁴⁴X ⁸⁹X • Peace ⁴⁸X • Paix ³²X • Serenidade ¹¹⁶X ⁴⁴X • Serenity ⁴⁸X ¹¹⁶X • A sense of inner peace ⁴⁶X ⁴⁰X • Sentir-se em paz [consigo mesmo] ⁵¹X • Peace with myself ¹⁴²X • Estar em paz/integrando mente-corpo ⁴⁰X ⁴⁴X • Feeling integrated and nurtured (...) sense of inner peace with oneself that went beyond the physical comfort ¹⁵³X • [I feel comfortable even with the illness. I have pain... but this doesn't change my level of comfort... I can't work or keep up with social life, but I'm in good condition,] tranquil in mind, [relaxed. I have no fear of death... I have accomplished my life, and I am satisfied] ¹⁵³X • Conscience was at peace ⁴⁸X • Peacefulness ¹²²X • Sentir-se tranquilo ⁵¹X ¹⁵¹X • Sentir-se calmo ⁵¹X • [A experiência imediata e holística de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio,] tranquilidade [e transcendência satisfeitas em quatro contextos da experiência: físico,

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

psicoespiritual, sociocultural e ambiental] ^{51X 146X 47X 163X 94X 147X 49X}

- [The immediate state of being strengthened through having the human needs for relief,] ease, [and transcendence met in the physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental contexts of experience] ^{171X 155X 120X 45X 133X 176X 166X 91X 178X 81X 123X 93X 87X 154X 158X 173X 179X 128X 127X}
- Tranquilo(a) ^{36X 105X 168X 105X}
- [Harmonia com] tranquilidade ^{148X}
- [Harmonia e] tranquilidade ^{51X}
- [Equilíbrio e] tranquilidade ^{51X}
- Tranquilidade ^{148X 168X 89X 105X 157X 40X 44X 164X 51X}
- Ease ^{83X 142X 155X 120X 50X 65X 41X 172X 165X 91X 123X 129X 132X 83X 84X 143X 128X 161X 141X 122X 154X 170X 29X}
- Estado de calma [ou contentamento] ^{163X 105X 173X 160X 157X}
- A state of calm [or contentment] ^{91X 42X 165X 127X 128X}
- Calma ^{105X 148X 168X 44X 105X 45X 51X}
- Calm ^{175X 133X 91X 81X}
- Estado de tranquilidade, [satisfação e pacífico contentamento] ^{105X 160X 157X}
- O estado de tranquilidade [ou satisfação] ^{40X 44X 164X 156X}
- State of ease and [peaceful contentment] ^{139X 176X 46X 165X 42X 141X 130X}
- Calma, tranquilidade, [estar livre de preocupações e problemas] ^{40X 44X}
- A state of ease and quiet enjoyment, [free from worry] ^{120X 133X}
- Sensação de tranquilidade física e [bem-estar corporal] ^{157X}
- [NOC resultado: extensão da percepção positiva do quanto o indivíduo se] sente física e psicologicamente à vontade ^{89X}
- Calming ^{175X 120X 133X 143X}
- Soothing ^{145X 143X 46X}
- Feeling at ease ^{46X}
- Feel tranquility [from the positive presence of their peers] ^{87X}
- Descontraída ^{168X}
- Ausência de desconfortos severos ^{105X 160X}
- Absence of severe discomforts ^{133X 130X}
- Ausência de dor ^{35X 86X 40X 44X 105X}
- Ausência de dor e doença ^{40X 44X}
- Absence of pain ^{43X}
- Estar livre de incômodos ^{47X}
- Being without pain ^{122X}
- Freedom of anxiety ^{136X 122X}
- Ausência de sensações que causam desconforto ^{51X}
- Ausência de preocupação ^{51X}
- Livre de preocupação e ansiedade ^{51X}
- Sinto-me em paz ^{118X 160X}
- I feel peaceful ^{139X 174X 155X 154X 158X}
- Peaceful ^{138X}
- I was calm ^{120X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

	<ul style="list-style-type: none"> • [Este lugar] traz-me calma^{163X 105X} • Calm^{138X}
• Sentir paz de espírito;	<ul style="list-style-type: none"> • Paz de espírito^{47X 117X} • Peace of mind^{87X 46X 74X 136X 130X} • [Fé dá-me] paz de espírito^{163X} • [A minha fé dá-me] paz de espírito^{105X} • Sinto paz de espírito^{105X} • [My traditions give me] peace of mind^{176X} • [Minha crença me traz] paz de espírito^{162X} • [My beliefs give me] peace of mind^{139X 158X 161X 166X} • [A minha fé/crença dá-me] paz de espírito^{118X 160X} • [My faith brings me] peace of mind^{165X}
• Sentir-se nutrido por...	<ul style="list-style-type: none"> • Inspiring with hope^{120X 133X} • Nurturance^{152X 40X} • Expression of spiritual nurture, or sustenance, from their God^{142X 143X} • Sentir-se ajudado por Deus^{162X} • Mood that was high in spirits^{143X} • Feelings of being connected with a higher power^{176X} • Conexão com um poder maior^{117X} • Allow transcendence from physical discomfort to a state of connectedness with a higher being^{74X} • Revitalized^{122X} • Reconciliação^{30X 105X} • Reconciliation^{46X 123X} • Moi j'ai pleuré, puis je me suis excusée (...). Elle m'a pris dans ses bras puis elle m'a réconfortée^{52X} • Making their peace with God^{142X} • Being blessed^{142X 143X} • Paz com Deus^{40X 44X} • O meu Deus está a ajudar-me^{118X 160X} • My God is helping me^{158X 161X} • Deus está me ajudando^{162X}
• Sentir que a vida vale a pena;	<ul style="list-style-type: none"> • [Atitude em relação à vida e aos outros (]sentir que a vida vale a pena)^{116X 44X} • My life is worthwhile right now^{176X 158X} • Life is worthwhile right now^{93X} • I feel my life is worthwhile right now^{139X} • Neste momento a minha vida tem mérito, vale a pena^{118X} • Olhando para trás, tenho tido uma vida boa^{118X} • Quando olho para trás vejo que vivemos uma boa vida^{162X} • In retrospect, I've had a good live^{154X 155X 158X 161X} • In retrospect, we've had a good life^{158X}
• Sentir sentido na vida, nas experiências;	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido da vida^{164X 156X} • Meaning to life for an individual^{174X} • É estar de bem com a vida^{37X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dar um sentido à própria experiência ⁸⁹X • I have found meaning in my life ¹⁷⁶X ¹³⁹X ¹⁵⁸X • Encontrei o sentido da minha vida ¹¹⁸X • My life is meaningful ¹⁷⁸X • I find a lot of meaning in my life ¹⁷⁹X • Dar um rumo á minha vida ¹⁶³X • Encontrámos sentido nesta experiência ¹⁶⁰X • We have found meaning in this experience ¹⁵⁸X • I can grow up with this situation ¹⁶¹X
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se em harmonia, equilibrado, em sintonia com o mundo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de harmonia [e de liberdade em relação a si própria e em relação ao ambiente] ³⁷X • Harmonia [com tranquilidade] ¹⁴⁸X • Harmonia [e tranquilidade] ⁵¹X • Equilíbrio [e tranquilidade] ⁵¹X • Estado de harmonia, [resultado da integração corpo-mente-espírito na relação consigo mesmo, dela e do ambiente, em que a pessoa sente-se em um ambiente familiar, segura, cuidada, amada, em controle, e é capaz de funcionar e viver tanto quanto possível uma vida normal, desempenhando seus papéis usuais] ⁴⁴X • Sentir-se integrado - um sentido de totalidade dentro de si mesmo e em relação ao mundo ⁴⁴X • Sense of optimistic harmonious integration both with oneself and in relation to the world ¹¹⁶X • Integrated with the world ¹²²X • Abertura ³⁰X • Openness ⁴²X • Sentir-se em sintonia com o mundo ⁴⁴X • They felt in tune with the world ¹¹⁶X • Satisfação face ao presente e ao future ⁵⁷X • Feel integrated with the world again[, to be able, one must learn to live within new limits and to define live ways that accommodate these changes] ⁷⁸X • I feel well-balanced ¹⁷⁶X • I 'm truly functioning as a unit ¹¹⁶X • Sinto-me bem com o mundo ¹⁰⁵X • I am in tune with the world ¹¹⁶X
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se consciente da própria vida e morte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter consciência da própria vida e morte ¹¹⁶X ⁴⁴X • [I feel comfortable even whith the illness. I have pain... but this doesn't change my level of comfort... I can't work or keep up whith social life, but I'm in good condition, tranquil in mind, relaxed.] I have no fear of death... [I have accomplished my life, and I am satisfied] ¹⁵³X • How comfortable are you talking with your doctor about treatments you do not want at the end-of-life? ¹⁶⁷X • How comfortable are you discussing dying with someone you would trust to make medical decisions for you? ¹⁶⁷X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

<p>Relaxamento:</p> <p>Estado de descontração, de comodidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se relaxado 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento ^{38X 47X 117X} • Relaxation ^{131X 29X 116X} • Relaxado(a) ^{47X 38X 44X} • Relaxed ^{74X 143X 142X 87X 169X 43X 122X 116X 87X} • Sensação de relaxamento ^{44X} • Sense of relaxation ^{143X 178X} • State of relaxation ^{143X} • Relaxes me ^{87X} • State of relaxation [that affected the physical status of the body] ^{143X 144X} • Sentir-se aquecido, com músculos relaxados e respiração tranquila ^{116X 44X} • A sense of being relaxed [or at ease] ^{46X} • A relaxed state, [where persons experienced positive emotions of a passive nature within themselves , were free of extreme tension or pain,] felt a sense of relaxation within themselves[, were aware of their identity, and had an accepting attitude toward others] ^{116X} • [I feel comfortable even with the illness. I have pain... but this doesn't change my level of comfort... I can't work or keep up with social life, but I'm in good condition, tranquil in mind,] relaxed. [I have no fear of death... [I have accomplished my life, and I am satisfied] ^{153X} • Neste momento sinto o meu corpo relaxado ^{118X} • My body feels relaxed right now ^{158X} • My body is relaxed right now ^{155X 139X 154X 158X} • Sinto o meu corpo relaxado ^{105X 30X} • I feel relaxed ^{176X} • I am relaxed ^{116X}
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se cómodo 	<ul style="list-style-type: none"> • Comodidade ^{51X 150X 36X 47X 151X 47X 89X 37X 147X 40X 151X} • Comodidade física satisfeita ^{47X} • Cómodo ^{89X 47X} • Acomodado(a) ^{89X 47X} • Comodamente instalada ^{47X} • Accommodation and alignment and positioning of body parts ^{153X} • Comodidade (acomodação e alinhamento e posicionamento das partes do corpo) ^{44X 129X} • Sentir posicionamento adequado do corpo ^{40X 44X}
<p>Normalidade de vida:</p> <p>Viver em conformidade com as suas rotinas</p>	<p>Sentir-se funcional, funcionar o mais normalmente possível</p> <p>(relacionado com a vertente física)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) de necessidades humanas básicas [para o alívio, a facilidade, ou transcendência que emergem de situações de saúde causadoras de stress] ^{163X 47X 164X} • Satisfaction of basic human needs [for relief, ease, or transcendence that arise from stressful healthcare situations] ^{74X 139X 126X 165X 42X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

<p>da satisfação das NHB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas [relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência] ^{30X 44X 105X} • The state of having basic needs for ease, relief and transcendence met ^{91X 123X 129X 165X} • A state of needs' satisfaction [in three different levels called "types of comfort: relief, ease and transcendence] ^{65X 41X} • Satisfação de necessidades ^{157X} • Fulfillment of needs ^{116X} • Basic needs met ^{83X 45X 78X} • Needs being met ^{130X} • A basic human need ^{45X 46X 41X 128X} • Satisfação de necessidades corporais, psicológicas e espirituais ^{117X} • [Comfort level may be on a continuum, based on]the patient's identified comfort needs and the perception that needs are met or unmet ^{171X} • Estar em boas condições fisiológicas comendo; dormindo; caminhando ^{40X 44X} • [A state of physical and material well-being with freedom from pain and trouble and] satisfaction of bodily needs ^{84X 46X 124X} • A satisfaction of bodily wants ^{122X} • Feeling clean and refreshed ^{122X} • I feel clean and fresh ^{178X 179X} • Mantenho o meu apetite ^{156X} • Os alimentos sabem-me bem ^{156X} • I sleep well at night ^{178X} • I am able to sleep well ^{93X 179X} • Sou capaz de dormir e descansar ^{156X} • I sleep soundly ^{155X 154X 158X} • Durmo bem ^{118X} • My body temperature feels fine ^{140X} • My chest area is warm ^{140X} • My skin around my breast and arm feels strong and healthy ^{93X} • Possessing na acceptable level of competence and strength ^{46X} • Sinto-me fisicamente bem ^{156X} • I feel well physically ^{178X} • Sinto-me com força física ^{163X 105X} • Sinto-me fisicamente aliviado ^{118X} • I am at ease physically ^{158X} • I feel physically fit ^{179X} • I feel good enough to walk ^{139X} • Neste momento já me sinto com energia e vigor físico ^{156X} • My body is strong right now ^{174X} • [Apreciou o facto de ser capaz de fazer algo por si próprio] (no contexto da satisfação das suas necessidades)[, com a independência possível, podendo sentir-se útil] ^{89X} • Cette autonomie (...) par là nécessité de subvenir rapidement à ses besoins fondamentaux ^{85X}
-------------------------------	--

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

		<ul style="list-style-type: none"> • Function as normally as possible ^{78X} • Se laver, se raser, se l�tir et retenir son linge font partie du reconfort ^{52X} • My personal care routines nurture me ^{176X} • Return to former function - having had a specific need met ^{128X} • Functioning as normally as possible – maximizing or restoring normal body function ^{152X} • Significa estar bem, que permite a alimenta�o, a deambula�o, o viver confortável ^{37X}
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se independente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Independence ^{74X 33X} • Sentir-se Independente ^{89X 40X} • Sensa�o de ser independente,[encorajado, útil e de valer a pena] ^{51X} • Feeling of being independent, [encouraged, worthwhile and useful] ^{130X} • [Apreciou o facto de ser capazes de fazer algo por si próprio (no contexto da satisfa�o das suas necessidades),] com a independência possível, [podendo sentir-se útil] ^{89X} • Regaining Independence ^{33X} • Puis pas être trop � la charge de quelqu’un ^{32X} • Feeling independente ^{46X} • Realizar sozinho as atividades para as quais tem capacidade ^{147X} • Ser aut�noma para satisfazer os seus compromissos sociais, laborais e financeiros ^{105X} • Poder fazer as coisas que eu fazia antes da doença ^{37X} • Feeling able ^{122X} • [To feel integrated with the world again], to be able, [one must learn to live within new limits and to define live ways that accommodate these changes] ^{78X} • Sentir-se integrado consigo e com o quotidiano (...) possibilidade de (...) conseguir (...) cuidar de si mesmo ^{36X} • Espontaneidade na año ^{35X} • Feeling normal ^{33X} • I take care of myself ^{176X} • Sinto-me capaz de fazer coisas que preciso por mim próprio ^{118X} • I feel good enough to do some things for myself ^{154X 158X} • I am doing things for myself that are pleasing to me ^{116X} • Desempenhando seus papéis usuais ^{44X} • Manter as atividades habituais e a vida familiar ^{36X} • (...) continuando as atividades rotineiras e de lazer (...) com os colegas da escola, jogando no computador, falar com os amigos de esporte, da vida dele ^{37X} • Recupera�o (...) do desempenho dos papéis usuais ^{168X} • [Conforto � poder]reapropriar-se das dimensões fundamentais da vida cotidiana ^{35X} • Cessation of intense activities ^{130X} • Ability to participate in usual social activities ^{46X} • Performing one’s usual activities, including social activities ^{46X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

		<ul style="list-style-type: none"> • [O funcionar normalmente, isto é, ter expectativas de recuperação, estar livre de doenças e] poder desempenhar as atividades habituais ^{40X} ^{94X} • Funcionar de uma forma eficaz ^{30X} ^{105X} • Desempenho eficiente ^{30X} ^{105X} ^{164X} ^{156X} • [Ease is the state of comfort that is a necessary condition for] efficient performance ^{131X} • An effective performance ^{165X} • Function as normally as possible ^{152X} • Function and normalcy include descriptions of the state of being well, good health, the processo f recovering or getting better, adapting, and living a life that is normal as possible^{153X} • Funcionalidade e normalidade (descrições do estado de estar bem, boa saúde, viver a vida tão normal quanto possível, processo de recuperação, adaptação) ^{44X} • Perceção de uma vida normal ^{57X} • Perceção de normalidade de vida, mesmo durante a hospitalização ^{89X} • Being comfortable is living a normal life and not feeling like a sick person... feeling I'm having a normal life despite my illness ^{8X} • I can perform my usual activities ^{174X} • Sinto-me capaz de continuar com as minhas tarefas domésticas ^{156X} • Poder desempenhar as atividades habituais ^{94X}
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se útil 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se útil ^{89X} ^{89X} ^{40X} • Feeling useful ^{46X} • [Feeling of being independent, encouraged, worthwhile and] useful ^{130X} • [Sensação de ser independente, encorajado,] útil [e de valer a pena] ^{51X} • I feel useful because I'm working hard ^{139X}
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se aliviado de qualquer desconforto 	<ul style="list-style-type: none"> • Alívio ^{35X} ^{47X} ^{89X} ^{164X} ^{147X} ^{148X} ^{51X} ^{47X} ^{57X} ^{157X} ^{44X} ^{89X} ^{94X} ^{164X} ^{147X} ^{51X} • Relief ^{32X} ^{83X} ^{34X} ^{116X} ^{41X} ^{155X} ^{120X} ^{83X} ^{161X} ^{46X} ^{122X} ^{116X} ^{134X} ^{42X} ^{154X} ^{170X} ^{173X} ^{50X} ^{91X} ^{178X} ^{123X} ^{129X} ^{87X} ^{65X} ^{41X} ^{165X} ^{172X} ^{171X} ^{45X} ^{117X} ^{84X} ^{120X} ^{127X} ^{128X} ^{29X} ^{134X} ^{123X} • Soulagement ^{32X} ^{32X} • Soulagé ^{32X} • Aliviado (a) ^{47X} ^{89X} ^{164X} ^{44X} ^{89X} • Aliviam-me ^{147X} • Relieved ^{87X} ^{165X} ^{120X} ^{161X} ^{170X} ^{123X} ^{165X} ^{42X} ^{128X} • Estado de comportamentos positivos, sentimentos, ou realizações muitas vezes precedidas por mal-estar, ou angústia ^{84X} • [A experiência imediata e holística de ser fortalecido por ter as necessidades de] alívio, [tranquilidade e transcendência

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

satisfeitas em quatro contextos da experiência: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental] ^{51X 146X 47X 94X 147X}

- [The immediate state of being strengthened through having the human needs for] relief, [ease, and transcendence met in the physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental contexts of experience] ^{155X 120X 133X 176X 166X 91X 81X 93X 154X 158X 173X 179X 129X 84X 128X}
- Alívio (...) [experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica] ^{47X 89X}
- Relief—[The experience/state of a patient who has had a specific need met] ^{174X 42X 91X 133X 161X 132X 165X 84X 81X 127X 128X}
- Condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica ^{105X}
- Alívio como a experiência resultante da satisfação de uma necessidade ^{160X}
- Alívio é um estado em que uma necessidade foi satisfeita ^{164X 156X}
- É sentir satisfeita uma necessidade de alívio ^{89X}
- Estado de ter um desconforto específico aliviado ^{40X}
- The state of having specific discomfort relieved ^{123X}
- Relief is the state of having a severe discomfort mitigated or alleviated ^{120X}
- Alívio de desconforto (s) ^{163X 157X 57X 117X 44X 105X}
- The relief from discomforts ^{91X 74X 136X 42X 133X 46X 127X 45X 123X 165X 141X 83X 84X 130X}
- Relieved from fear and doubt, [able to endure] ^{33X}
- Relief of distress ^{133X 120X}
- Relief from distressing ^{33X}
- Relief from physical and emotional distress ^{33X}
- Relief [or support in mental distress or affliction, consolation, solace, soothing] ^{84X 46X 124X 133X}
- Relief for negative physical and psychological effects ^{176X}
- Ease grief ^{175X}
- Psychosocial and physical relief, [states and interventions] ^{46X}
- Alívio da dor ^{86X 51X 44X 160X 157X 40X 57X 117X}
- Relief from pain ^{136X 42X 133X 41X 141X}
- Cessation of pain ^{130X}
- In some cases, indicates an improvement from a previous state or condition ^{130X}
- Feeling of consolation or relief, freedom from pain and anxiety and a satisfaction of bodily wants ^{122X 84X}
- Relief of symptoms ^{74X}
- To soothe in distress or sorrow ^{120X 133X}
- To soothe in grief or trouble, to relieve of mental distress ^{46X 84X}
- Feel better ^{122X}
- Sentir-se melhorando ^{40X 44X}
- Release ^{123X 116X}
- I need to feel good again ^{174X}

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;

● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

	<ul style="list-style-type: none"> • Sinto-me fisicamente aliviado ^{118X} • I feel relieved ^{116X}
<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se capaz de viver no sofrimento; 	<ul style="list-style-type: none"> • Able to endure ^{142X 33X} • I feel comfortable even with the illness. I have pain... but this doesn't change my level of comfort... I can't work or keep up with social life, [but I'm in good condition, tranquil in mind, relaxed. I have no fear of death...] I have accomplished my life, [and I am satisfied] ^{153X} • Ability to find a way to live through this despair ^{34X} • Feeling as well as you can in an adverse situation ^{74X} • Força para resistir ^{150X} • Enduring ^{46X} • Estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor ^{40X 44X} • Estado ou condição em que a pessoa supera a dor, os seus problemas e o sofrimento ^{160X} • The state in which one rises above problems or pain ^{42X 133X 91X 81X 173X 84X 120X 132X 178X 83X 128X 127X} • Situation in which the individual transcends problems and pain ^{178X} • State in which someone overpasses problems or pain ^{161X} • Process of rising above distress, pain, or discomfort that results in a strengthening process ^{84X} • Ability to "rise above" discomforts when they cannot be eradicated or avoided ^{120X} • Is the state when the individual can achieve goals beyond the feeling of pain and discomfort by overcoming them ^{87X} • Being able to rise above illness or problems ^{165X} • I can rise above my pain ^{155X 176X 139X 154X 158X} • I can rise above this situation ^{158X} • Consigo superar a minha dor ^{118X}

Tabela 33 - Atributos do conceito Conforto

Apresentados os atributos do conforto, segue-se a apresentação dos resultados pela especificação dos seus consequentes.

3.2.3 - Consequentes

Como forma de completar o ciclo cognitivo na compreensão do conceito e explicitados os seus antecedentes e atributos, apresentamos agora o que resulta quando a pessoa sente conforto. Pela explicitação dos eventos ou situações que surgem ou resultam da presença do fenómeno⁹⁷⁻

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● - Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

⁹⁹ apresentamos a definição de conseqüentes de conforto, seguido da tabela de análise de conteúdo que valida o seu valor semântico (Tabela 34).

Decorrente da análise hermenêutica dos dados, consideramos como conseqüentes de conforto:

- A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping), proporciona uma morte serena e aumenta os resultados institucionais de qualquer entidade de saúde.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Fortalece as pessoas;	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalece destinatários ¹²⁰X • Strengthens recipients ¹³³X ¹²⁹X ¹⁵⁴X ¹⁵⁸X ¹²⁶X ¹²⁰X ¹⁷⁶X ¹²⁹X • Strengthens patients ¹⁵⁴X ¹⁵⁸X ¹²⁶X ¹⁷³X • Fortalecido (s) ⁸⁹X ¹³⁵X ⁹⁴X ¹⁰⁵X ¹⁶⁰X • Strengthened ³³X ¹⁴⁵X ⁴⁶X ⁴²X ¹²⁰X ¹³³X ¹⁷⁶X ¹⁶⁶X ¹⁶⁵X ⁵⁰X ⁴⁵X ⁸⁴X ¹⁴³X ¹⁰⁵X ¹³⁰X ¹³²X ¹²⁷X • Fortalecer ¹⁶⁴X ¹⁰⁵X ¹⁶³X ⁴⁷X ¹⁵⁷X ³⁰X • Strengthen ¹³⁰X ¹⁷³X ⁴⁵X ¹³³X ¹⁷⁶X ⁸¹X ⁸⁴X ¹⁴⁵X ¹²⁷X ¹²⁸X • Fortalecimento ¹⁰⁵X ³⁰X ⁴⁷X • Strengthening ¹⁴⁵X ⁷⁸X ¹³⁹X ⁴⁶X ¹³³X ¹⁷⁶X ⁸¹X ¹²⁹X ¹⁷³X ⁸⁴X ¹³³X ¹³²X ⁷⁸X ¹⁴³X ¹²⁷X • Força ¹⁵⁰X ¹⁵⁷X ⁸⁹X • Strength ⁷⁸X ¹⁷⁵X ¹⁴²X ¹⁴³X • Feeling strength ⁴⁶X • Para se fortalecerem ¹⁴⁶X • Strengthens the individual self ¹⁴⁵X • Strengthened, calmed, happy ³³X • Sentir-se forte ⁸⁹X • Feeling strong ¹⁶⁶X • A experiência imediata e holística de ser fortalecido ⁵¹X ⁴⁷X ¹⁴⁷X ⁸⁹X • The immediate experience of being strengthened ¹⁵⁸X ⁸⁴X • The immediate state of being strengthened ¹⁷¹X ¹⁵⁵X ¹²⁰X ¹³⁹X ¹³³X ⁸¹X ⁹³X ¹⁵⁴X ¹⁷³X ¹⁷⁹X ⁸⁴X ¹³⁰X ¹²⁸X • I am strengthened [by knowing that I am loved] ¹⁷⁶X • O que fortalece e revigora ⁴⁶X ⁴⁷X • Revigorar ¹⁶⁴X ¹⁰⁵X ¹⁶³X ³⁰X ¹⁵⁷X • Invigorated ¹³⁹X ⁴²X ¹³⁰X ¹²⁷X • Invigoration ⁴⁶X • Refreshing and invigorating influence ¹³⁰X ¹³⁹X ¹²⁷X • Transcendence, the state of having been strengthened or invigorated ¹²³X • Sentir-se renovado ⁸⁹X • I feel renewed ¹⁷⁶X • Regain energy and strength ⁷⁸X • Renewed energy ¹²³X • Renewed vigor ¹²²X • Increase (...) self-efficacy perception ¹⁷⁰X • Better self-care ¹³⁶X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
 ● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • End of the task performance ⁹¹X • Routine performance ⁹¹X • Designates the patient's potential for extraordinary performance as an end ⁴²X ¹⁶⁰X ¹⁵⁶X ⁹¹X ¹³¹X ¹³²X • Empowered ⁸³X ¹⁴³X • Self-fulfillment ¹²⁹X • Realização pessoal/profissional ⁴⁴X • Life satisfaction ¹⁶⁶X • Increased energy ¹⁷⁶X • Enhanced mood ¹⁷⁶X • Recuperação da força ¹⁶⁸X • Recuperação do poder pessoal ¹⁶⁸X • Enhanced powers ¹³⁰X • Recuperação do ânimo ¹⁶⁸X • Ânimo ⁸⁹X • <i>Animo</i> (...) a positive mental disposition, drive, or energy to be able to face what one is going through ¹⁵³X ¹⁵²X ¹²⁹X • Ânimo (necessidade de ter disposição mental, para conduzir ou ser capaz de enfrentar o que está atravessando) ⁴⁴X • O vigor e a energia ¹⁶³X ³⁰X ¹⁰⁵X • I feel healthy ¹⁷⁶X • Renovar as forças, o vigor, o ânimo, tornar forte ⁴⁷X ³⁰X • [Saber que sou amada,] dá-me ânimo para continuar ¹⁵⁶X • Recuperação do bem-estar ¹⁶⁸X • Recuperação do crescimento ¹⁶⁸X • I feel taller and stronger ¹¹⁶X • Crescimento ⁴⁷X ¹⁶⁰X ⁹⁴X ³⁷X • Growth ⁸⁴X ¹³²X • Development ⁸⁴X ¹³²X • Incorpora crescimento e desenvolvimento e supera experiências passadas relativas à vida dos indivíduos ³⁰X ¹⁰⁵X • Incorporates growth and development and overcomes past experiences within an individual's life ⁴²X • Renovação, a amplificação de poder, estados de espírito positivos e preparação para a ação ¹⁶³X ¹⁰⁵X • Renewal, amplification of power, a positive mindset or readiness for action ¹³⁰X ¹²⁷X • Renovação ¹⁰⁵X ¹⁶³X ⁴⁷X • Renewal ⁴²X ⁴⁵X ¹⁶⁵X • Inspiration ⁸¹X ⁴⁵X • I am inspired to do my best ¹⁷⁶X ¹³⁹X • I am inspired [by knowing that I am loved] ¹⁷⁴X ¹³⁹X • [This view] inspires me ¹³⁹X • [Essa situação] me inspira ¹⁶²X • I feel optimistic and cheerful ¹¹⁶X • I feel cheerful ¹¹⁶X • I feel happy ¹¹⁶X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • I feel energetic ¹¹⁶X
<p>Aumenta a capacidade de lidar com as adversidades da vida (resiliência/ coping);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resiliência ¹³²X ¹³³X • Adaptação ¹⁰⁵X ⁴⁴X • Adaptation ²⁹X • Ability to adapt ¹⁷⁰X • Adaptação à condição que se está vivenciando ¹⁶⁸X • Learn to live within new limits and to define live ways that accommodate these changes ⁷⁸X • Se sentir bem adaptado ⁵¹X • Adaptar-se à nova realidade ³⁷X • Adaptação emocional ao ambiente ¹⁴⁶X ⁴²X ³⁰X ¹⁰⁵X • Adaptação à Hospitalização ³⁶X ⁵¹X ¹⁴³X ³⁵X ¹⁶⁸X ¹⁴⁵X ⁸⁹X ¹⁰⁵X ⁹⁴X ⁸⁶X ¹⁴⁹X ¹³⁵X ⁵⁷X ¹²⁵X • Adaptation à l'hospitalisation ⁸⁵X • E a necessidade de se adequar às rotinas impostas pela instituição onde se processa o atendimento / Rotinas Institucionais ⁵¹X ³⁷X ¹⁵¹X ¹⁴⁹X • Coping ⁸⁹X ²⁹X • Successfully coped ¹⁶⁹X • Cope better ¹²⁴X ⁴⁵X ²⁹X • Capacidade de mobilização dos mecanismos de enfrentamento ¹⁶⁸X • Outlooks for meeting the life challenges normal ¹³⁰X • Resolução de conflitos ¹⁶⁰X • Confident about the future ¹²⁰X • Constructive behaviors ¹³⁶X • Positive attitudes ¹³⁰X • I have a positive attitude toward life ¹¹⁶X • Optimistic approach to life ¹⁴³X • I am optimistic about the future ¹¹⁶X • The future seems bright ¹¹⁶X • I think about the future a lot ¹⁵⁸X • Motivation ⁸¹X ⁴⁵X • Maintain motivation ⁸⁷X • I am feeling motivated, determined and strengthened right now ⁹³X • Feeling brave ⁴⁶X • Motivating treatment adherence ³³X • Vontade de obter a recuperação da saúde ⁴⁴X • Engagement with healthcare services after discharge ³³X • Positive motivation, readiness to perform ¹³⁰X • Determines appropriate health care action and personal growth action ¹⁴⁵X • Works toward self-determined goals of health and healing ¹⁴⁵X • Empenhados nos seus comportamentos de saúde ¹⁶⁰X ¹⁰⁵X • Adopção de estilos de vida saudáveis ¹⁶⁰X • Following a health care regime ¹²⁰X • Learning/adhering to new health regimens ¹²⁸X • Participation in care ³³X • Participation in recovery enhancing activities ¹⁴³X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Perform better in therapy ¹²⁸X • Promotes participation in therapeutic activities ⁷⁴X • To be an integral part of their recovery ¹⁴⁴X • Recovery ¹⁴⁴X ¹⁴³X ³³X ²⁹X • Rehabilitation ¹²⁸X ⁸¹X • Reabilitam-se de forma mais completa ¹⁰⁵X • Rehabilitated more thoroughly ¹²⁴X ⁴⁵X • Enhance their recovery ¹⁴³X • Curam-se mais depressa ¹⁰⁵X • Heal faster ⁴⁵X • Heal more quickly ¹²⁴X • Healing ¹⁴⁴X ¹⁷⁶X ¹⁴³X ⁸¹X ¹²⁹X ¹⁷³X • Restoration of patient's health ¹³⁴X • Enables the patient to progress more quickly and more easily ¹¹⁶X • Competence in resolving health threats ³⁴X • Determined to participate in recovery promoting activities ¹⁴³X • Persons engage in to improve/maintain their health ¹⁷⁶X • Procura de comportamentos saudáveis ¹⁰⁵X ¹⁶⁰X • Health seeking behaviors ¹⁷⁴X ¹²⁰X ¹³²X ¹³³X ¹⁷⁶X ¹⁶⁶X ¹⁵⁹X ⁸¹X ³⁴X ¹²⁹X ⁴⁶X ¹³⁴X ¹⁵⁴X ¹²⁶X ¹⁷³X ¹³¹X ¹²⁸X • Transcendência ¹³⁵X ¹⁵⁶X ⁴⁶X ¹⁴⁶X ¹⁶³X ¹⁵⁷X ⁴⁹X ¹⁷¹X ⁵⁰X ¹⁵⁵X ⁴⁵X ¹⁶⁶X ¹²⁶X ⁶⁵X ¹⁷⁹X ¹⁷²X ⁴⁴X • Transcendência implica um crescimento; na medida em que, cada pessoa tem a possibilidade de sentir capacidade e potencial para planejar, controlar e resolver os problemas ⁴⁷X • Allow someone to make plans, to control his or her destiny, as well as to solve his or her problems ⁴¹X • Potencial para planejar, controlar o seu destino, e resolver os seus problemas ¹⁶⁴X • Potential to plan, control their faith, and resolve their problems ¹⁶⁵X • Obter transcendência (ganhar autonomia/capacidade, controlo e auto-estima) ⁴⁷X • Motivação, implica crescimento pessoal, ou seja, preparar o cliente para desenvolver os seus potenciais e realizar as suas actividades com a máxima independência possível, adoptando hábitos de vida saudáveis ¹⁵⁷X • Getting over their problems and rising above their challenges ¹⁷⁰X • Transcendence is when a patient can move beyond his or her condition in order to live a fulfilling life ¹⁷⁴X • Doente é livre para ser e para se transformar, controlando e planeando o seu próprio destino, de acordo com o seu potencial, num determinado espaço temporal e numa determinada situação ³⁰X ¹⁰⁵X • Paciente é livre para controlar e planificar o seu destino, de acordo com o seu potencial num determinado momento e em cada situação em particular ¹⁵⁷X • Comfort is the state in which the patient is free to be and become controlling and planning his own destiny in accordance with his potential at a particular time in a particular situation ¹³⁰X ⁹¹X ¹²⁷X • Achievement of one's full potential ¹⁷⁵X ⁸³X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;

● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Commenting favourably on the experience ¹⁵²X • Experiências positivas de sofrimento ¹⁶³X ¹⁰⁵X ¹⁵⁶X • Compreensão do presente em relação com o passado ³⁰X ¹⁰⁵X • Understanding of the present in relation to the past ⁴²X • Reconhecimento da sua capacidade em relação ao futuro ¹⁰⁵X ³⁰X ¹⁰⁵X • Recognition of their capacity in relation to the future ⁴²X • Perceived health ¹⁶⁶X • Realistic planning ⁴²X • Realistic expectations about their illness or care ¹⁵²X • Informed decision-making ¹⁵²X • Refaire des projets de vie ⁵²X • On refait des projets ³²X • Projeter dans un futur meilleur et realiste ³²X • Reassessment of life goals and setting of new priorities ¹²³X • Meet future challenges ¹⁶⁵X • I can make the necessary changes in my life to manage my diabetes ¹⁷⁴X • I can prevent complications of my diabetes ¹⁷⁴X • I can handle daily challenges and hassles ¹⁷⁶X • I am able to cope ¹⁷⁶X • The diabetic education program has been helpful ¹⁷⁴X • I am motivated to follow my diet ¹⁷⁴X • I can deal with the urine leak problem ¹⁷⁸X • Urinary incontinence is a challenge I can cope with ¹⁷⁸X • I am aware of the effects of different fluids on my bladder ¹⁷⁹X • I am able to cope with my urinary patterns ¹⁷⁹X • Urinary incontinence is a challenge I can meet ¹⁷⁹X • I am a responsible sexual partner ⁸⁴X • I make good choices about my health ⁸⁴X • I practice safe sex ⁸⁴X • Eu posso crescer com essa situação ¹⁶²X
Proporciona uma morte serena	<ul style="list-style-type: none"> • Morte pacífica ¹⁰⁵X ¹⁵⁷X • Peaceful death ¹⁷⁴X ¹³²X ¹⁷⁶X ¹²⁹X ¹⁵⁴X ¹²⁶X ¹³¹X • Boa morte ⁴⁹X • Morte serena ¹⁰⁵X ¹⁵⁷X • Die more peacefully ¹²⁴X
Aumenta os resultados institucionais	<ul style="list-style-type: none"> • Institutional outcomes will improve ¹⁵⁴X • Desirable institutional outcomes ¹²⁰X ¹³³X • Positive institutional outcomes ¹³³X ¹²⁸X • Institutional benefits ¹³²X • Integridade institucional ⁹⁴X • Institutional integrity ¹⁴⁰X ¹⁵⁹X ⁸¹X • Better patient outcomes ¹²⁰X • Better outcomes ¹³³X • Improvement in outcomes ¹⁶⁶X • Efetividade da intervenção no estado de saúde das pessoas ¹⁰⁵X • Satisfação do cliente ⁸⁹X ¹⁴³X

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação do paciente ⁹⁴X • Patient satisfaction ¹³²X ¹³³X ¹²⁸X • Patient and family satisfaction ¹⁵⁴X • Improved patient and nurse satisfaction ¹²⁰X • Patient, nurse, and staff-member satisfaction ¹⁴⁰X ⁸¹X • Patients and nurses will be more satisfied with care ¹⁵⁹X • Satisfaction with care ¹⁶⁶X • Gratifying to patients as well as to nurses ¹²⁶X • Os doentes como os enfermeiros estarão mais satisfeitos com os cuidados de saúde, que conservará o seu bom funcionamento e as suas boas normas e práticas ¹⁰⁵X ¹⁶⁰X • Turnover rates for staff members ¹⁴⁰X • Staff turnover rate ⁸¹X • Cost of care ¹⁴⁰X ⁸¹X • Redução de custos ¹⁰⁵X ⁹⁴X • Decreased cost ¹²⁰X • Enhanced financial stability ¹³²X • Financial viability of the institution ¹²⁸X • Cost-benefits ratios ¹³³X • Reduced cost of care and length of stay ¹³²X • Reduz o tempo de estadia no hospital ¹⁴³X • Length of stay ¹⁴⁰X ⁸¹X • Successful discharges ¹²⁸X • Earlier discharge ¹²⁰X ¹³³X • Low readmission rate ¹²⁰X ¹³³X • Redução de morbilidade e reinternações ⁹⁴X • Redução da procura de cuidados de saúde ¹⁰⁵X • More positive publicity ¹³²X • Melhores políticas e práticas de saúde ⁹⁴X

Tabela 34 - Consequentes do conceito Conforto

Finda a apresentação dos eixos centrais do conceito, como forma de delimitar a abrangência do conceito conforto, apresentamos de seguida outros aspetos relacionados com o conceito central.

3.3 - OUTROS ASPETOS RELACIONADOS COM O CONCEITO CONFORTO

Na linguagem corrente de uma dada realidade, a integração de conceitos na prática comum é frequentemente subjetivada pelos significados individuais atribuídos pelos diversos intervenientes. Se conceitos existem em que a interpretação desses fenómenos é linear, face à

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● – Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● – Emerge da opinião/relato de experiência.

objetividade do conceito em causa, outros existem em que a sua complexidade transcende a identificação clara dos seus atributos, como é o caso das experiências das pessoas nos seus processos de vida e de saúde-doença, nomeadamente no que diz respeito ao conforto. Em conceitos abstratos, inerentes à condição humana, a explicitação de um fenómeno de interesse para a disciplina confunde-se muitas vezes com outros conceitos, dado o carácter holístico que os caracteriza⁹⁷⁻⁹⁹. Pretendemos assim, identificar outros aspectos que estariam associados ao conceito conforto que, que não se evidenciando de forma clara, confundem-se ou integram-se nos seus atributos. Isolados os conceitos que descrevemos neste subcapítulo, validada a essência da sua relação com o conceito central dissociamos, de acordo com as questões de investigação, outros aspetos relacionados com o conforto em: Conceitos que podem influenciar o estado conforto; Conceitos que englobam o conforto; Conceitos que se confundem com o estado de conforto.

3.3.1 - Conceitos que podem influenciar o estado de conforto

Objetivando a clarificação da estrutura cognitiva do pensamento dos autores na compreensão do conceito de conforto para as pessoas que o sentem, identificámos conceitos distintos, já estudados do ponto de vista conceptual, cuja relação com o conceito em estudo parece emergir numa relação de influência com a ocorrência do fenómeno de conforto. Decorrente da análise hermenêutica dos dados, percebemos que Esperança, a Qualidade de Vida e o Bem-Estar podem influenciar o estado de conforto, considerando a hipótese de que pessoas com Esperança, Qualidade de Vida e/ou Bem-Estar possam sentir mais conforto. Apresenta-se de seguida a Tabela 35 que especifica as referências bibliográficas subjacentes a tais constatações.

CONCEITOS QUE PODEM INFLUENCIAR O ESTADO DE CONFORTO	
• Esperança	¹¹⁸ X ³⁰ X ¹⁶³ X ¹¹⁷ X ¹⁰⁵ X ¹⁶⁰ X
• Hope	¹⁴⁵ X ¹³⁹ X ¹⁷⁵ X ¹⁷⁰ X ¹⁷⁴ X ⁴² X ¹²⁰ X ⁴⁵ X ¹³² X ¹³³ X ¹⁴³ X ⁹¹ X ⁴⁶ X ¹²² X ⁴¹ X ¹³⁴ X ¹²¹ X
• Qualidade de vida	¹¹⁸ X ³⁰ X ¹⁶³ X ¹³⁵ X ¹⁶⁸ X ⁵⁷ X ⁴⁴ X ¹⁰⁵ X ¹⁶⁰ X
• Quality of Life	¹⁵⁵ X ¹⁵³ X ¹⁵² X ¹⁷⁸ X ⁴³ X ⁴⁶ X ⁴¹ X ¹⁷⁰ X
• Bem-estar	¹⁶³ X ¹⁴⁸ X ¹⁵¹ X ¹⁷² X ⁸⁹ X ¹⁰⁵ X ³⁷ X ⁸⁶ X ⁵¹ X ⁴⁰ X ⁹⁴ X ¹⁴⁶ X ¹³⁵ X ¹⁶⁸ X ⁵⁷ X ⁴⁷ X ⁴⁴ X ¹¹⁷ X ⁸⁹ X ²⁸ X ⁹⁴ X ¹⁶² X ¹⁴⁷ X ³⁰ X ⁴⁵ X ⁴⁰ X ³⁷ X ⁴⁶ X
• Well-Being	¹⁶⁵ X ¹⁵⁹ X ³⁹ X ¹⁷⁴ X ¹³⁶ X ⁴² X ¹⁴⁰ X ¹⁶⁶ X ¹⁵⁹ X ⁸¹ X ³⁴ X ¹⁴⁵ X ²⁹ X ¹⁶⁹ X ¹⁶¹ X ⁴⁶ X ¹²² X ¹¹⁶ X ¹⁵⁴ X ⁶⁵ X ⁶⁵ X ¹²⁴ X ¹⁷³ X ¹⁵⁵ X ⁷⁸ X ¹³⁹ X ¹²¹ X
• Bien-être	⁵² X ³² X

Tabela 35 - Conceitos que podem influenciar o estado de conforto

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
 ● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

Diferenciados os conceitos que podem influenciar o estado de conforto, analisa-se agora conceitos mais abrangentes, nomeadamente os conceitos que englobam o estado de conforto enquanto atributo.

3.3.2 - Conceitos que englobam o conceito Conforto

Numa relação diferente da anterior outros conceitos foram identificados como conceitos mais abrangentes, em que o conforto faz parte frequentemente como atributo. Os conceitos explanados neste subcapítulo “abarcam” o conceito conforto assumindo uma relação semelhante a outros conceitos holísticos, como é o caso da Esperança, da Qualidade de Vida e do Bem-Estar. Decorrente da análise hermenêutica dos dados identificámos dois conceitos centrais, nomeadamente o Holismo e a Saúde. Congruente com a análise anterior, apresentamos a Tabela 36, especificando as referências bibliográficas subjacentes a tais constatações.

CONCEITOS QUE ENGLOBAM O ESTADO DE CONFORTO (conforto como atributo)	
• Holismo	⁵¹ X ¹⁴⁶ X ¹⁶³ X ⁴⁷ X ¹⁵⁷ X ¹⁰⁵ X
• Holism	⁸³ X ¹⁷⁴ X ¹³⁶ X ⁴² X ⁷⁴ X ¹²⁰ X ⁴⁵ X ¹³² X ¹³³ X ¹²⁹ X ¹¹⁶ X ¹⁵⁸ X ⁶⁵ X ⁴¹ X ¹⁶⁵ X ³³ X ¹²⁶ X ²⁹ X ¹²⁸ X
• Saúde	⁴⁰ X ¹⁵⁶ X ³⁵ X ⁴⁰ X ⁴⁴ X ¹⁰⁵ X
• Health	¹³⁶ X ⁴² X ⁵⁰ X ¹²⁰ X ¹⁷⁶ X ¹⁶⁶ X ⁷⁸ X ⁴³ X ¹³¹ X

Tabela 36 - Conceitos que englobam o conceito Conforto (conforto como atributo)

Sistematizados os conceitos que emergem numa relação hierárquicamente superior ao conceito conforto defendido na presente tese, apresenta-se posteriormente outros conceitos que, embora utilizados na literatura como sinónimos, apresentam significados diferentes.

3.3.3 - Conceitos que se confundem com o conceito Conforto

Face à pertinência e complexidade que o conceito conforto assume na literatura no âmbito do cuidado humano^{44,46,93}; face à sua íntima relação com os marcos históricos da profissão^{28,30}; face à origem etimológica da palavra conforto do latim *confortare* - a subjetividade do conceito de conforto é bem clara na literatura, assumindo-se como nome, adjetivo (conforto) ou como verbo

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ● - Emerge do referencial teórico;
● - Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

(confortar) ^{31,89,147}. As interpretações decorrentes destes diferentes significados incrementaram a integração do conceito na disciplina de forma indistinta, pela incorporação de conceitos que se “confundem” com o estado de conforto. Frequentemente utilizados como sinónimos, quando analisamos o valor semântico subjacente, verificamos que apresentam atributos diferentes, atribuídos a unidades de significado dispares do fenómeno em estudo na presente tese. Assim, identificamos como conceito que se confunde com o estado de conforto cuidado, ou seja, intervenção de confortar. Apresenta-se na Tabela 37 as referências bibliográficas que sustentaram tais conclusões.

CONCEITOS QUE SE CONFUNDEM COM O ESTADO DE CONFORTO	
• Cuidado /Confortar (ação, intervenção)	85X 48X 49X 38X 49X 139X 47X 42X 74X 45X 30X 83X 152X 51X 84X 143X 159X 168X 34X 40X 145X 78X 157X 125X 44X 89X 105X 171X 130X 90X 46X 150X 52X 116X 154X 126X 65X 41X 170X 179X 37X 147X 172X 29X

Tabela 37 - Conceitos que se confundem com o conceito Conforto

Como forma de finalizar os resultados passíveis de responder às questões de investigação, apresentamos de seguida a mensuração dos referenciais empíricos identificados na amostra de estudo.

3.3.4 - Referenciais empíricos que permitem a mensuração do estado de conforto

Dado o objetivo de qualquer instrumento de medida - quantificar determinado fenómeno - a análise dos referenciais empíricos disponíveis na literatura são fontes importantes na identificação dos atributos essenciais do conceito em estudo⁹⁷⁻⁹⁹ e na compreensão da aplicabilidade do fenómeno ao contexto clínico, aspetos que permitem uma análise crítica mais integrada no confronto com os resultados emergentes na presente tese. Apresentamos então, na Tabela 38, os referenciais empíricos identificados na amostra em estudo, especificando a sua fonte primária assim como as respetivas adaptações a diferentes culturas.

Legenda: ● – Emerge dos resultados; ●- Emerge do referencial teórico;
● – Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge da opinião/relato de experiência.

REFERENCIAIS EMPÍRICOS QUE PERMITEM A MENSURAÇÃO DO ESTADO DE CONFORTO

- **GCQ** - General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 1992) ¹³⁹
- **GCQ** - General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 1992)- adaptado culturalmente para a população turca (Kuguoglu & Karabacak, 2004) ¹⁴¹
- **GCQ** - General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 2003) ¹⁶⁶
- **GCQ** para cuidadores (Novak et al.,2001) adaptado culturalmente para a população brasileira (Resende, 2005) ^{161,162}
- **EOLCQ Patient's** - Hospice Comfort Questionnaire (Patient) - End-of-Life Comfort Questionnaire (Novak, Kolcaba, Steiner, Down, 2001) ¹⁵⁸
- **EOLCQ Caregiver** - Holistic Comfort Questionnaire (Caregiver)- End-of-Life Comfort Questionnaire (Novak, Kolcaba, Steiner, Down, 2001) ¹⁵⁸
- **HCQ-PT-DC** – Hospice Comfort Questionnaire-Portugal-Doentes Crónicos (Querido, 2012), adaptação cultural para a população portuguesa de Hospice Comfort Questionnaire (Patient) - End-of-Life Comfort Questionnaire (Novak, Kolcaba, Steiner, Down, 2001)¹¹⁸
- **HCQ (Patient)**- Hospice Comfort Questionnaire (Kolcaba, Dowd, Steiner e Mitzel, 2004), versão resumida de EOLCQ patient's (Novak, Kolcaba, Steiner, Down, 2001) ¹⁵⁴
- **HCQ** - Comfort Hospice Questionnaire (Kolcaba, Dowd, Steiner e Mitzel, 2004), adaptado culturalmente para a população Coreana (Kim, Kwon, 2007) ¹⁵⁵
- **HCQ (Family) - Portugal** - Hospice Comfort Questionnaire Caregiver (Novak, Kolcaba, Steiner, Down, 2001), adaptado culturalmente para a população Portuguesa (Matos, 2012) ¹⁶⁰
- **HCQ-C-PT** - Holistic Comfort Questionnaire – Cuidadores - Portugal (Marques *et al*, 2016), revalidação do HCQ (Family) - Portugal (Matos, 2012) para cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada¹⁸⁰
- **HTCQ** - Healing Touch Comfort Questionnaire (Down, Kolcaba, Steiner, 2006), adaptado de General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 1992) ^{176 159}
- **RTCQ** - The Radiation Comfort Questionnaire (Kolcaba e Steiner, 2000), adaptado de General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 1992) ⁹³
- **EACDQ** - Escala de avaliação de Conforto de doentes a realizar quimioterapia (Gameiro e Apóstolo, 2006), baseado no *modelo operacional do conforto* (Kolcaba, 2003) ^{156,157}
- **ECIP** - Escala de avaliação do conforto em doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica (Apóstolo, 2007), construída a partir de Escala Geral de Conforto (Kolcaba, 1991, 2003), processo de revisão peritos em saúde mental e psiquiátrica e estudo fenomenológico a doentes hospitalizados acerca da forma como percebem o conforto ^{105,163,164}
- **PICS** - Psychiatric In-patients Comfort Scale, construída a partir revisão de literatura dos instrumentos de conforto (Kolcaba 2003), sugestões de peritos em saúde mental e psiquiátrica e estudo fenomenológico a doentes hospitalizados acerca da forma como percebem o conforto (Apóstolo et al, 2007) ¹⁶⁵
- **DMCQ** - Diabetic Mellitus Comfort Questionnaire (Kerrigan, 2011), adaptado de General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 2003) ¹⁷⁴
- **MCQ** - Maternal Comfort Questionnaire (Chuntharapat, Petpichetchian, Hatthakit, 2008), versão modificada de General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 2003) ¹⁶⁹

REFERENCIAIS EMPÍRICOS QUE PERMITEM A MENSURAÇÃO DO ESTADO DE CONFORTO

- **PCS** – Postpartum Comfort Scale (Karakaplan, 2007), baseado na adaptação para a população turca em 2004 (Kuguoglu & Karabacak, 2008) do General Comfort Scale (Kolcaba, 1992) ¹⁷⁰
- **SSIQ** - Self-Comfort with Sexual Identity Questionnaire (Glaude, 2008) ⁸⁴
- **UIFCQ** - Urinary Incontinence and Frequency Comfort Questionnaire (Down, Kolcaba e Steiner, 2000), adaptado de General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 1991) ^{179 178}
- **TCI** - The Thermal Comfort Inventory (Wagner, Byrne, Kolcaba, 2006), adaptado de General Comfort Questionnaire (Kolcaba, 1992) ¹⁴⁰
- Here and Now Inventory (Leal, 1986), baseada em Davitz (1969) ¹¹⁶
- Comfort Scale (Gutheil & Heyman, 2000) ¹⁶⁷
- Comfort behaviors checklist (Kolcaba, DiMarco, 2005), não publicada, disponível em comfort line ¹³³
- Escala para avaliar o nível de conforto dos familiares de pessoas em UTI, relacionado ao acolhimento (Gibaut, Hori, Freitas, Musi, 2013), baseado em estudo fenomenológico a familiares de pessoas internadas em Unidades de Terapia Intensiva (Freitas, Menezes , Mussi, 2012) ¹⁴⁹
- Self-reported questionnaire regarding their comfort levels with certain aspects of their initial trauma care and resuscitation (Wright, 2011), baseado na teoria de Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 1994) ¹³⁸
- PreAnesthesia Comfort Questionnaire (Kolcaba e Wilson, 2002), desenhado por estudantes e proposto como início de construção de um questionário para o contexto perianestésico ¹²⁰
- **VASs** - The visual analog scale for total Comfort (Kolcaba, Steiner, 2000) ⁹³
- **VAS** – Visual Analogue Scale for Comfort (Kolcaba, 2003) ³¹
- **VASTC** - Visual analogue scale to total Comfort (Chuntharapat, Petpichetchian, Hatthakit, 2008), modificada de Visual Analogue Scale (VAS) for Comfort (Kolcaba, 2003) ¹⁶⁹
- **Thermal Comfort NVASs** - Numeric visual analog scale of thermal Comfort (Wagner, Byrne, Kolcaba, 2006) ¹⁴⁰
- **TC Lines** – Total Comfort Lines (Novak, Kolcaba, Steiner, Down, 2001) ¹⁵⁸
- **VRS** – Verbal Rating Scale (Kolcaba, 2010), não publicada, disponível em em comfort line ¹⁷³

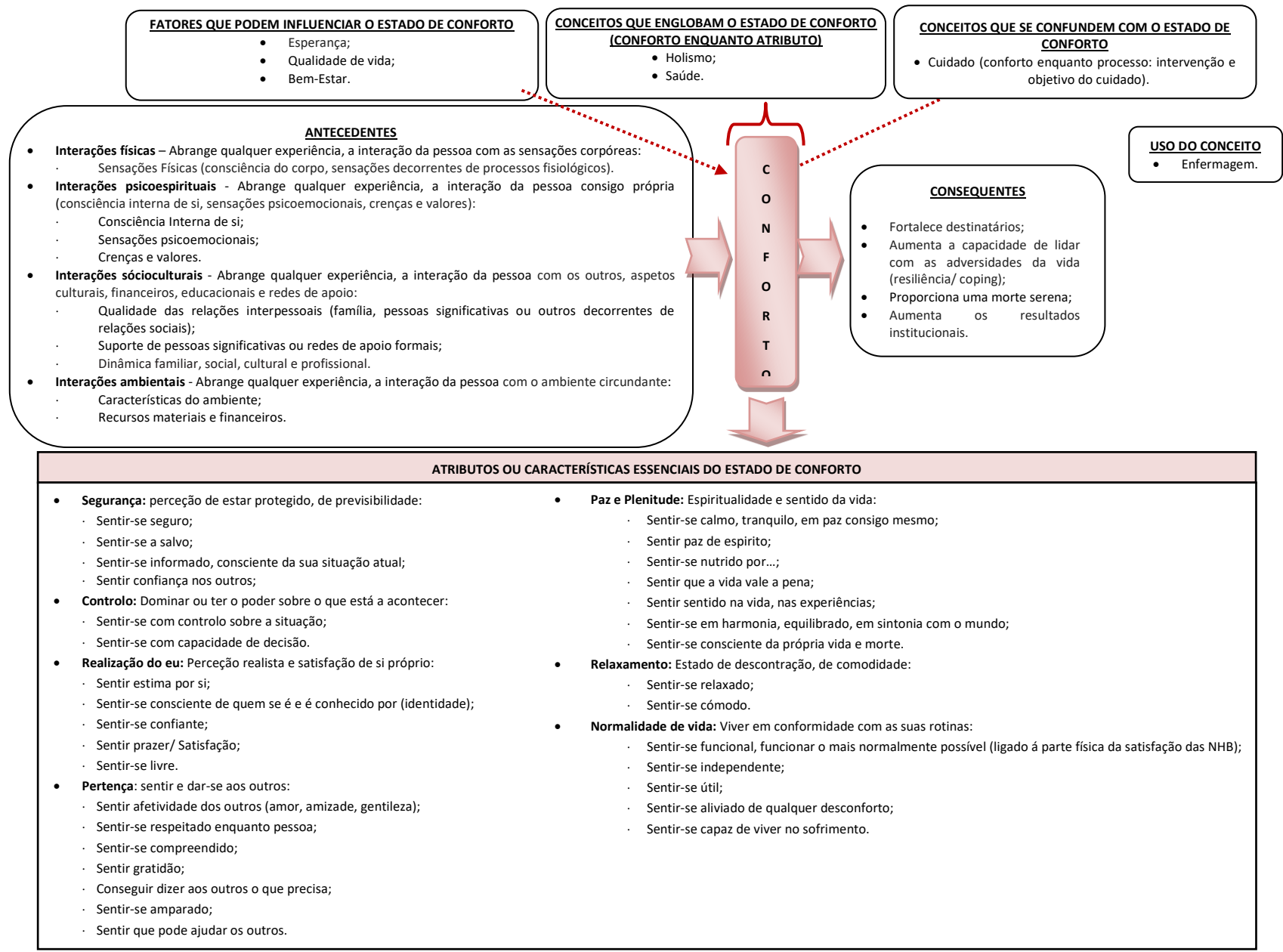
Tabela 38 - Referenciais empíricos que permitem a mensuração do estado de conforto

Finda a apresentação das respostas às questões de investigação, pela simplificação dos resultados apresentamos de seguida o mapa conceptual do conforto.

3.4 - MAPA CONCEPTUAL DO CONFORTO

Articulando todos os itens de análise documentados no presente capítulo, apresentamos a sua sistematização em mapa concetual, aspirando facilitar ao leitor a efetividade e coerência das suas relações¹⁰⁹⁻¹¹¹.

Figura 2 - Mapa conceptual do conceito Conforto



3.5 - DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO CONCEITO CONFORTO

Decorrente da análise hermenêutica dos dados, defendemos a presente tese:

O conforto é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psico-espiritual, sócio-cultural ou ambiental (antecedentes). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, em presença, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Controlo; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping), proporciona uma morte serena e aumenta resultados institucionais de qualquer entidade de saúde (consequentes).

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois da apresentação dos resultados pretende-se, neste capítulo, enfatizar o conhecimento novo que a tese aqui explanada assume no âmbito do estado da arte (ciência). Recorrendo essencialmente a um exercício de cariz cognitivo, a interpretação dos resultados ambiciona: avaliar a efetividade do método de investigação utilizado; atribuir significado aos resultados obtidos; assim como, prever a utilidade que o conhecimento novo poderá avocar no âmbito da complexidade das vivências das pessoas, nomeadamente nos seus processo de vida e de saúde-doença^{1,55,100}.

Como roteiro deste capítulo e no intuito de facilitar a compreensão da leitura, enquadram-se os resultados em determinados itens de análise, de acordo com o significado que os autores atribuem ao conforto. São itens de análise: o conforto enquanto sensação; o conforto relacionado com qualquer experiência que a pessoa vive no seu dia-a-dia, enquanto antecedente; o conceito que se apropria das suas características essenciais, enquanto atributos; os resultados apresentados pelas pessoas que sentem conforto, enquanto consequentes. Objetivando delimitar o presente constructo dos demais no âmbito da experiência humana, aspiramos ainda à compreensão do conforto face a outros conceitos relacionados, como sejam: conceitos que podem influenciar o estado de conforto; conceitos que englobam o estado de conforto; e outros constructos que, pela sua familiaridade, facilmente se confundem com o conceito central.

À luz da evidência reunida neste estudo contextualiza-se e integram-se as diversas perspetivas que a literatura assume do conforto enquanto estado, procurando um conhecimento do conceito mais profundo e convergente com os métodos de análise conceptual mais contemporâneos^{1,54,55}. Numa perspetiva ontológica analisa-se o conceito à luz da complexidade da experiência humana, emergindo a perspetiva de quem o sente como principal foco de análise⁵⁴.

Conforto enquanto sensação

A caracterização do conforto enquanto sensação emergiu nas fases iniciais do estudo, nomeadamente na fase de pré-exploração do material constituinte da amostra em estudo, assim como na fase de leitura flutuante. São bem conhecidas na literatura, algumas características de conforto, como seja a subjetividade da sua experiência, o seu carácter individual ou mesmo a sua condição variável no tempo ^{30,31,44}. Aliado a tais características a emersão de palavras como “sensação(ões)”, “sense(s)”, “percepção”, “feeling” guiaram a análise de conteúdo para o significado de muitas asserções encontradas que, mesmo que não integrassem tais palavras, apresentavam valor semântico semelhante, ou seja, a impressão dita na primeira pessoa, de algo como:

“cultural needs were respected” ^{33 (p1)}; *sensação de confiança* ^{168 139}; *“I like being here”* ^{154 (p157) 158 (p179)}; *“sentez la chaleur et l’affection”* ^{52 (p41)}; *“sentir-se em paz consigo mesmo”* ^{51 (p122)}; *“sentir-se aquecido, com músculos relaxados e respiração tranquila”* ^{44 (p259)}.

A presença de tal significado remeteu a nossa atenção para as palavras sensação e percepção.

Analisando a palavra sensação pudemos verificar que a sua origem etimológica provém do latim *sensitio*, derivação da palavra “sensus” (sentido, percepção, significado), parecendo tratar-se da ação de sentir, ato fundamental da sensibilidade ^{181,182}. Do ponto de vista linguístico, o significado atribuído a sensação é a

“resposta imediata dos órgãos sensoriais perante um estímulo: facto psicofisiológico provocado pela excitação de um órgão sensorial; intuição sensível de uma qualidade de um objeto; interpretação, feita pelos órgãos nervosos do sistema central, de uma excitação produzida pelo meio exterior; grande impressão causada por acontecimento excepcional; sensibilidade” ^{183 (p1527)}.

Na outra vertente de significado, percepção deriva etimologicamente do latim *perceptio* significando compreensão, faculdade de perceber. Perceber é originário do latim *percipio, is, cēpi, cēptum, cipere* entendido como “perceber, observar, conhecer por intermédio dos sentidos”¹⁸². Da sua análise linguística percepção assume o significado de “ato ou efeito de perceber; tomada de conhecimento sensorial de objetos ou de acontecimentos exteriores; resultado ou dados da percepção; noção; conhecimento; discernimento (sentido figurado)” ¹⁸³. À Percepção intelectual é atribuída o sentido de “ação de conhecer, pela inteligência ou entendimento, independentemente dos sentidos” ^{183 (p1282)}.

O estudo destes dois conceitos tem caminhado “de mãos dadas” por autores que lhe conferem interesse, essencialmente no âmbito da Filosofia e da Psicologia ¹⁸¹. No entanto, embora similares, assumem-se como conceitos distintos particularmente quanto à sua essência. Com especificidades inerentes à natureza de cada disciplina, ambas antecedem a Sensação à Percepção, constituindo a primeira uma impressão, uma resposta inicial perante o estímulo

externo ou interno; e a segunda uma interpretação, um reconhecimento assumido dos estímulos recebidos. Se a Sensação se insere no âmbito dos sentidos, da sensibilidade, algo que simplesmente se sente, a Percepção insere-se no domínio da racionalização do abstrato, constituindo unicamente um ato da mente ^{181,184,185}.

A sensação não é mais do que uma reação física ou emocional da pessoa a qualquer ação/acometimento que decorre da sua vida. Perante um estímulo externo (ex: temperatura, luz) ou mesmo um estímulo interno (ex: sentimento) reagimos enquanto pessoas, emergindo sensações diversificadas. Extremamente voláteis, as sensações podem variar de acordo com a sua intensidade e duração, assim como no sentido em que as podemos expressar. Num sentido positivo, poderemos viver situações que provocam sensação de prazer, assim como, num sentido negativo, podemos viver situações que provocam sensação de frustração ¹⁸⁵.

Analisando os resultados que emergiram do nosso estudo, identificámos algumas asserções que nos permitiram considerar o conforto enquanto sensação, atendendo aos atributos anteriormente enunciados. Assim, apresentamos esta análise tendo em conta as características do conceito sensação: Impressão por meio dos sentidos (sensibilidade); Variável (intensidade e duração) e Sentido (positivo/negativo), representado na Tabela 39.

Atributo de Sensação	Unidades de Significado de Conforto
Impressão por meio dos sentidos (sensibilidade e individualidade)	<p><i>"A state that is beyond awareness; it is a state that is best recognized when the person first experiences a state of discomfort, and it is a state of an integrated body"</i> ^{78 (p190)}</p> <p><i>"Experiência subjetiva que transcende a dimensão física, porque inclui componentes físico-psicológico-social-espiritual e ambiental, ao mesmo tempo"</i> ^{37 (p411) 38 (p442) 151 (p379)}</p> <p><i>"comfort was identified, which reflected a perception that a connection existed between the mind and the body"</i> ^{143 (p408)}</p> <p><i>"Il semble que ce soit la nature "préreflexive" du phénomène qui rende sa description si difficile"</i> ^{32 (p82)}</p> <p><i>"sense of support and compassion"</i> ^{165 (p22)}</p> <p><i>"sentidos de conforto surgem e se modificam nas interações que a pessoa estabelece nas situações vivenciadas (consigo mesma, outros seres, situações e objetos)".</i> ^{35 (p117)}</p> <p><i>Comfort is an all-encompassing, comprehensive condition experienced in its entirety</i> ³¹</p> <p><i>"Data also suggested that comfort was an individual process in which 'everyone is different'"</i> ^{83 (p383)}</p>
Variável (intensidade e duração)	<p><i>"Temporary - it may last only a short time until discomfort arises again"</i> ^{130 (p1302)}</p> <p><i>"comfort is a dynamic state, subject to positive or negative change very quickly"</i> ^{120 (p103)}</p> <p><i>"A temporal state"</i> ^{29 (p93)}</p> <p><i>"Conforto varia em graus ou níveis, sendo vinculada aos conceitos de tempo e espaço"</i> ^{37 (p411)}</p> <p><i>"que se modifica no tempo e espaço"</i> ^{36 (p897)}</p>
Sentido (positivo/negativo)	<p><i>A pleasant experience</i> ⁴⁶</p> <p><i>"entails feeling good"</i> ^{130 (p1303)}</p> <p><i>a positive mental disposition</i> ¹⁵³</p> <p><i>"pleasant positive feelings"</i> ^{143 (p408) 144 (p24)}</p>

"lovely warm feeling" 122 (p241)

Comfort is a positive outcome that differs from and is more than the absence of discomforts 31 154

Tabela 39 - Similaridades entre atributos de Sensação e unidades de significado de Conforto

Concluimos, assim, perante a análise dos dados, que o conforto é uma sensação que se expressa de uma forma positiva, ou seja, é uma sensação agradável. Esta constatação vem de encontro às opções metodológicas no âmbito da revisão integrativa de literatura, quando optámos por excluir artigos em que o fenómeno de estudo se centrasse no desconforto ou outra sensação de cariz negativo, validando desta forma a referida decisão.

Antecedentes do estado de conforto

Na análise dos antecedentes do estado de conforto defendidos na presente tese, o processo foi semelhante. Ainda num contacto inicial com os dados, objetivando a procura dos antecedentes, o contacto com palavras como "o conforto resulta de (...)", "(...) dá-me conforto", "procurei conforto através de (...) "fontes de conforto" dirigiram o processo de raciocínio na tentativa de mensurar a abrangência destas causas. No valor semântico de tais frases eram notórios os antecedentes do conceito, uma vez que seriam causas, acontecimentos, circunstâncias que contribuía para que o conforto fosse sentido. Quando, na análise dos dados, compilamos as asserções que continham este valor semântico, foi possível constatar que todas as vertentes do holismo estavam presentes 77,80. Qualquer que fosse a situação que a pessoa vivesse, no seu contexto físico, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental, poderia despoletar conforto. Uma vez que este processo foi, de alguma forma, simultâneo com o descrito anteriormente, de forma integrada os antecedentes aqui identificados cruzaram-se com os atributos de sensação, onde os estímulos constituem a origem das sensações 181,184,185. Vejamos alguns exemplos:

[Conforto] *"Produto da interação (...) sentidos de conforto surge e modifica-se nas interações que a pessoa estabelece nas situações vivenciadas (consigo mesma, outros seres, situações e objetos); e que a ação das pessoas, relacionada ao conforto ou desconforto, é baseada nos sentidos que ela atribui às coisas com as quais interage. Com base nessas premissas, conforto/desconforto são considerados termos genéricos ou abstrações, não têm um sentido em si: é a interação que lhes atribui significado"*. 35 (p117)

"individual characteristics (...) that were present when one was said to be experiencing comfort or feeling comfortable (...) self-confidence (...) being in touch with self" 46 (p20)

"Só Deus dá o conforto" 150 (p215)

"A higiene é muito importante... dá muito conforto" 47 (p302)

"When the patient was dealt with affably, he felt comfortable" 87 (p3)

“Le patient se sent réconforté lorsqu’il “observe le regard et le sourire de l’infirmière”” 52 (p42)

“luminosidade, barulho/ruído, temperatura, limpeza da unidade, condições física (comodidade da cama, espaço de privacidade/individualidade), e ainda as actividades de lazer são determinantes chave no padrão de conforto do idoso” 47 (p341)

Constituindo estes achados, elementos estruturais na definição dos antecedentes de conforto, consideramos como antecedente de conforto qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental que uma pessoa possa viver. A presente definição teve por base estudos de Mussi et al ³⁵ que assumem o conforto como produto da interação da pessoa consigo mesma, assim como com tudo o que a rodeia. No âmbito da investigação desenvolvida por Mussi destacam-se, para além de estudos secundários, estudos primários que procuram objetivar o significado de conforto junto das pessoas que o sentem, no âmbito do cuidado em enfermagem 28,35,36,40,44,125,149,186. Este dado sedimentou a nossa análise, tendo em conta a nossa intencionalidade em estudar o conceito sob uma perspetiva ontológica.

Dada a subjetividade da abrangência do conceito, considerar o que seria antecedente e o que seria atributo revelou-se um aspeto complexo na análise dos dados. No entanto, considerando o conforto como sensação, emergiu um critério de diferenciação: qualquer asserção cujo valor semântico já expressasse que sentiu conforto, que a sensação já aconteceu, a forma como foi sentido, foi considerada atributo. Ao invés, qualquer asserção cujo valor semântico expressasse apenas o contexto em que o conforto é experienciado, sem o sentir implícito da pessoa, foi considerada antecedente. Retratamos, a título de exemplo, tal diferenciação com o exposto na Tabela 40.

Antecedente	Atributo
<i>Proximidade com os profissionais ou acompanhantes</i> 86	<i>“se sentir proche de l’infirmière”</i> 52 (p41)
<i>“Physical functioning”</i> 155 (p127)	<i>“I feel good enough to walk”</i> 139 (p73)
<i>“religious rituals such as praying”</i> 87 (p5)	<i>“Expression of spiritual nurture, or sustenance, from their God”</i> 142 (p10)
<i>“profissionais “capacitados””</i> 51 (p120)	<i>“Trusting the staff”</i> 33 (p1)
<i>“contar com recursos materiais ou financeiros”</i> 40 (p31)	<i>“Ser autónoma para satisfazer os seus compromissos sociais, laborais e financeiros”</i> 105 (p132)

Tabela 40 - Diferenciação entre antecedentes e atributos do conceito Conforto

Com base nos pressupostos acima mencionados, emergiram as quatro categorias sustentadas nas quatro dimensões do holismo ^{77,80} na caracterização dos antecedentes de Conforto. Destacadas as unidades de significado correspondentes a cada categoria, foi analisado o valor

semântico das mesmas, no sentido de objetivar subcategorias. Num processo contínuo e dinâmico, recorrendo aos textos originais com frequência, organizamos os antecedentes de conforto da seguinte forma (Tabela 41):

Categorias	Subcategorias
<p><u>Interações Físicas</u> Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa com as sensações corpóreas.</p>	<p>Sensações Físicas (consciência do corpo, sensações decorrentes de processos fisiológicos).</p>
<p><u>Interações Psicoespirituais</u> Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa consigo própria.</p>	<p>Consciência Interna de si; Sensações psico-emocionais; Crenças e valores.</p>
<p><u>Interações sócio-culturais</u> Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa com os outros, aspetos culturais, redes de apoio ou qualquer outra dinâmica de socialização.</p>	<p>Qualidade das relações interpessoais (família, pessoas significativas ou outros decorrentes de relações sociais); Suporte de pessoas significativas ou redes de apoio formais; Dinâmica familiar, social e profissional.</p>
<p><u>Interações ambientais</u> Abrange qualquer experiência, qualquer interação da pessoa com o ambiente circundante.</p>	<p>Características do ambiente; Recursos materiais e financeiros.</p>

Tabela 41 - Antecedentes do conceito Conforto

A associação do conceito de holismo com o conforto é, globalmente, unânime na literatura em Enfermagem, constituindo mesmo parte integrante de alguns conceitos de conforto encontrados na amostra em estudo, decorrentes de análises conceptuais:

“the immediate experience of being strengthened by having the needs for relief, ease, and transcendence met in four contexts of holistic human experience: physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental” ³¹ (p14)

“O conforto é um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar – físico, psicoespiritual e social – em razão do cuidado em enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida” ⁵¹ (p130)

“self-comfort is defined as the outcome or state that incorporates the consciousness of individuality, ownership of identity, and an integrated wholeness that occurs in a physical, sociocultural-political, psychospiritual, or environmental context” ⁸⁴ (p3).

Independentemente da abordagem do conceito, enquanto estado, processo ou resultado, descrito por profissionais ou diretamente pelas pessoas que o sentem, atribui-se à palavra conforto valor semântico semelhante: é um conceito holístico, multidimensional, idiossincrático, dinâmico ⁹⁰, significando diferentes coisas para diferentes pessoas ^{31,37}. A referida abrangência aumenta a subjetividade inerente ao conceito e é apontada pelos investigadores como a principal dificuldade na sua definição ^{42,46}. No entanto, apesar da sua

ambiguidade, emerge na literatura alguma evidência que vem diferenciando antecedentes de atributos. Sabe-se hoje que a relação interpessoal é um dos aspectos mais valorizados por aqueles que são cuidados¹⁸⁷. Itens como a disponibilidade, a confiança, a informação fornecida pelos profissionais, o reconhecimento enquanto pessoa, a proximidade, a demonstração de interesse e a implementação de intervenções não rotinizadas, entre outras, são identificados pelas pessoas como os principais precedentes de conforto^{32,52,85,87,168,175}. As pessoas são confortadas por diversas fontes como médicos, enfermeiros, Deus ou outras pessoas, sendo essa diversidade variável de acordo com as necessidades sentidas, assim como com a circunstância do momento vivido. Numa tentativa de mensurar as referidas fontes (causas), as mesmas podem ser simbolizadas por pessoas, objetos ou imagens, desde que lhes seja atribuído o devido significado¹⁵⁰. Em estudos de maior nível de evidência, na procura de fatores explicativos de conforto, é possível constatar uma correlação positiva de conforto com suporte social e com a percepção que as pessoas têm do cuidado de enfermagem¹³⁹. Em síntese, poderemos concluir que conforto é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psíquica, sociocultural e ambiental.

Atributos do estado de conforto

Discutindo os resultados no âmbito da análise dos atributos do conceito, foi possível “mergulhar” no significado e integrar o valor semântico das características essenciais. Decorrente de todo o processo fenomenológico, iniciamos a nossa indagação: a) se conforto assume diferentes significados para diferentes pessoas^{31,37,40}, se o significado que a pessoa lhe atribui depende da circunstância, do momento vivido³⁷, se o todo é maior do que a soma das suas partes⁹³, então não seria mais congruente que os seus atributos fossem itens mais globais? Mais existencialistas? b) quando na literatura se questionam significados que as pessoas atribuem ao conforto e se destacam asserções como: *“Pra mim, uma explicação boa já é um conforto”*, *“Conforto é eu tá vendo que o pessoal tá tendo certos cuidados com o meu filho, entendeu?”*^{36 (p899)}, *“Knowing that my needs will be met”*^{74 (p61)}, qual será o teor das respectivas questões de investigação? Inevitavelmente emanou uma questão subjacente: uma *“explicação boa”*, considerada como um significado atribuído pelas pessoas de conforto, é conforto ou dá conforto (é atributo ou antecedente)? Na consulta das questões/objetivos de investigação dos exemplos acima mencionados verificamos que a sua diversidade poderá ter influenciado a subjetividade nas respostas de alguns dos estudos. Quando na mesma entrevista se procura o significado do conceito e, simultaneamente, as intervenções confortadoras/desconfortadoras ou fontes de conforto, ou seja, quando cognitivamente se conceptualiza o conforto enquanto

experiência, inevitavelmente a ambiguidade entre antecedentes e atributos aumenta, dificultando a sua mensuração de forma isolada.

Etimologicamente, experiência deriva do latim *experientia*. A palavra *experientia* é formada por três partículas, que são: "ex" (fora), "peri" (perímetro, limite) e "entia" (ação de conhecer, aprender ou conhecer). Literalmente pode ser traduzida como o ato de se aprender ou conhecer além das fronteiras, dos limites¹⁸⁸. No seu significado linguístico experiência, é entendida como:

"1 ato ou efeito de experimentar; 2 conhecimento por meio dos sentidos de uma determinada realidade; 3 conhecimento de uma realidade provocada, no propósito de saber algo, particularmente o valor de uma hipótese científica; experimentação; 4 conhecimento obtido pela prática de uma atividade ou pela vivência; 5 prova; ensaio; tentativa" ^{183 (p726)}.

Visivelmente com dois sentidos, o que nos parece ser mais adequado à presente discussão é o segundo e o quarto significado. A vertente emocional da experiência, enquanto contacto com a realidade que lhe atribui valor semântico de sentimento, é assumida na literatura como um atributo do conceito, essencialmente no âmbito da Filosofia e da Psicologia ¹⁸⁸. Numa análise etimológica e linguística, decorrente do seu uso em diversas línguas ocidentais da atualidade, a particularidade deste atributo evidencia-se de forma clara, onde a palavra vivência se assume como sinónimo de experiência, nomeadamente quando lhe é atribuído este valor semântico¹⁸⁸.

Reportando-nos para o conforto a palavra experiência, assim como a palavra vivência, encontram-se bastante presentes, essencialmente quando se aborda a vertente holística do conceito ou os quatro contextos da experiência humana ^{30,31,40,44,46,51,90}. Se na análise dos resultados, o holismo emergiu nos antecedentes do conceito conforto, novamente se eleva a questão: o que questionamos às pessoas para objetivar o significado do seu conforto? Antecedentes ou atributos? Significados decorrentes das experiências, das vivências ou significados decorrentes do que sentem, da sensação?

Foi nesta linha de raciocínio que a procura dos atributos do conceito emergiu, procurando objetivar os significados, as características essenciais atribuídas à sensação, ao que as pessoas sentem quando estão em conforto. Com evidência, alguns estudos da nossa amostra descrevem os seus resultados sob a forma de "sentires", atribuindo-lhes significado na análise dos atributos do conceito que aqui se explana ^{78,86,122,147}. Concomitantemente, seguindo já esta linha de raciocínio, os estudos que questionam simultaneamente o significado de conforto (características), necessidades de conforto (causas para o seu decréscimo) e/ou intervenções confortadoras ^{40,74,150,153}, propiciaram uma análise mais objetiva na diferenciação de antecedentes/atributos/outros conceitos relacionados. Assim, na análise destes "sentires", constatando as nossas indagações ao longo do processo analítico e integrando os diferentes

resultados que a literatura nos oferecia, emergiram itens de análise mais globais, mais existencialistas que, de forma congruente, advieram de estudos primários, ou seja, diretamente da opinião das pessoas que o sentem^{36,51,168}. A sistematização das unidades de significado sustentou a definição de categorias e subcategorias que mensuram os atributos de conforto que a presente tese defende (Tabela 42).

Categorias	Subcategorias
<u>Segurança:</u> Percepção de estar protegido, de previsibilidade.	Sentir-se seguro;
	Sentir-se a salvo;
	Sentir-se informado, consciente da sua situação atual;
	Sentir confiança nos outros.
<u>Controlo:</u> Dominar ou ter o poder sobre o que está a acontecer.	Sentir-se com controlo sobre a situação;
	Sentir-se com capacidade de decisão.
<u>Realização do eu:</u> Percepção realista e satisfação de si próprio.	Sentir estima por si;
	Sentir-se consciente de quem se é e é conhecido por (identidade);
	Sentir-se confiante;
	Sentir prazer/ Satisfação;
<u>Pertença:</u> Sentir e dar-se aos outros.	Sentir-se livre.
	Sentir afetividade dos outros (amor, amizade, gentileza);
	Sentir-se respeitado enquanto pessoa;
	Sentir-se compreendido;
	Sentir gratidão;
	Conseguir dizer aos outros o que precisa;
<u>Paz e Plenitude:</u> Espiritualidade e sentido da vida.	Sentir-se amparado;
	Sentir que pode ajudar os outros.
	Sentir-se calmo, tranquilo, em paz consigo mesmo;
	Sentir paz de espírito;
	Sentir-se nutrido por...;
	Sentir que a vida vale a pena;
<u>Relaxamento:</u> Estado de descontração, de comodidade.	Sentir sentido na vida, nas experiências;
	Sentir-se em harmonia, equilibrado, em sintonia com o mundo;
	Sentir-se consciente da própria vida e morte.
	Sentir-se relaxado;
	Sentir-se cómodo.
	<u>Normalidade de vida:</u> Viver em conformidade com as suas rotinas.
Sentir-se independente;	
Sentir-se útil;	
Sentir-se aliviado de qualquer desconforto;	
Sentir-se capaz de viver no sofrimento.	

Tabela 42 - Atributos do conceito Conforto

Apesar dos estudos primários constituírem a principal fonte na estruturação das categorias e subcategorias, foram integradas todas as unidades de significado resultantes da revisão integrativa de literatura, mesmo as de artigos de menor evidência. Metodologicamente foi intencional o enquadramento das diferentes perspectivas que os autores assumiam do conforto no nosso mapa conceptual, como forma de integrar um conhecimento mais profundo das características essenciais do conceito, resultante de um processo cognitivo ao nível da interpretação, ao invés da síntese dos resultados ¹.

Assim, em forma de síntese, consideramos que o conforto caracteriza-se por um conjunto de atributos que, em presença, atribuem significado à sensação de conforto: Segurança; Controlo; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e, Normalidade de Vida.

Consequentes do estado de conforto

Embora de forma dinâmica e integrada desde as primeiras fases metodológicas, interessa agora discutir sequencialmente os consequentes do conceito conforto que emergiram dos resultados e foram posteriormente integrados no mapa conceptual. As consequências, ou seja, os resultados mensuráveis, passíveis de observar na pessoa que sentiu conforto, evidenciaram-se na literatura de forma mais clara. Na sua origem etimológica, conforto deriva do latim *confortare* (fortalecer, conferir força), sendo formada por duas partículas, nomeadamente: “*com*” originário de “*cum*” (em conjunto) e “*fortare*” originário de “*fortis*” (forte). Literalmente pode ser traduzida como tornar forte em conjunto ^{30,31,182}. A representação mental do conforto como algo positivo é unânime na globalidade da literatura disponível ^{30,31,44,46}. Apesar da Enfermagem se centrar no sofrimento e no desconforto que as pessoas sentem nos seus processos de saúde-doença, e do seu raciocínio clínico se focar inevitavelmente nas necessidades sentidas, a literatura tem vindo a assumir com maior vínculo que o valor semântico de conforto está bem para além do seu antónimo - desconforto ^{43,90,119,122,155}. Com maior centralidade na origem etimológica da palavra, fortalecer ou tornar forte é assumido de forma consistente em algumas das definições de conforto que a literatura nos oferece. Vejamos alguns exemplos:

“A state valued by a nurse as an aim in which a person is free to be and become, controlling and planning his own destiny, in accordance with his potential at a particular time in a particular situation” ^{130 (pp 1304-1305)}

“the immediate experience of being strengthened by having the needs for relief, ease, and transcendence met in four contexts of holistic human experience: physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental” ^{31 (p14)}

“Conceptually, self-comfort is defined as the outcome or state that incorporates the consciousness of individuality, ownership of identity, and an integrated wholeness that occurs in a physical, sociocultural-political, psychospiritual, or environmental context. The achievement of self-comfort results in growth, development, and the enhancement of an integrated wholeness that allows the individual to become the agent for his/her behaviors”^{84 (pp 3-4)}

Encontra-se visivelmente implícito nestas definições a capacitação, o empoderamento das pessoas na gestão dos seus processos de vida e saúde-doença. Embora a maior parte das asserções emanadas da análise dos consequentes derivem de referencial teórico, nomeadamente dos estudos e da teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba ³¹, pela importância que a autora assumiu na conceptualização do conceito, emanam também de estudos primários onde asserções como -“*This vision comforted and strengthened him and gave him hope to endure longer*” ^{145 (p430)}, “*As vantagens do conforto são a recuperação (...) da capacidade de mobilização dos mecanismos de enfrentamento*” ^{168 (p503)}, ou “*refaire des projets de vie*” ^{52 (p43)}- espelham de forma clara o valor semântico atribuído na presente tese, aos consequentes. Na categorização das unidades de significado extraídas da revisão integrativa de literatura, com posterior integração nos consequentes do conceito, emergiram quatro categorias que, pela sua similaridade, não sentimos necessidade de subdividir. Tendo como foco de análise o valor semântico de “estar apto para...”, “ser capaz de...” resultante da sensação de conforto categorizamos os consequentes de conforto da seguinte forma (Tabela 43):

<u>Consequentes de Conforto</u>	Fortalece as pessoas que o sentem;
	Aumenta a capacidade de lidar com as adversidades da vida (resiliência/coping);
	Propicia uma morte serena;
	Aumenta os resultados institucionais de qualquer entidade de saúde.

Tabela 43 - Consequentes do conceito Conforto

Analisando a evidência subjacente a cada categoria podemos verificar que apenas as duas primeiras apresentam estudos primários e, embora a categoria de “propicia uma morte serena” apresente um estudo primário, a amostra é constituída por enfermeiros de cuidados paliativos ⁴⁹. Porém, apesar de não termos na nossa amostra testemunhos na primeira pessoa ou outros resultados mensuráveis, de que o conforto propicia uma morte serena ou aumenta os resultados institucionais, a opção de incluir estas categorias foi intencional, dado a sua pertinência para a Enfermagem enquanto disciplina e profissão. Concomitantemente, na análise crítica da amostra em estudo, verificámos a inexistência de estudos primários ou secundários cujas questões de investigação objetivassem especificamente as presentes categorias. Dado que a literatura sobre conforto ainda assume um nível de evidência baixo, essencialmente pela dificuldade da sua conceptualização e consequente mensuração, acreditamos que a inclusão destas categorias sejam motes para futuras investigações.

Em síntese, consideramos que a sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping), proporciona uma morte serena, assim como aumenta os resultados institucionais de qualquer entidade de saúde.

Paralelamente aos eixos centrais do conceito de conforto (antecedentes, atributos e consequentes), emergem alguns aspetos na literatura que se relacionam com o mesmo. A identificação e sistematização destes aspetos, embora não seja defendida implicitamente pelos métodos de análise conceptual mais contemporâneos ¹, poderão permitir clarificar a estruturação cognitiva do pensamento dos autores, quando enquadra os leitores nas possíveis relações dos diversos significados encontrados no estado da arte (ciência) ¹⁰⁹⁻¹¹¹. Assim, importa agora discutir outros aspetos relacionados com o conceito de conforto, nomeadamente aspetos que durante a análise hermenêutica dos dados nos induziram a definir as seguintes categorias: conceitos que podem influenciar o estado de conforto; conceitos que englobam o conforto; e conceitos que se confundem com o estado de conforto.

Como conceitos que influenciam o estado de conforto enquadrámos, na amostra disponível, a Esperança, a Qualidade de Vida e o Bem-Estar. Discutimos, de seguida, cada conceito isoladamente, no âmbito da relação que assumem com o conceito central.

Conceitos que podem influenciar o estado de conforto - Esperança

A esperança encontra-se presente na amostra em estudo, embora de forma ténue e variável na relação que assume com o conceito central de conforto. Identificam-se diferentes tipos de estudos, desde experimentais a estudos de opinião ou sem descrição do método. Nos estudos de maior evidência constata-se uma relação significativa e correlação positiva entre conforto e esperança ^{118,170}, nos estudos de cariz fenomenológico a esperança cruza-se com conforto numa relação que parece pertencer ao mesmo nível de entendimento, sem relação sequencial de antecedente, atributo ou consequente. Tomemos como exemplo: *“hope enables the ill individual to mobilize resources to grow beyond the immediate situation”* ¹⁴⁵. Sendo a capacidade de mobilizar recursos e crescer com as experiências, defendida como consequente na presente tese, a esperança parece potenciar a ocorrência do fenómeno de conforto. Da mesma forma, nas asserções em que a relação de conforto com esperança emerge de referencial teórico podemos encontrar valor semântico semelhante:

Comfort is a dimension or component of a dynamic process, experiences, and concepts such as quality of live, hope, control, decision making and reconciliation ^{31,46,145}

“the purpose of proactive assessment and care is to (...) enhance the positive indicators of daily function (such as comfort, hope, and resiliency)” ^{132 (p541),133 (p187);}

“the capacity of comfort to enhance abilities and engender hope, the ability of comfort to bring a new kind of ease when all seems lost” ^{122 (pp238-239).}

Elaborando o raciocínio de forma invertida, quando pesquisamos a relação de esperança com conforto, a fragilidade da associação dos conceitos mantém-se. Conforto nem sempre é mencionado em estudos de conceito sobre esperança¹⁸⁹⁻¹⁹²; por vezes conforto é interpretado como antecedente de esperança¹⁹³; como atributo¹⁹⁴; mas, apesar desta ambiguidade, frequentemente é-lhe atribuído o valor simbólico expresso nas seguintes asserções:

"[esperança] Providencia conforto perante as ameaças e desafios da vida"^{118 (p45)};

"Hope moves a person to action directed at providing a level of comfort or attainment of hoped for objects"^{195 (p1551)};

"Nesta fase especial da vida [fim de vida] os doentes procuram gerir a esperança na procura de conforto"^{118 (p55)}.

Assim sendo e assumindo a subjetividade inerente, consideramos a hipótese de que pessoas com esperança possam sentir mais conforto.

Conceitos que podem influenciar o estado de conforto – Qualidade de Vida

No que à qualidade de vida diz respeito, a análise dos dados emerge de forma semelhante. A Qualidade de Vida é positivamente correlacionada com o conforto em estudos de cariz quantitativo^{118,155}, é considerada como um conceito dinâmico em que o conforto se assume como dimensão ou componente de qualidade de vida^{30,31,46,105,145,153,163,164}, assim como se evidencia valor semântico com ausência de sequência conceptual do que se entende por antecedentes, por atributo e por consequente, como evidenciam os seguintes exemplos:

"Quality of life and comfort are affected as daily life shifts to accommodate the incontinence"^{178 (p69)};

"no tocante à qualidade de vida de pessoas, a enfermeira deveria ter atitudes como a de desenvolver métodos e modos de favorecimento de conforto"^{135 (p169)};

"compreensão de um fenómeno humano [conforto] relacionado com a procura da qualidade de vida"^{57 (p151)}.

Apesar das semelhanças, quando efetuamos o processo invertido, quando analisamos a relação destes dois conceitos na literatura conceptual de qualidade de vida, o conforto encontra-se maioritariamente omisso¹⁹⁶⁻²⁰². Na mesma revisão (análise de conceito de qualidade de vida) foi possível identificar uma das variantes do conceito de conforto – confortável - que, emergindo como caso *boderline* pelo método de análise conceptual de Walker e Avant⁹⁸, constitui um bom exemplo da distinção dos dois conceitos, sem relação sequencial aparente entre antecedentes, atributos e consequentes de conforto:

"This case shows Ms. Brown feeling comfortable, engaged, and in control, with positive selfworth; however, due to her impaired cognition, she is incapable of perceiving and expressing her experience of an improved health state and HRQoL"^{203 (p116)}

Intimamente associado a experiências de saúde-doença, à diferença entre as expectativas pessoais e a análise da experiência atual, a qualidade de vida encontra-se por vezes associado

ao conceito desconforto^{201,204}. Unânime na literatura, à semelhança do conceito conforto, é considerado pelos autores como: um conceito holístico e multidimensional, que integra as quatro dimensões da experiência humana; subjetivo, que incorpora o significado próprio da pessoa que a avalia; dinâmico, variando consoante a circunstância vivida; e expresso no sentido positivo integrando o constructo de *bem-estar*¹⁹⁶⁻²⁰⁴. Analisando agora os achados do constructo de qualidade de vida com o de conforto aqui defendida, como conceitos distintos, salientamos um aspeto importante: defendemos que conforto é uma sensação e qualidade de vida é considerada, de forma unânime na literatura, como percepção¹⁹⁶⁻²⁰⁴. Se conforto se sente, a qualidade de vida pressupõe analisar a condição de vida num determinado momento, comparando a diferença entre expectativas pessoais e a experiência atual de cada um. Se conforto recai no âmbito da sensibilidade, qualidade de vida constitui unicamente um ato da mente^{181,184,185}. Assim sendo, á semelhança da Esperança, consideramos a hipótese de que pessoas com maior qualidade de vida possam sentir mais conforto.

Conceitos que podem influenciar o estado de conforto – Bem-Estar

A relação do conceito conforto enquanto sensação, como defendido na presente tese, com o conceito *bem-estar* constituiu um foco de análise mais complexo. Falar de conforto implica necessariamente falar de *bem-estar*. Intimamente ligado à sua interpretação linguística, podemos verificar a presença de *bem-estar* no significado de conforto, assim como de conforto no significado de *bem-estar*:

Conforto/Comfort: “**1 ato ou efeito de confortar; 2 comodidade; 3 bem-estar; 4 auxílio, consolo nas aflições**”
183 (p414)

“(...) things that contribute for physical ease and well-being”²⁰⁵;

Bem-estar/Well-being: “**1 estado de contentamento físico e espiritual; 2 tranquilidade; 3 conforto**”
183 (p230)
“The state of being comfortable, healthy or happy”²⁰⁵.

Independentemente da origem linguística dos dois conceitos, é evidente a semelhança nos seus tesouros semânticos, nomeadamente no seu uso em linguagem comum. Na análise hermenêutica dos dados, a relação íntima destes dois conceitos também foi uma realidade, pelo que isolámos as referências que continham esta relação para posterior validação semântica. Quando analisámos as asserções referentes ao *bem-estar*, de forma independente do conceito central de conforto, pareciam emergir dois significados diferentes, nomeadamente, para quem o sente, como testemunho direto da sensação, e para quem o descreve, com a devida interpretação do fenómeno em estudo. Com esta constatação novas indagações surgiram: Embora as pessoas relacionem o conforto com *bem-estar*, embora os autores/profissionais o interpretem como *bem-estar*, muitas das respostas a quem se pede para significar conforto referenciam-no como *estar bem*. Será que *bem-estar* tem valor semântico sobreponível a *estar*

bem? Apresentamos a Tabela 44, na tentativa de facilitar a interpretação do leitor desta linha de raciocínio, evidenciando como itens de análise testemunhos das pessoas que descrevem o seu conforto, assim como interpretações de investigadores ou profissionais acerca do fenómeno em estudo.

Testemunhos de conforto	Interpretações de conforto
<i>"Conforto pra mim é estar de bem com a vida"</i> ^{37 (p413)}	<i>"acho que é [conforto] a pessoa sentir-se rodeado de bem-estar, dum certo bem-estar"</i> ^{89 (p86)}
<i>"(...) porque vê a carinha do bêbe, se sente bem, vê que valeu a pena"</i> ^{86 (p101)}	<i>"I'm focusing more on the emotional well-being"</i> ^{172 (p137)}
<i>"Estar bem no espaço físico, sentir segurança e confiança no cuidador"</i> ^{51 (p122)}	<i>"atitudes geradoras de bem-estar"</i> ^{151 (p381)}
<i>"Sentir-se bem em todos os sentidos"</i> ^{51 (p122)} <i>"Estar fisicamente e psicologicamente bem"</i> ^{51 (p122)}	<i>"o afeto, o carinho, a atenção que recebem do familiar é um ato de cuidado que resulta em bem-estar"</i> ^{37 (p412)}
<i>"'Being well' and 'feeling good' even for short periods is a comfort for patients with cancer"</i> ^{74 (p61)}	<i>"Patients emphasize that they are comforted when they feel that the nurses are genuinely concerned for their well-being"</i> ^{74 (p61)}

Tabela 44 - Diferenças semânticas de testemunhos e interpretações do Bem-Estar com o fenómeno de Conforto

Nos valores semânticos das asserções analisadas o *bem-estar* encontra-se relacionado com o conforto na medida em que assume valor semântico na perceção da pessoa em *estar bem*^{37,40,51,74,86}, assim como assume o significado de resultado esperado ou objetivo do cuidado, quando questionado a profissionais ou interpretado por investigadores^{28,29,179,37,81,83,122,140,147,151,173}. A relação que emergiu com maior expressão foi a perspectiva dos investigadores ou profissionais, mas foi interessante notar que, em algumas referências da amostra em estudo com análise fenomenológica das opiniões das pessoas que sentem conforto, a interpretação dos resultados pelos autores incluía o *bem-estar* enquanto resultado/objetivo do cuidado mas, nas unidades de significado disponíveis, verificou-se: a) ausência de testemunhos de *bem-estar* com esse valor semântico^{37,86,94,151}; b) o objeto de estudo era confortar (intervenção)^{89,172}; c) as questões de investigação eram direcionadas para a experiência de conforto³² ou eram maioritariamente relacionadas com o cuidado⁷⁴ (ambiguidade na significação de antecedentes/atributos/consequentes). Excetuaram-se dois estudos que referenciam *bem-estar* com o valor semântico de *estar bem/sentir-se bem*: um emerge como o nome atribuído pelo investigador à respetiva categoria⁴⁰ na análise hermenêutica dos dados, e outro cujas predicções de conforto por enfermeiros são essencialmente referidas como *bem-estar* mas, na vertente de clientes de unidades de

internação hospitalar, misturam-se com *estar bem*^{51,148}. Em outra vertente de análise, à semelhança da esperança e da qualidade-de-vida, parece não existir relação sequencial (antecedente-atributo-consequente) ou hierárquica entre conforto e *bem-estar*, emergindo a ideia de que se trata de um conceito distinto, embora semelhante e influenciador. Vejamos como exemplo as seguintes unidades de significado:

“autenticidade do cuidado prestado a estas mulheres, proporcionando-lhes a possibilidade de significar conforto e bem-estar, mesmo diante daquela situação”^{135 (p170)}

“Intervenções que promovam o aumento de saúde, do conforto e do bem-estar”^{47 (p151),57 (p25)}

“uma mudança positiva no seu estado, que conduz ao bem-estar e ao conforto”^{147 (p351)}

“BOTH WARMING INTERVENTIONS had a positive effect on patients’ thermal comfort and sense of well-being”^{140 (p427)}

Assim, sentimos necessidade de estudar a relação destes dois conceitos, recorrendo à análise de conceito de *bem-estar*, dado que na literatura de conforto, evidencia-se: a) a ausência de *bem-estar* nos testemunhos das pessoas que descrevem o seu conforto; b) a relação com *bem-estar* em estudos em que o objeto de estudo é confortar e não conforto; c) a presença desta relação, em estudos cujos sujeitos são profissionais, ou seja, em que o conforto é descrito na terceira pessoa; d) a ausência de relação sequencial ou hierárquica entre os dois conceitos.

A abordagem pelo conceito de *bem-estar* objetiva a validação do seu significado com interpretação hermenêutica dos dados da presente tese. O conceito de *bem-estar*, na atualidade, tem conferido maior interesse na área disciplinar da Psicologia²⁰⁶. Acredita-se que a origem do constructo de *bem-estar*, que hoje se defende, remonta o século XVIII, durante o Iluminismo, quando se iniciam movimentos de preocupação com o incremento de situações de vida, objetivando a satisfação de necessidades, o desenvolvimento pessoal e a felicidade dos cidadãos. A focalização neste constructo do *bem-estar* estendeu-se até ao século XX altura que, face aos princípios do Utilitarismo, os esforços em criar uma sociedade melhor para todos, promotora de *bem-estar*, evoluíram para uma perspetiva económica do conceito, emergindo o conceito de *bem-estar* material (*welfare*). É na década de 60 que se reconsidera que *bem-estar* é um conceito mais abrangente, integrando aspetos como a saúde, a satisfação laboral, a liberdade política, ou seja, o *bem-estar* na vida como um todo. O termo Qualidade de Vida é associado a este constructo e o *bem-estar*, essencialmente utilizado em Saúde Mental, mensura itens que permitem medir a satisfação e a felicidade globais em relação a determinados domínios da vida. Na década de 70 a influência da saúde no conceito de *bem-estar* torna-se uma realidade quando, perante a segunda revolução da Saúde, se assiste a uma mudança de paradigma, direcionando o cuidado numa perspetiva ecológica da Saúde, ou seja, o enfoque na prevenção da doença como estratégia de promoção de saúde. O *bem-estar* emerge como uma

dimensão de saúde mental e de qualidade de vida²⁰⁶, na mensuração de resultados em saúde²⁰⁷⁻²⁰⁹. Com a devida evolução, ao longo dos marcos históricos da Humanidade, os autores são unânimes na crença de que as perspectivas atuais da definição de *bem-estar* emergem essencialmente de duas orientações filosóficas da antiguidade, duas perspectivas distintas da natureza humana: o Hedonismo e o Eudemonismo, que influenciaram respetivamente a distinção conceptual de duas vertentes do *bem-estar* na atualidade: o *bem-estar subjetivo* e o *bem-estar psicológico*^{206,210-214}.

O conceito de *bem-estar subjetivo* é recente, sendo inicialmente abordado por Wilson (1960) sob duas hipóteses fundamentais, em relação com a satisfação de necessidades e a felicidade: será que a satisfação imediata de necessidades produz felicidade, assim como a não satisfação produz infelicidade? (perspetiva causa-efeito) OU Será que o grau de satisfação para produzir Felicidade depende da resiliência de cada indivíduo, influenciado por experiências passadas, crenças e valores, comparação com os outros, entre outros? (compreensão do fenómeno)^{210,212,215,216} O crescente interesse de clínicos e investigadores nesta tese fenomenológica do conceito, sustentou o desenvolvimento conceptual de *bem-estar subjetivo* sendo, hoje em dia, consensualmente entendido como uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida ²⁰⁶. Assim sendo, o conceito compõe-se de duas dimensões essenciais, nomeadamente: a) dimensão cognitiva, que pressupõe uma avaliação individual, um juízo avaliativo, habitualmente expressa em termos de satisfação com a vida em termos globais e específicos; b) a dimensão emocional/afetiva enquanto estados provisórios, influenciada pela particularidade da circunstância vivida, geradora de um equilíbrio positivo entre sentimentos e emoções agradáveis (afetos positivos) e sentimentos e emoções desagradáveis (afetos negativos)^{209-212,214,216,217}. Representa-se em esquema, na Figura 3.

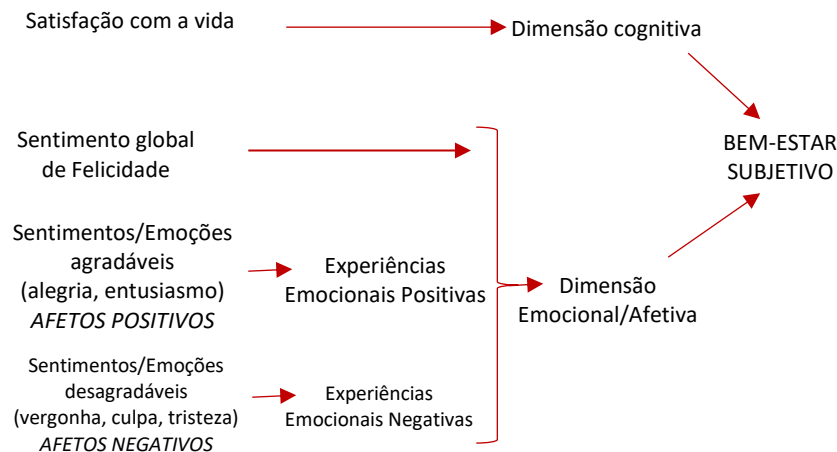


Figura 3- Estrutura conceitual de *Bem-Estar-Subjetivo* ^{206,210–212,216}

Operacionalizando o conceito, as pessoas que expressam elevado *bem-estar subjetivo* apresentam uma tendência para experimentar os eventos de forma positiva, assim como se sentem satisfeitos e felizes com a vida que têm. Pessoas que expressam emoções com tonalidades negativas (ex: insegurança) desenvolvem atitudes de insatisfação perante a vida, enquanto que, pessoas que expressam emoções de tonalidade positiva, são mais resilientes ^{206,209,210,216}.

Com gênese na orientação filosófica do Eudemonismo, o *bem-estar psicológico* emerge com um constructo diferente, direcionando os seus atributos para realização pessoal plena do indivíduo, relacionando-o com os patamares mais elevados da pirâmide de Maslow ou com o constructo de que as pessoas apresentam um impulso inato que os direciona no alcance do seu potencial máximo. Como fundamento, os autores que defendem o *bem-estar* com este valor semântico, argumentam que nem todos os resultados promotores de prazer são bons para as pessoas, logo não podem contribuir para o seu *bem-estar* ^{206,210–212,214,216}. Na perspectiva eudemónica, o *bem-estar psicológico* abarca atributos como:

- Autoaceitação: avaliação positiva de si mesmo e do seu passado;
- Domínio ambiental: Sensação de crescimento contínuo e desenvolvimento enquanto pessoa;
- Propósito de vida: crença de que tudo na vida tem significado;
- Relações positivas com outros: relações pessoais de qualidade;
- Crescimento pessoal: capacidade efetiva para gerir a vida e o mundo;
- Autonomia: sensação de autodeterminação. ^{218,219}

Apesar de conceptualizado, a aplicabilidade do conceito à construção de instrumentos de medida válidos para a sua mensuração na prática clínica, tem constituído uma dificuldade

acrescida, nomeadamente na diferenciação estatística em alguns itens (validade de constructo discriminante)²¹⁴.

Perante as duas correntes do conceito de *bem-estar*, a evidência disponível de *bem-estar subjetivo* é bem representativa do crescente interesse de profissionais e investigadores pelo seu desenvolvimento conceptual, mensuração e aplicabilidade clínica, essencialmente a partir da década de 90, com o nascimento da Psicologia Positiva^{206,220}. Associado a esta expansão de produção de conhecimento, associam-se outros fenómenos de interesse como o estudo da felicidade, do otimismo, das emoções positivas ou dos traços de personalidade mais saudáveis^{206,212}. O interesse crescente pela mensuração de *bem-estar subjetivo* recai essencialmente na necessidade de compreender a forma como as pessoas avaliam a sua vida^{210,216}. No âmbito da academia, o debate sobre a diferenciação significativa dos dois constructos ainda é uma realidade, havendo defensores de que o *bem-estar subjetivo* e *psicológico*: constituem dimensões distintas, devendo ser estudados e operacionalizados na prática de forma isolada; são diferentes perspetivas do mesmo constructo, pelo que assumem mais semelhanças que diferenças; são conceitos distintos mas compatíveis, devendo ser avaliados em complementaridade^{214,220}. Independentemente do constructo de cada conceito, o campo de estudo foca essencialmente a avaliação do *bem-estar* a longo prazo e não apenas em emoções passageiras. À semelhança dos defensores do *bem-estar psicológico*, os investigadores de *bem-estar subjetivo* também defendem que o que pode produzir felicidade momentânea pode não ser o mesmo que produzir *bem-estar*, sendo este influenciado não pelo atributo de autorrealização, mas pelo processo na interação das variáveis que o modelo apresenta^{206,221}.

Articulando os presentes pressupostos na conceptualização do bem-estar com o conforto poderemos identificar algumas semelhanças, mas também algumas diferenças nos seus constructos. Podemos verificar que as semelhanças se centram, essencialmente, em características globais, subjetivas, inerentes à especificação de qualquer fenómeno que se relacione com a complexidade da experiência humana, enquanto as diferenças focalizam-se não só nos próprios atributos, como também em certas características que reforçam os resultados da tese que se defende, conforto enquanto sensação. Recorrendo ao mesmo método de análise, apresentamos a Tabela 45, como forma de partilhar a organização do nosso pensamento, nomeadamente quando assumimos a distinção dos dois conceitos.

Semelhanças	Conceitos holísticos e multidimensionais, que integram as quatro dimensões da experiência humana; Conceitos subjetivos, assumindo diferentes significados para diferentes pessoas, mensurado apenas pela perspectiva de quem o sente; Conceitos expressos num sentido positivo; Avaliam-se em situações de vida e de saúde-doença; Dimensões positivas de saúde; Relacionam-se com Qualidade de Vida.	
	Conforto	Bem-Estar
	<ul style="list-style-type: none"> • Atributos: Segurança; Controle; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; Normalidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atributos: Satisfação com a vida, Sentimento global de felicidade; Experiências emocionais positivas (Afetos positivos); Experiências emocionais negativas (Afetos negativos);
Diferenças	<ul style="list-style-type: none"> • Estado temporário; • Dinâmico, depende da circunstância, do momento vivido; • Recai no âmbito da sensibilidade, algo que se sente; • Sensação, resposta individual perante um estímulo interno ou externo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado duradouro; • Estável, depende da forma como a pessoa percebe a vida; • Recai no âmbito da percepção, algo que se racionaliza. • Interpretação, reconhecimento assumido da sensação, do estímulo recebido.

Tabela 45 - Semelhanças e diferenças conceptuais entre Conforto e Bem-Estar

Com o exposto, conseguimos dar resposta às nossas indagações iniciais acerca da relação entre estes dois conceitos, que emergiram da análise hermenêutica dos dados: *estar bem* recai no domínio do conforto, dado constituir um estado temporário, de satisfação, no sentido de sentir prazer numa determinada circunstância, que não implica necessariamente a produção de *bem-estar*; assim como, *bem-estar* recai num domínio conceptual próprio (*bem-estar subjetivo*), expresso por respostas emocionais, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida^{206,210–212,216}, em que a consciencialização de algo constitui um dos atributos centrais do conceito. Adotamos desta forma, em articulação com o conceito conforto emergente da análise dos dados, o constructo de bem-estar subjetivo em detrimento do bem-estar psicológico. Bem-estar psicológico recai no âmbito da autorrealização plena do indivíduo, num sentido de crescimento contínuo até ao seu potencial máximo^{218,219}. No conceito conforto que se defende, esta característica conceptual enquadra-se nos seus consequentes, na medida em que sentindo conforto a pessoa fortalece-se, assim como lida melhor com as adversidades da vida.

A interpretação das diferenças sistematizadas na Tabela 45 também nos permitiram analisar uma possível relação entre os dois conceitos. Da análise hermenêutica dos dados, questionamo-nos então: se conforto é uma sensação, uma resposta individual perante um estímulo interno ou externo, e bem-estar é uma percepção, mediada por julgamentos, sentimentos e emoções,

então não será o conforto uma sensação positiva geradora de experiências emocionais positivas que, em conjunto com o sentimento global de felicidade e a satisfação que a pessoa sente com a sua vida, poderá produzir bem-estar? A análise fenomenológica desta perspetiva relacional entre os dois conceitos é esquematizada na Figura 4, a título representativo do presente raciocínio:



Figura 4 - Possível relação do conceito Conforto com Bem-Estar Subjetivo

Com efeito, remetendo-nos ao valor semântico de sensação^{181,184,185}, anteriormente analisado, com os valores semânticos de sentimentos e emoções, podemos validar algumas congruências com o esquema anterior. O sentimento constitui um fenómeno mais complexo que a sensação²²²⁻²²⁴, uma vez que requer uma avaliação pessoal e tentativa de contextualização de determinado acontecimento no leque de experiências passadas do indivíduo. Esta particularidade implica, necessariamente, compreensão e integração da sensação na circunstância geradora desse sentimento, tratando-se de um fenómeno mais estável, duradouro, constituindo também um ato da mente, um exercício cognitivo^{181,225,226}. A emoção, embora muitas vezes confundida como sentimento, assume particularidades diferentes: o sentimento revela-se como componente da emoção^{223,227} que, perante um evento marcante ou inesperado, gera momentos de tensão extrema, desencadeando no organismo um conjunto de reações orgânicas de maior intensidade. As emoções são sentimentos exacerbados por um determinado acontecimento, que somatizam em manifestações físicas intensas que poderão assumir um sentido positivo, como a euforia ou o entusiasmo, ou um sentido negativo como a raiva ou a angústia^{181,223,224,228}. Sintetizando poderemos afirmar que vários estímulos dão-nos sensações diversas que, quando as consciencializamos e enquadrámos no nosso quadro de

referência de experiências vividas, se traduzem em sentimentos. Quando algo imprevisível ou há muito desejado acontece, sentimos uma tensão extrema no nosso corpo desencadeando respostas emocionais intensas e profundamente marcantes²²⁹, as emoções. Face ao exposto, e à semelhança da Esperança e da Qualidade de Vida, consideramos a hipótese de que pessoas com elevado bem-estar possam sentir mais conforto.

Em síntese, salvaguardando a subjetividade fenomenológica na análise aqui exposta, assim como o facto de os conceitos influenciadores não constituírem o fenómeno de estudo central, considera-se a hipótese que a esperança, a qualidade de vida e o bem-estar possam influenciar a ocorrência do fenómeno do conforto.

No decorrer da análise hermenêutica dos dados, objetivando a resposta às principais questões de investigação, deparamo-nos com outros conceitos que englobam o conforto, conceitos de maior abrangência e complexidade, cujo valor semântico se relaciona intimamente com conforto. Designando-os como conceitos que englobam o conforto, emergiram dois conceitos hierarquicamente superiores, nomeadamente holismo e saúde, que discutimos seguidamente.

Conceitos que englobam o estado de conforto - Holismo

A relação entre conforto e holismo constitui uma evidência clara na atualidade. Sob a perspetiva de quem o sente^{32-38,40,52,74,83,85,145,175}, de quem o propicia^{32,33,37,47,52,83,85,148,175} ou de quem lhe confere interesse de estudo^{30,44,47,51,90,127,130}, o conforto é assumido como conceito holístico. A génese desta relação é antiga na enfermagem⁵⁶, porém a sua associação assume-se na literatura, de forma mais coesa, com os estudos de Katherine Kolcaba³¹, quando conceptualiza o conforto baseando-se não só numa abordagem filosófica e no significado que a palavra assume nos contextos do seu uso, mas também na literatura acerca do holismo:

*"the immediate experience of being strengthened by having the needs for relief, ease, and transcendence met in four contexts of holistic human experience: physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental"*³¹
(p14)

Na amostra constituinte da tese aqui defendida, o holismo abrange todos os significados que conferem subjetividade ao conceito, sendo a maior parte das referências associadas à teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba³¹. O holismo emerge de forma implícita na nossa amostra de estudo caracterizando o conforto como experiência holística^{31,41,65,146}, como estado holístico^{47,51,157}, como resultado holístico^{105,120,132,133,158,163,178}, ou mesmo associado ao cuidado sob a forma de cuidado holístico^{45,74,83}. Esta presença em todas as formas em que o conforto é compreendido e caracterizado, esta característica inerente a qualquer conceito que se relacione com a complexidade da experiência humana, nesta visão da pessoa como algo maior que a soma das suas partes, confere semanticamente a sua relação com a sensação de conforto^{77,79,80,188}.

Importa neste momento discutir um aspeto relevante. Se, metodologicamente, cada asserção apenas poderia ser considerada num único campo de análise do mapa conceptual, como poderíamos justificar a presença do holismo enquanto antecedente e, simultaneamente, como conceito que engloba o conforto? Analisando as asserções nos dois campos de análise, recorrendo aos textos originais para revalidar o valor semântico de cada asserção na procura do significado atribuído, conseguimos distinguir dois significados inerentes à palavra em si: a) nos antecedentes do conforto ressalvámos a interação da pessoa nos quatro contextos da experiência humana; b) nos conceitos que englobam o conforto, destacámos a centralidade da pessoa como ser unitário. Recorrendo à revisão de literatura de Holismo, conseguimos identificar uma diferenciação entre holismo e holístico, em que holismo emerge como a visão de um todo integrado, independente, maior que a soma das suas partes, e holístico centraliza-se especificamente nas inter-relações do corpo, da mente e do espírito num ambiente dinâmico, em permanente mudança ⁷⁹. Com efeito, a diferenciação destas variantes do conceito de holismo pareceu-nos bastante coerente na interpretação que realizamos, na presente tese, do conceito conforto. Centralizámos então como antecedentes: qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental; e, como conceito mais abrangente, que engloba o conforto: o holismo enquanto visão da pessoa como ser único.

Conceitos que englobam o estado de conforto - Saúde

A saúde também emergiu da nossa amostra como um conceito mais abrangente. Na análise hermenêutica dos dados parece sobressair o significado de que sentindo conforto a pessoa capacita-se para obter mais saúde. Contextualizando os consequentes do conceito por nós defendido, a pessoa que sente conforto torna-se mais capaz de lidar com as adversidades da vida, nomeadamente pela procura de comportamentos promotores de saúde. Distinguindo-os de forma intencional, os comportamentos são por nós assumidos como consequentes do conceito, mas a saúde foi considerada como estado último, com maior abrangência do que o próprio conceito conforto. Destacamos, em forma de exemplo, as seguintes asserções:

“Comfort is a process whereby an individual strengthens the individual self, an individual determines appropriate health care action and personal growth action, and an individual works toward self-determined goals of health and healing.” ^{145 (p434)}

“The task of nursing is to constantly find innovative ways to keep the patient at the maximum level of comfort, so that the patient may move towards total comfort, to health.” ^{78 (p194)}

[The conceptual framework for a theory of comfort] *“Constructive behaviours of interest to nursing are health-seeking behaviours and these behaviours stem directly from the health thema.”* ^{131 (p1181)}

“(…) comfort is (a) a positive indicator of health.” ^{176 (p124)}

A relação entre conforto e saúde é estreita. Em situação de doença/sofrimento, face à vulnerabilidade inerente a este estado, o conceito de saúde poder-se-á confundir com o próprio conceito conforto. Imbuídos pelo desejo e expectativa de melhorar a sua saúde, as pessoas, profissionais e investigadores no contexto de cuidados de saúde (desconforto), tendem a mencionar a saúde como constructo de conforto. No entanto, seguindo a linha de raciocínio anteriormente exposta, assim como a integração das diversas perspetivas resultantes da análise hermenêutica dos dados, consideramos estas asserções como vieses na forma como o conforto tem sido interpretado nas experiências de quem o sente. Vejamos alguns exemplos:

“Thus, if Comfort is to assume a place as the central paradigm of nursing, the focus on dis-comfort to understand comfort is consistent with the central mission of nursing. Indeed, from this perspective comfort may be considered an ultimate state of health, and therefore may be viewed as the goal of nursing” ^{50 (p19)}

“When I finish the treatment I’ll resume my normal life and return to health” ^{153 (p392)}

“Condições de funcionalidade/normalidade: foram incluídas nesta categoria as referências dos pacientes às sensações ou expectativas de “recuperação”, “cura”, “saúde”, ou “ausência de doença” à capacidade de desempenhar atividades e de decisão ou ação, segundo a própria determinação. Indicadores: saúde, não ficar doente; comer; beber; sem doença; sair daqui para casa; recuperação” ^{40 (p30)}

Em síntese, consideramos que o conforto se enquadra, à semelhança de outros conceitos ligados à complexidade da experiência humana, em dois conceitos fundamentais, nomeadamente no conceito Holismo e no conceito Saúde.

Dissertando agora, sobre a análise inerente a outros fatores relacionados, identificamos um conceito frequentemente utilizado como sinónimo de conforto mas que assume significado diferente. Da análise hermenêutica dos dados, emergiu o conceito de conforto enquanto cuidado (intervenção), que discutiremos em maior pormenor de seguida.

Conceitos que se confundem com o estado de conforto - Cuidado

A relação do conforto enquanto intervenção é bem conhecida na literatura^{30,41,44,46}. O conforto tem sido identificado como um elemento do cuidado em enfermagem e encontra-se vinculado à sua origem e desenvolvimento³⁰. A integração do conceito nas diversas formas de indução do pensamento, observação e interpretação de uma dada realidade, ou seja, a integração do conforto nas teorias de enfermagem, tem constituído uma constante nos modelos conceptuais até à atualidade³⁰. Entende-se por teoria um conjunto de conceitos, definições e propostas interrelacionadas, que apresentam uma visão sistematizada de fenómenos da prática. Especifica relações entre variáveis com o objetivo de descrever, explicar e prever fenómenos, constituindo um meio coeso e eficaz no cuidado com a pessoa na gestão dos seus processos de vida ou de saúde-doença²³⁰.

Com efeito, o conforto tem assumido maior ênfase nas teorias de Leininger²³⁰⁻²³², Watson^{230,233}, Morse²⁹ e Kolcaba^{31,230}. Quer seja interpretado como componente do cuidado^{231,233}, quer o cuidado seja considerado como constructo de conforto²⁹, ou quer seja integrado transversalmente ao longo da visão sistematizada de fenómenos da prática de enfermagem, (necessidades de conforto, medidas confortadoras e/ou conforto enquanto resultado/estado)^{29,31}, o conceito conforto encontra-se sempre ligado às intervenções, ou seja, à interpretação do conceito enquanto processo, enquanto cuidado. A influência das teorias no constructo do conforto é uma realidade, dada a evidência que direciona o fenómeno de estudo para o conforto enquanto processo (intervenções de enfermagem) ou associa as intervenções confortadoras com o seu significado enquanto estado^{38,45,47-49,74,83,85,89,152,168}. Em concordância, podemos validar que à medida que a evidência do conforto se descentralizou da opinião dos profissionais^{29,45,48,49,51,83,152}, para a opinião das pessoas que o sentem^{32-40,52}, o conforto foi emergindo como estado e não como processo. Não tendo como intenção criticar a evidência do conforto enquanto processo, apenas ressalvamos que o conceito de confortar e o conceito de conforto pertencem a dimensões conceptuais distintas devendo, como tal, ser estudados de forma isolada ou complementar, evitando a sua integração num só objeto de estudo.

A influência que as teorias poderão assumir na definição de fenómenos inerentes à prática de enfermagem, como explanado em considerações metodológicas, é uma discussão atual essencialmente quando se questiona a utilidade do conhecimento da disciplina: os conceitos são estudados para construir teorias ou para mensurar os fenómenos nas pessoas com quem cuidamos? ^{1,53-55,101} Pensamos que a tese, que presentemente se defende, é um exemplo concreto de como a análise conceptual, estudada à luz da ontologia, poderá assumir resultados mais direcionados para as reais necessidades das pessoas, nomeadamente na gestão dos seus processos de vida e de saúde-doença. Com o exposto, validamos também a nossa opção metodológica pelos métodos de análise conceptual mais contemporâneos¹, diferenciando de forma mais eficaz o constructo de conforto com o constructo de outros conceitos relacionados, como é o caso do cuidado.

Referenciais empíricos que permitem a mensuração do estado de conforto

Discutindo o último item de análise, focalizamos a nossa atenção nos referenciais empíricos identificados e descritos, parcial ou integralmente, nas referências constituintes da amostra em estudo. Numa análise global podemos verificar que, para além das escalas analógicas de conforto^{31,93,140,158,169,173}, grande parte destes referenciais empíricos deriva do *General Comfort Questionnaire (GCQ)*^{93,118,120,133,139,140,154-158,160-162,166,170,174,176,178,179}, desenvolvido por Katharine

Kolcaba^{31,91} ou pelos seus pressupostos teóricos de conforto¹³⁸. Identificamos também dois referenciais empíricos construídos numa conjugação entre revisão de literatura do fenómeno de estudo, *GCQ*, processo de revisão de peritos na área de especialidade (saúde mental e psiquiátrica), e um estudo fenomenológico a pessoas hospitalizadas questionando a forma como percebem o seu conforto^{105,163-165}. Por último, identificamos quatro que não tinham origem no *GCQ*^{84,116,149,167}. Analisamos de seguida cada grupo de instrumentos de medida identificado.

A leitura flutuante dos instrumentos de medida com génese no *GCQ*, constituiu uma das principais causas das nossas indagações iniciais, nomeadamente na discussão sobre o teor das questões de partida, quando pedimos às pessoas para significar o seu conforto. O valor semântico da nossa abordagem recai no âmbito do conforto enquanto sensação, ou enquanto experiência/vivência (em associação com os quatro contextos da experiência humana)? Direccionamos o nosso objeto de estudo para os atributos ou integramos os antecedentes neste processo? Se na discussão dos antecedentes de conforto aqui defendida, esta indagação foi exemplificada com asserções essencialmente decorrentes de testemunhos diretos das pessoas (estudos qualitativos), apresentamos agora, a título de exemplo, algumas asserções emergentes dos referenciais empíricos em análise, convidando o leitor a questionar-se também: quais dos itens dos instrumentos de medida referenciados apenas mensura atributos, sem integrar antecedentes? Será que o conteúdo das asserções é conforto (atributo) ou dá conforto (antecedente)?

"My beliefs give me peace of mind"^{139 (p179),158 (p87),161 (p280),166 (p73)}

"As visitas das pessoas amigas dão-me prazer"^{156 (p60),157 (p92)}

"O estado de espirito das pessoas que me rodeiam dá-me alento"^{156 (p60),157 (p92)}

"My friends remember me with their cards and phone calls"^{93 (p180),139 (p73),158 (p87),166 (p62)}

"I had the chance to speak with my anesthetist before surgery"^{120 (p111)}

"I have enough privacy"^{139 (p70),140 (p441),158 (p179)}

"These surroundings are pleasant"^{139 (p179),154 (p102),155 (p130),158 (p87),166 (p71)}

"The temperature in this room is fine"^{139 (p72),158 (p280),161 (p179)}

"I am able to sleep well"^{93 (p62),179 (p103)}

"Mantenho o meu apetite"^{156 (p60),157 (p92)}

É importante ressaltar que os itens acima mencionados não contemplam a totalidade dos instrumentos que mensuram o conforto, havendo outros itens que se direccionam para os atributos do conceito que presentemente se defende. No entanto, pretendemos reforçar que a forma difusa como o conforto se operacionaliza nos sistemas padronizados de linguagem da disciplina, explanada no enquadramento da problemática, também se verifica nos instrumentos

de medida que utilizamos para mensurar o conforto das pessoas com quem cuidamos, ilustrando uma vez mais a necessidade de clarificar o próprio conceito^{40,42,43,45,46}.

Analisando os dois referenciais empíricos que emergiram da conjugação da revisão de literatura, do *GCCQ*, da revisão de peritos e de um estudo fenomenológico^{105,163-165}, podemos verificar o acréscimo de itens, alguns referenciados como “sentires”, de valor semântico mais abrangente, mais existencialista em que é questionado essencialmente o atributo, não incluindo o devido antecedente (ou se presente, aparece em segundo plano). Tomamos como exemplo as seguintes asserções, retiradas da referência original da construção destes instrumentos de medida¹⁰⁵ mas que, apesar de assumirem diferenças na forma de escrita nas restantes referências, apresentam o mesmo valor semântico:

“Sense of support and compassion”^{165 (p22)}

“Sinto-me livre”^{105 (p164),164}

“Tenho confiança nos profissionais que me tratam”^{105 (p164),163,164}

“Sinto-me protegido neste lugar”^{105 (p164),163 (p499),164}

“Se necessitar, sou capaz de pedir ajuda aos outros”^{105 (p164)}

“Sinto que as pessoas aqui me compreendem”^{105 (p164),163 (p499)}

“Sinto que vou conseguir resolver os meus problemas económicos”^{105 (p164),163 (p499),164}

“Sinto que vou ser capaz de contribuir para o sustento da minha família”^{105 (p164),163 (p499)}

“Sinto-me capaz de dar um rumo à minha vida”^{105 (p164),163 (p499)}

No estudo fenomenológico^{105,164} que complementa a construção deste instrumento, podemos validar que o objetivo do estudo está direcionado para as vivências de conforto-desconforto das pessoas em contexto de internamento em serviços de Psiquiatria Clínica. Este aspeto evidencia, uma vez mais, a subjetividade na conceptualização de conforto quando associamos o conforto ao desconforto e às vivências, dificultando a diferenciação entre atributos essenciais e respetivos antecedentes. Apesar de manter itens do *GCCQ*, a relevância que os investigadores atribuíram à opinião das pessoas, para quem a escala estava a ser construída, foi determinante no desvendar de outros atributos. Em outro foco de análise, quando interpretamos os resultados do estudo fenomenológico, podemos denotar algumas ausências, nomeadamente dos itens que avaliam o contexto ambiental na estrutura taxonómica do conforto de Katharine Kolcaba³¹. Com esta constatação recorreremos aos estudos qualitativos da nossa amostra, que procuraram significar o conforto sob a perspetiva de quem o sente. Verificamos então que: a) na maioria dos estudos, as pessoas não fazem qualquer referência ao ambiente^{32,33,35,36,39,74,85-87,148}, b) referenciaram-no como antecedente, ou seja, como causa ou fator subjacente influenciador^{38,83}; c) referenciam-no como atributo^{37,40,52,175}.

Num olhar mais atento sobre o grupo que referencia o ambiente como atributo de conforto, procurando o valor semântico atribuído quando os autores o assumem como característica essencial do conceito, validamos que:

- Embora se considere como foco central *a posse de bens materiais ou condições financeiras*, relativiza-se este atributo quando os autores acrescentam “*ou sensações geradas por elas no ambiente doméstico e/ou Hospitalar*”^{40 (p29)};
- Embora se considere “*Estar no Lar*” como significado de conforto, o valor semântico desta categoria insere-se no âmbito da normalidade de vida, no sentido de recuperar a vida anterior ao processo de doença^{37 (p412)};
- Embora se considere “*Relief of suffering within a calm environment*” como um significado atribuído às experiências relativas às necessidades de conforto, o valor semântico desta categoria está associado à qualidade das relações humanas, do atendimento, ou à privacidade enquanto sentir^{175 (p1894)};
- Por fim, embora a “*Dimension Contextuelle*” contenha testemunhos que referenciam o estado de conservação dos edifícios como parte integrante do conforto material, é possível validar que a questão de partida está direcionada para os conceitos das experiências de conforto e não para a sensação em si^{52 (p43)}.

Esta constatação reforça, em nosso parecer, a tese que propomos à academia, na medida em que, considerando conforto enquanto sensação, falamos de um constructo muito íntimo, apenas pertencente à dimensão interior da pessoa, ao seu sentir. Aspetos como características do ambiente ou recursos materiais e financeiros poderão dar conforto (antecedente) mas não são conforto.

Por fim, importa agora direcionar a nossa atenção para os instrumentos de medida que não sofreram adaptação do *GCC*^{84,116,149,167}. Na sua leitura mais atenta, centralizamos a nossa análise para a forma como os itens foram construídos, na tentativa de os enquadrar na compreensão do fenómeno de estudo. Apresentamos assim, as principais características e discussão inerente à análise de cada instrumento:

- Na análise do *The Comfort Scale*¹⁶⁷ podemos verificar que as questões centrais estavam relacionadas com a circunstância da pessoa em fim-de-vida e não especificamente com o seu conforto. O conforto foi utilizado pelos autores como grau de mensuração da opinião das pessoas (*very comfortable* ↔ *very uncomfortable*) sobre aspetos importantes a discutir em situação de fim-de-vida como a capacidade de expressar os seus desejos, partilhar as suas preocupações, entre outros. Dado que os atributos de

conforto não constituíam o seu fenómeno de estudo, o referido instrumento foi eliminado da nossa discussão;

- *A escala para avaliar o Nível de Conforto dos Familiares de Pessoas em UTI, relacionado ao acolhimento*¹⁴⁹, apresenta características semelhantes à anterior, nomeadamente na utilização do conforto no níveis de medida do instrumento (*nada confortável* ↔ *totalmente confortável*). No entanto, a sua génese remete-se a um estudo que objetivou compreender o significado de conforto para familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva, cuja análise poderá revelar interesse para a presente discussão. Apesar do objetivo em estudo ser a mensuração do conforto apenas no acolhimento (itens do instrumento nasceram das asserções dos familiares apenas desta categoria), o conforto significava muito mais, emergindo categorias como *Segurança, Informação, Proximidade, Suporte Social e Espiritual, Comodidade e Integração consigo e com o quotidiano*³⁶. O referido estudo fenomenológico integrou a análise do conceito que defendemos, mas foi interessante verificar que a génese deste instrumento de medida a partir do testemunho direto dos familiares, quando falam do seu conforto, foi o motivo principal para se destacar dos demais instrumentos de medida identificadas no nosso processo de análise dos dados. Apesar de não estar validada, tal constatação reforça a pertinência da análise conceptual sob uma perspetiva ontológica^{1,54};
- No *Self-Comfort with Sexual Identity Questionnaire*⁸⁴, a autora distingue o conceito Self-Comfort do conceito conforto, defendido por Katharine Kolcaba¹³⁰, assumindo um método de conceptualização semelhante: a utilização de uma estrutura taxonómica em que cruza os seus atributos com as quatro dimensões da experiência humana. Os pilares da mensuração dos atributos do novo conceito derivam de um processo que compreendeu: a) revisão do conceito de conforto na teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba^{31,130}; b) análise linguística da palavra *Self*, nomeadamente no seu uso na linguagem comum, onde nasceram os atributos de autonomia, identidade e relação com outros; c) interligação desses atributos com os contextos da experiência humana da teoria do conforto³¹, onde emergiu o quarto atributo - a transcendência – assumindo o mesmo valor semântico da autora original, na sua definição operacional; d) por fim, a operacionalização dos quatro atributos de *Self-Comfort* com os quatro contextos da experiência humana resultaram numa estrutura taxonómica de 16 células, abrangendo a totalidade do fenómeno de estudo. A construção dos itens do instrumento resultou de uma revisão de literatura interligando o conceito em estudo com a especificidade dos sujeitos a quem o instrumento se destina, pessoas com uma identidade sexual

alternativa⁸⁴. Na compreensão do método subjacente à construção deste referencial empírico, discutimos novamente alguns aspetos considerados como estruturantes na nossa análise crítica e coerentes com as nossas opções metodológicas^{1,53-55,101}, nomeadamente: a definição de conceitos baseados no seu uso em linguagem comum (vertente linguística); a definição de conceitos a partir de teorias ou filosofias preexistentes; a ausência da vertente ontológica na conceptualização de fenómenos de interesse para a disciplina, ou seja, a ausência do significado do conceito pela perspectiva do nosso objeto de estudo, as pessoas com quem cuidamos.

- *Here and Now Inventory*¹¹⁶ data de 1986, permitindo-nos uma análise do conceito anterior a qualquer influência que o mesmo apresenta na atualidade. Em sua tese, a autora mensura o conforto psicológico baseando-se em Davits (1969), autor e investigador na área científica da psicologia positiva, que focou o seu objeto de estudo na linguagem das emoções. Separando de forma intencional conforto físico de psicológico, a autora defende que o conceito conforto pertence a um subdomínio do domínio total dos sentimentos positivos, abrangidos nas emoções positivas. A construção dos itens do instrumento foi resultado de um processo que compreendeu revisão de literatura, validação empírica em trabalho de campo, seguido de submissão a painel de peritos com o devido cálculo de concordância. Deste processo emergiram sete categorias: *Sensações; Comportamento Expressivo; Comportamento Interpessoal; Controlo; Atitude para com o Eu, Atitude na Vida e outros, Ambiente*. Com a validação estatística dos itens do instrumento de medida resultante deste processo, apenas permaneceram quatro destas categorias nomeadamente as *Sensações (emoções gerais positivas e negativas)*, as *Atitudes para com o Eu (autossatisfação)*, o *Controlo (integração do eu, habilidade em se adaptar)* e *Atitude na Vida e outros (confiança, perda de significado)*, manifestando uma confiabilidade de 0.93, 0.93, 0.84 e 0.82, respetivamente. Aparte da análise estatística, dedicamos a nossa atenção para o significado inerente à redução destas categorias, na tentativa de, fenomenologicamente, atribuir significado na tese que defendemos. Sistematizamos os principais fundamentos que a autora atribui à exclusão destas três categorias: a) No *Comportamento Expressivo*, a autora verificou que os entrevistados apresentavam preferência em expressar-se ou permanecer em silêncio, perante situações geradoras de emoções positivas e conforto. Ao silêncio foi atribuído o significado de momento repousante, propício para estar em contacto com os seus sentimentos. Indagamos então: se a sensação antecede os sentimentos e as emoções, se compreende apenas o

sentir, sem a racionalização pela consciência, como seria possível gerar um comportamento expressivo? Naturalmente, parece emergir o significado de que sentir não é, por si só, suficiente para gerar um comportamento ou seja, não constitui um item essencial de avaliação do constructo do conforto. Fenomenologicamente estas particularidades parecem estar coerentes com a nossa tese, reforçando o conforto enquanto sensação; b) No *Comportamento Interpessoal* podemos validar o sentido de que *estar com outros* contribui para o conforto, parecendo esta categoria emergir como antecedente do conceito central. Vejamos como exemplo a asserção: “*Most interviewees, when with other persons, felt more comfortable when they were with a few persons, whom they knew and trusted*”^{116 (p91)}. Coerentemente na análise hermenêutica dos nossos dados, categorizamos esta categoria em antecedentes de conforto; c) Na categoria *Ambiente*, denotamos valor semântico idêntico em: “*All persons interviewed related that their physical environment contributed to their psychological comfort*”^{116 (p94)}, parecendo novamente emergir o significado de algo que antecede o estado de conforto. Relembrando a abordagem inicial das entrevistas, podemos verificar que as situações geradoras dessas emoções/conforto também foram integradas, aspeto que acreditamos ter aumentado a subjetividade inerente à diferenciação entre atributos e antecedentes do conceito central. De igual forma o ambiente foi categorizado por nós como antecedente.

Assim, decorrente da análise e discussão de antecedentes, atributos essenciais e consequentes, assim como de outros aspetos relacionados com conforto (conceitos que influenciam, conceitos que englobam e conceitos que se confundem com o estado de conforto) e de referenciais empíricos disponíveis na literatura, reforçamos a hipótese de que o conforto poderá constituir um constructo de maior amplitude, com atributos mais globais, centrados simplesmente na condição de ser pessoa, destacando-se longinquamente das experiências humanas concretas, que integramos como antecedentes de conforto.

Defendemos então a tese de que:

- O conforto é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental (antecedentes). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, em presença, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Controlo; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida

(Resiliência/Coping), proporciona uma morte serena e aumenta resultados institucionais de qualquer entidade de saúde (consequentes).

- O conforto está integrado em conceitos de maior abrangência como o Holismo e a Saúde, assim como defendemos que pessoas com maior Esperança, Qualidade-de-Vida ou Bem-Estar tendem a sentir mais conforto.

Consideramos que a presente análise, integrada na tese que defendemos do conforto enquanto sensação, possa constituir um contributo importante no acréscimo de conhecimento para a disciplina de Enfermagem, nomeadamente nas implicações que a compreensão do fenómeno poderá assumir na mudança de paradigma para um cuidado mais humano. Neste sentido, pensamos responder a algumas das lacunas atuais no conhecimento do fenómeno de conforto:

- Centralizamos inter-relações holísticas, como antecedente do conforto;
- Clarificamos e objetivamos as suas características essenciais (atributos);
- Integramos e sistematizamos os consequentes, conhecidos na Literatura de forma dispersa, num só conceito;
- Analisamos a relação que o conceito central assume com outros que o influenciam, que o abrangem assim como que se confundem com o estado de conforto;
- Não identificamos nenhum referencial empírico na literatura, apesar da diversidade de instrumentos de medida disponíveis, que permita medir o conforto nas pessoas de forma objetiva com a evidência apenas nos seus testemunhos (atributos).

Finda a discussão e sistematização dos principais contributos da compreensão do conforto enquanto estado para o *core* de conhecimentos da disciplina de Enfermagem, prosseguimos com as considerações finais no próximo capítulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Finda a descrição do processo investigativo, importa sintetizar o percurso focalizando a nossa análise em duas partes essenciais: inicialmente uma análise retrospectiva das várias etapas de investigação, fazendo um balanço entre as opções metodológicas e respetivas limitações; por fim, a apresentação dos resultados como resposta às questões de investigação iniciais, ou seja, à prossecução dos objetivos delineados.

O interesse pelo conforto nasceu essencialmente pelo significado que a investigadora principal atribui ao fenómeno, integrando-o quer nas suas vivências enquanto pessoa, quer nas vivências de outros com quem tem privado no seu contexto pessoal e profissional. Consciente de que a génese do conhecimento da disciplina deverá emergir da evidência disponível^{1,53-55}, a pertinência do conforto na enfermagem é documentada na literatura como um fenómeno intrínseco à profissão^{28,30}, nomeadamente pela importância que assume na complexidade das vivências das pessoas nos seus processos de vida e de saúde-doença. Apesar de ser reconhecida pelos investigadores, a compreensão do fenómeno e respetiva aplicabilidade ao cuidado ainda apresenta limitações^{34-36,39,50,83,86,145,175}. Numa análise do fenómeno centrada no âmbito dos sistemas de linguagem padronizadas em enfermagem, confrontámos essa mesma limitação na qual a subjetividade e abrangência inerente ao conceito, dificulta o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado à pessoa^{59,60,62,63,76}. Considerado como foco (conforto; confortável)⁶⁹, como diagnóstico (Conforto Prejudicado; Disposição para conforto melhorado)⁷⁶, como resultado (Estado de conforto; Estado de conforto: Ambiente; Estado de conforto: Físico; Estado de conforto: Psicoespiritual; estado de conforto: Sociocultural⁷¹; confortável⁶⁹) ou como intervenção (Controlo do ambiente: conforto⁷⁰; confortar⁶⁹), verifica-se essencialmente duas realidades: ou o conceito conforto se apresenta redutor face ao estado da arte (ciência), incidindo apenas na sua vertente física^{68,69}; ou a abrangência do conceito é tão vasta, que todo o sistema se integra no próprio conceito^{70-72,76}. Atendendo às preocupações dos investigadores na compreensão clara do fenómeno no âmbito do cuidado^{40,42,43,45,46}, que se reflete naturalmente nos sistemas de organização de conhecimento da disciplina, acreditamos que a lacuna essencial se centra na definição do próprio conceito. Dada a pluralidade de significados atribuídos à palavra numa perspetiva etimológica (nome, adjetivo ou verbo)^{41,182}, pareceu-nos pertinente seleccionar aquele que permitisse a avaliação das respostas humanas, base do

raciocínio clínico do enfermeiro na sua área de intervenção disciplinar^{18,27}. Por outro lado, apenas sabendo o que é conforto poderemos confortar de forma intencional. Com o exposto, definimos como objetivo geral da presente investigação: Definir o conceito conforto enquanto estado.

Metodologicamente remetemos o percurso investigativo para análise conceptual. Seleccionamos o método de pesquisa partindo da revisão dos diferentes métodos utilizados na evidência conceptual disponível em enfermagem^{54,55,98,99,101-103}, sistematizando as principais críticas que a academia lhe confere^{1,53-55,101}. Adotamos o Principal-Based Concept Analysis¹ pelo seu rigor metodológico, considerado pelos investigadores como um método mais contemporâneo.

Desenhámos o nosso caminho em três fases metodológicas: revisão integrativa de literatura, mapa conceptual e análise de conteúdo, que embora sequenciais se dinamizaram entre si numa lógica de integração do conhecimento.

Por intermédio da revisão integrativa de literatura seleccionamos intencionalmente a amostra em estudo, constituída por 109 artigos disponíveis nas bases de dados seleccionadas. Face ao tamanho elevado da população, centralizamos o nosso processo de amostragem apenas no âmbito do cuidado em enfermagem, procurando o constructo do conforto pelas pessoas que o sentem. Esta opção metodológica poderá constituir uma limitação do estudo, dado que a literatura assume a necessidade de compreender o significado atribuído ao conceito em outras disciplinas¹. No entanto, o modelo adotado reforça a prudência em integrar estes significados no âmbito específico de uma determinada disciplina, essencialmente pela desvantagem que poderá representar na clarificação da linguagem comum e seu uso científico¹. De qualquer forma, pensamos que a presente limitação poderá ser um incentivo para investigações futuras que possam dar continuidade à compreensão do fenómeno de conforto enquanto estado.

Ainda no âmbito do processo de amostragem, embora o protocolo de pesquisa tenha sido revisto por dois investigadores com experiência em processos sistemáticos de revisão de literatura, a seleção da amostra apenas foi realizada pelo investigador principal. Procuramos explicitar o processo de forma objetiva, sistematizando os principais motivos de exclusão dos artigos iniciais; no entanto, estamos conscientes de que a implicação de mais colaboradores nesta fase conferiria maior consistência à amostra seleccionada^{137,234}. Apresentamos como vantagem a especificidade que conferimos aos diferentes procedimentos metodológicos, possibilitando a replicação em estudos futuros no sentido de clarificar o contributo que diferentes amostras poderão assumir na análise conceptual do conforto em enfermagem.

No que diz respeito ao nível de evidência e aos participantes nas referências selecionadas, a complexidade da análise dos resultados emergiu, quando assumimos qualquer interveniente no cuidado como participante, bem como a opção de uma revisão integrativa de literatura. Se ao mesmo tempo consideramos que uma revisão centrada apenas na evidência que nos permitisse compreender o significado de conforto diretamente de quem o sente (estudos primários com pessoa e/ou família cuidada) seria benéfico na resposta objetiva às nossas questões de investigação, também foi verdade que a análise de toda a evidência disponível permitiria uma compreensão do fenómeno em maior profundidade, integrando não só as diferentes perspetivas num significado único, mas também a identificação das lacunas inerentes à dificuldade atual em conceptualizar o conforto²³⁵.

Na segunda fase do estudo construímos um mapa conceptual passível de operacionalizar os objetivos específicos definidos. Desta forma, acreditamos que esta opção metodológica potenciou a apresentação dos resultados finais, articulando todas as variáveis num todo, passível de verificar a efetividade e coerência das suas relações. Procurámos enunciar alguns princípios norteadores do processo cognitivo na seleção das diferentes unidades de significado nos campos em análise, constituindo este um princípio importante na análise e interpretação objetiva face à complexidade dos dados, dados estes explanados na terceira fase do estudo: a análise de conteúdo.

A evidência da conceptualização do conforto na atualidade confere limitações importantes dificultando a sua aplicabilidade no cuidado de enfermagem^{34-36,39,50,83,86,145,175}, realidade que necessariamente nos remeteu para a fenomenologia. A interpretação de um determinado fenómeno à luz da visão de um só investigador, constitui uma das principais críticas ao método qualitativo^{100,113}. Conscientes dessa limitação, procuramos a confiabilidade e transparência do método em dois momentos considerados essenciais: a validação do raciocínio do investigador principal no significado das unidades de significado atribuídas a cada campo de análise do mapa conceptual, exercício esse proposto a três peritos em investigação qualitativa; e a validação da pertinência e utilidade dos resultados no cuidado, parecer dado por três peritos em conforto. Possibilitando a melhor compreensão do fenómeno pela sua conceptualização, consideramos que a opção metodológica foi importante, uma vez que pela definição clara da sensação de conforto abrimos caminhos à produção de novo conhecimento, nomeadamente por estudos de maior nível de evidência.

Na apresentação dos resultados optámos por referenciar todas as unidades de significado extraídas da revisão integrativa da literatura, passíveis de conferir significado ao processo de

categorização. Em capítulo de resultados, a replicação de unidades de significado semanticamente idênticas, poderá representar uma limitação, nomeadamente na fluência da leitura, interpretação e apreciação dos resultados emergentes. Conscientes destas fragilidades, priorizamos como premissa o rigor metodológico na importância da cultura no significado de cada palavra, assim como na análise hermenêutica de todas as fontes de informação, validando a lógica integradora subjacente^{112,235,236}. Em outro ponto de análise, aspiramos a transparência na crítica à presente tese, permitindo a cada autor da amostra em estudo validar o significado que atribuiu ao conforto, com o conferido pela nossa análise conceptual. Desta forma, procuramos a generalização das características dos resultados, criando uma interpretação do fenómeno fiel a cada estudo da amostra, em particular^{235,236}.

Concorrendo para a identidade do seu constructo, discutimos a relação do conceito central com outros emergentes da amostra em estudo, apresentando linhas de raciocínio coerentes com a evidência disponível dessas entidades conceptuais (Esperança; Qualidade de Vida; Bem-Estar; Holismo; Saúde; e Cuidado).

Analisado o percurso metodológico em forma de síntese final, importa agora apresentar as respostas às questões de investigação iniciais, ou seja, à prossecução dos objetivos delineados. Decorrente da análise hermenêutica dos dados, extraímos as seguintes conclusões:

- O conforto é uma sensação decorrente de qualquer experiência que a pessoa possa viver, produto de qualquer interação física, psicoespiritual, sociocultural ou ambiental (antecedentes). Caracteriza-se por um conjunto de atributos que, em presença, conferem significado à sensação de conforto: Segurança; Controlo; Realização do Eu; Pertença; Paz e Plenitude; Relaxamento; e Normalidade de Vida. A sensação de conforto fortalece as pessoas, aumenta a sua capacidade de lidar com as adversidades da vida (Resiliência/Coping), proporciona uma morte serena e aumenta resultados institucionais de qualquer entidade de saúde (consequentes).
- A Esperança, a Qualidade de Vida e o Bem-Estar parecem influenciar o estado de conforto de forma positiva;
- O conforto está integrado em conceitos de maior dimensão como o Holismo e a Saúde;
- O Cuidado (intervenção do enfermeiro) é frequentemente confundido com o estado de conforto, apresentando valor semântico diferente dado que estuda o fenómeno enquanto processo;

- Apesar da diversidade de instrumentos de medida disponíveis na amostra em estudo, não identificamos nenhum referencial empírico que permita medir o conforto das pessoas de forma objetiva apenas com a evidência dos seus testemunhos (atributos).

Numa perspetiva de continuidade da tese que se propõe à academia, terminamos o presente relatório com os principais contributos e propostas de investigação futura, explanados em capítulo seguinte.

PRINCIPAIS CONTRIBUTOS E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA

Sistematizada a resposta que a presente tese poderá dar ao conhecimento da disciplina de enfermagem, acerca da compreensão do fenómeno conforto, pretendemos com este capítulo analisar os principais contributos sob uma perspectiva mais global e abrangente. Assim, centrámos o nosso raciocínio em três pilares essenciais: o contributo para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado; o contributo para a disciplina de enfermagem; e, essencialmente, o contributo para as pessoas com quem cuidamos. Sistematizamos de seguida cada um em maior pormenor.

No que diz respeito ao contributo para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado, e constituindo o conforto um conceito inerente à condição humana, a sua apropriação no processo de pensamento do enfermeiro remete-o para um significado próprio, com o qual se aspira que se identifique. A consciencialização de algo complexo, especificado ao pormenor pela diferenciação dos seus antecedentes, atributos e consequentes poderá reforçar em cada profissional a pertinência do fenómeno junto da pessoa com quem cuida que, embora referido na literatura^{35,45,57,83}, ainda apresenta limitações na aplicabilidade ao contexto específico do cuidado^{34-36,39,50,83,86,145,175}. Apreendendo em maior profundidade o fenómeno, a flexibilidade do raciocínio no enfermeiro fomenta a avaliação de respostas humanas no sentido de compreender ou mensurar a complexidade das vivências das pessoas nos seus processos de vida e de saúde-doença, ou seja, o raciocínio clínico com base na sua própria área de intervenção disciplinar. Acredita-se também que o raciocínio clínico no cuidado poderá ser estratificado para a classe profissional, nomeadamente na uniformização de significados inerentes aos conceitos utilizados. Por fim, admite-se que os resultados da tese que se defende poderão constituir um contributo para a transformação do paradigma subjacente ao cuidado, como seja a transição da cura para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas.

No contributo para a disciplina de enfermagem, defende-se que o uso da linguagem requer a precisão dos conceitos utilizados⁶⁰. A clarificação dos conceitos utilizados no cuidado acresce competência na sua identificação, nomeadamente no reconhecimento dos elementos que o caracterizam, das condições em que ocorrem, nas suas consequências e da forma como deverão ser mensurados. Por mais esforços que se conjuguem na organização do conhecimento de qualquer disciplina, pouco adianta se não houver um constructo coeso dos significados

atribuídos ao conceito que se pretende organizar⁶⁰. Nesta linha de raciocínio, a integração de conceitos coesos pressupõe a sua legitimidade do ponto de vista científico, ou seja, produtos da evidência. Entendemos que o conceito conforto que se defende cumpre tais requisitos, dado que: foi devidamente identificado no estado da arte (ciência) como um fenómeno de interesse para a disciplina e para as pessoas que necessitam de cuidados de saúde; foi analisado, clarificado e desenvolvido à luz de métodos de investigação próprios; assim como esperamos que possa representar de forma válida uma unidade de conhecimento da disciplina⁶⁰ de Enfermagem. Do ponto de vista metodológico, consideramos que a presente investigação poderá consciencializar a academia no rigor científico dos métodos utilizados na definição de fenómenos que representam o *core* de conhecimentos da disciplina, nomeadamente pela adoção de métodos de análise conceptual mais contemporâneos¹.

Por fim, provavelmente o mais importante, emerge na nossa análise o contributo do presente estudo para as pessoas com quem cuidamos. A definição clara do conceito de conforto, a apropriação pelo enfermeiro do que é sentir conforto, a avaliação do estado de conforto no seu cuidado, contribui em primeira instância para a segurança das pessoas. Compreender e identificar corretamente um determinado fenómeno reduz a margem de erro na sua avaliação, diminui a interpretação dúbia e indevida das informações conducentes ao processo de raciocínio clínico, e conduz inevitavelmente à seleção e avaliação do cuidado apropriado às suas reais necessidades. Por mais diferenciado que seja o cuidado, ou por mais complexa que seja a intervenção, pouca utilidade têm se o seu impacto em valores universais como a dignidade humana não se mensurar de igual forma. A tese que se defende permite a compreensão e mensuração de um fenómeno de carácter holístico, o que aproxima inevitavelmente o cuidado à condição humana.

Independentemente da pertinência que qualquer contributo possa assumir no nosso processo de pensamento, a sua efetivação não se esgota na tese que se apresenta, constituindo apenas o princípio de um longo caminho que envolverá necessariamente a sua continuação em projetos de investigação futuros. Acreditando que a clareza dos conceitos constitui a base de compreensão de qualquer fenómeno, determinante para a definição do *core* de conhecimentos de qualquer disciplina^{1,53-55}, desenhamos o início desse percurso em linhas de investigação. Perspetivamos então três linhas de investigação principais, que poderão decorrer em simultâneo e/ou sequencialmente, consoante a necessidade da evidência produzida para o desenvolvimento de outros estudos com desenhos mais controlados. Explanamos de seguida as propostas que apresentamos aos investigadores com interesse no fenómeno da sensação de conforto.

Análise do conceito conforto enquanto sensação.

Com cariz qualitativo, a presente linha de investigação pretende replicar o método utilizado em outras áreas em que o conforto é utilizado. Dando continuidade aos princípios metodológicos do Principal-Based Concept Analysis¹, interessa-nos perceber e analisar os significados atribuídos ao conforto em outros contextos, indispensáveis para validar a sua pertinência e/ou contributo no âmbito do conceito emergente da evidência no cuidado em enfermagem. Esta perspetiva poderá, em nosso parecer, reforçar a importância de alguns atributos no sentido de mensurar aqueles que verdadeiramente retratam a essência do conceito. No decorrer da nossa investigação identificamos seis contextos em que o conceito também é utilizado, nomeadamente:

- Na educação: essencialmente em estudantes de enfermagem decorrente das suas experiências clínicas de aprendizagem;
- Na gestão: análise de culturas organizacionais; processos de liderança; satisfação no emprego; conforto térmico em ambientes laborais;
- Na psicologia: zona de conforto (*Comfort zone*);
- Na arquitetura e engenharia: construção, urbanismo e eficiência energética com desenvolvimento sustentável;
- Na ergonomia: desenvolvimento de objetos, sistemas e tecnologia em diversas atividades humanas como o trabalho, o lazer ou o desporto;
- Na saúde: indicador de avaliação em pessoas submetidas a determinados procedimentos invasivos (ex: colonoscopias, sedação, etc...).

Ainda no âmbito da compreensão do fenómeno para as pessoas que o sentem, consideramos pertinente a diversificação desta linha de investigação em evidência mais centrada na sensação de conforto como objeto de estudo, ao invés da experiência que, inevitavelmente, complexifica a sua mensuração. A subjetividade do teor das nossas questões de investigação remete-nos para respostas ambíguas, dado que poderá integrar necessidades de conforto (centralidade em aspetos de cariz negativo), cuidados confortadores (conforto enquanto processo) ou mensuração do seu significado por testemunhos secundários (opinião dos profissionais).

Desenvolvimento do conceito conforto enquanto sensação.

A presente linha de investigação incidirá essencialmente em estudos de cariz metodológico. Integrando os resultados da análise conceptual que se apresenta à academia, projeta-se a construção e validação de um instrumento de medida, com a respetiva avaliação das suas qualidades psicométricas. Considerando que sentir conforto é inerente à condição humana,

independentemente do contexto ou vulnerabilidade de quem sente, perspectiva-se a heterogeneidade de diferentes populações, em diversos contextos inerentes à definição universal de saúde¹¹. No processo de validação ambiciona-se a objetividade da avaliação dos atributos, separando-os intencionalmente da validação de antecedentes e fatores influenciadores. A avaliação das situações promotoras de conforto, assim como das entidades conceptuais que o poderão influenciar, remete-nos metodologicamente para a aplicação prévia de questionários e referenciais empíricos específicos, como forma de mensurar as relações entre as diferentes variáveis.

Avaliação do conforto enquanto sensação.

Na presente linha de investigação aspira-se o desenvolvimento de estudos com maior nível de evidência, onde poder-se-ão destacar os desenhos experimentais para avaliação da efetividade do cuidado de enfermagem (intervenções). Por fim, é nosso desejo que a mensuração do fenómeno junto das pessoas com quem cuidamos constitua um indicador de resultado coeso da qualidade do cuidado, promotor do reconhecimento social da profissão e da vinculação da disciplina na academia.

Valorizamos ainda, que a dimensão da investigação futura sugerida pressuponha necessariamente o desenvolvimento das linhas de investigação integradas em grupos de investigação organizados, passíveis de implementar parcerias com outras unidades de investigação. Neste sentido, aspira-se a integração deste projeto no grupo de investigação - Conforto: necessidades, intervenções e resultados da Universidade Católica Portuguesa - ao qual a investigadora principal já pertence.

Terminamos assim apenas com uma marca - a do princípio da caminhada. Enaltecemos a gratificação do desafio escondido em cada página escrita, valorizamos a importância das nossas vivências e projetos de vida na integração deste percurso, assim como humildemente desejamos “contagiar” o interesse dos leitores para a importância e simplicidade de sentir conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penrod J, Hupcey JE. Enhancing methodological clarity: Principle-based concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005;50(4):403–9.
2. CNECV. Documento De Trabalho 26/CNECV/99 Reflexão ética sobre a dignidade humana. Cons Nac Ética para as Ciências da Vida [Internet]. 1999;30. Available from: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf
3. Romero de San Pío E, Romero de San Pío MJ, González Sánchez S. Pertinencia actual del estudio conceptual de la Dignidad Humana. *Rev CONAMED*. 2017;22:34–9.
4. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. *Univers Declar Hum Rights* [Internet]. 1948;1–72. Available from: http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf
5. Harstäde CW, Blomberg K, Benzein E, Östlund U. Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(1):8–23.
6. Zahran Z, Tauber M, Watson HH, Coghlan P, White S, Procter S, et al. Systematic review: What interventions improve dignity for older patients in hospital? *J Clin Nurs*. 2016;25(3–4):311–21.
7. Milton CL. The ethics of human dignity: A nursing theoretical perspective. *Nurs Sci Q*. 2008;21(3):207–10.
8. Borhani F, Abbaszadeh A, Moosavi S. Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of Tehran. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2014;7:1–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84922032925&partnerID=40&md5=b4b3a904e99132c550689d98de505591>
9. Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, Mokhtari-Nouri J. Nurses' human dignity in education and practice: An integrated literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2016;21(1):1. Available from: <http://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2016/21/1/1/174750>
10. Kaneji S, Tadeu Lessa da C, Gláucia Alexandre F, Simone de Aguiar da S. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):617–9.

11. World Health Organization. Constitution of The World Health Organization. Basic Doc Forthty-fifth Ed [Internet]. 2006;(January 1984):1–18. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
12. Hall S, Goddard C, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. “It makes you feel that somebody is out there caring”: A qualitative study of intervention and control participants’ perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2013;45(4):712–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.009>
13. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S, et al. The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *J Clin Nurs*. 2018;27(1–2):223–34.
14. Johnston B, Flemming K, Narayanasamy MJ, Coole C, Hardy B. Patient reported outcome measures for measuring dignity in palliative and end of life care: A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–16.
15. H.M. C, W. J, S.E. M, T.F. H, B. D, M. E, et al. Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations. *PLoS One* [Internet]. 2016;11(1):e0147607. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medc&NEWS=N&AN=26808530%0Ahttp://www.plosone.org/%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexb&NEWS=N&AN=614082497>
16. Mehdipour-Rabori R, Abbaszadeh A, Borhani F. Human dignity of patients with cardiovascular disease admitted to hospitals of Kerman, Iran, in 2015. *J Med Ethics Hist Med*. 2016;9:1–7.
17. Vehling S, Mehnert A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psychooncology* [Internet]. 2014;23:283–90. Available from: <http://offcampus.lib.washington.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009342097&site=ehost-live>
18. Vieira M. *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. 2nd ed. Universidade Católica Editora Unipessoal LDA, editor. Lisboa; 2008. 158 p.
19. Santos AMACF, Moreira MHE. *Percepções dos familiares/cuidadores informais de utentes hospitalizados no Serviço de Medicina 1 A com diagnóstico de AVC acerca das ajudas/apoio/ensinos*. Instituto Politécnico de Viseu; 2011.
20. Reis RD, Pereira EC, Pereira MIM, Soane AMNC, da Silva JV. *Significados, para os*

- familiares, de conviver com um idoso com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC). *Interface Commun Heal Educ.* 2017;21(62):641–50.
21. Silva CS, Carneiro M. Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Rev Enferm Ref.* 2014;IV(3):17–26.
 22. Moro MR. Os ingredientes da parentalidade. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2005;8(2):1–13.
 23. Sousa MR, Peixoto MJ, Martins T. Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem : influência na adesão ao regime terapêutico. Referência [Internet]. 2008;II:59–67. Available from:
http://www.google.pt/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBcQFjAA&url=http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=248&codigo=&ei=qvZF TaTUN8qWhQeoqqG9AQ&usg=AFQjCNEO_yeAglLtmHNnSFMieVy_pJ9eqg&sig2=jE6Uqi xynnR6Szme6mc3Dw
 24. Pinto APP, José H. Hypertension and adherence to the therapeutic regimen in primary health care. *J Nurs* [Internet]. 2012;6(7). Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3057>
 25. While A. Towards understanding of non-compliance. *Br J Community Nurs.* 2005;10(August):396–396.
 26. Serna MC, Real J, Cruz I, Galván L, Martin E. Monitoring patients on chronic treatment with antidepressants between 2003 and 2011: Analysis of factors associated with compliance. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):1–8. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2493-8>
 27. Silva AP. Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir.* 2007;55(1/2):11–20.
 28. Mussi FC. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(1):72–81.
 29. Morse JM. Comfort: The Refocusing of Nursing Care. *Clin Nurs Res.* 1992;1(1):91–106.
 30. Apóstolo LJA. Comfort in nursing theories. Concept analysis and theoretical meaning. Referência. 2009;(9):61–7.
 31. Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice.* Chasek R, Hurking-Torres J, editors. New York: Springer Publishing Company; 2003. 264 p.
 32. Bécherraz M. Experiences et significations du Reconfort pour la personne operée et pour l'infirmière qui en prend soin. *Rech Soins Infirm.* 2002;(69):80–121.

33. Wensley C, Botti M, Mckillop A. Patient comfort after cardiac surgery: Developing a culturally responsive quality improvement framework. In: International Forum on Quality and Safety in Healthcare. 2015. p. 0–1.
34. Cantrell MA, Matula C. The Meaning of Comfort for Pediatric Patients With Cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2009;36(6):E303–9. Available from: <http://onf.ons.org/onf/36/6/meaning-comfort-pediatric-patients-cancer>
35. Mussi FC, Koizumi MS, Angelo M, Lima MS. Undergoing Loss of Spontaneous Action: the Discomfort Experienced By Men Having Suffered Acute Myocardial Infarction. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2002;36(2):115–24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a02.pdf>
36. Freitas KS, Menezes I gomes, Mussi FC. Comfort From the Perspective of Families of People Hospitalized in the Intensive Care Unit. *Text Context Nurs J* [Internet]. 2012;24(4):896–904. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_21.pdf
37. Rosa LM da, Mercês NNA das, Santos viviane EP, Radunz V. The Comfort's faces: from nurses and cancer patients points of view. *UERJ Nurs J* [Internet]. 2008;16(3):410–4. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a19.pdf>
38. Frello AT, Carraro TE. Comfort to women in labour from their perspective. *UERJ Nurs J* [Internet]. 2010;18(3):441–5. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a18.pdf>
39. Walker AC. Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. *Int J Nurs Pract*. 2002;(8):42–8.
40. Mussi FC, Friedlander MR, Neves-Arruda E. Os Significados Da Palavra Conforto Segundo a Perspectiva Do Paciente Com Infarto Agudo Do Miocárdio*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1996;4(3):19–39.
41. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. A Systematic Literature Review Toward the Characterization of Comfort. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2016;30(1):14–24. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004650-201601000-00004>
42. Tutton E, Seers K. An Exploration of the Concept of Comfort. *J Clin Nurs*. 2003;(12):689–96.
43. Pearson EJM. Comfort and its measurement A literature review. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2009;4(5):301–10.
44. Mussi FC. Conforto: revisão de literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(2):254–66.

45. Malinowski A, Stamler LL. Comfort: Exploration of the concept in nursing. *J Adv Nurs*. 2002;39(6):599–606.
46. Siefert M Lou. Concept Analysis of Comfort. *Nurs Forum*. 2002;37(4):16–23.
47. Ribeiro P. A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Crónico Em Contexto Hospitalar. Universidade Católica Portuguesa; 2012.
48. Wurzbach ME. Comfort and nurses' moral choices. *J Adv Nurs* [Internet]. 1996;24(2):260–4. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=8858428>
49. Maria S, Xavier M, Manuela M, Pereira N, Manuel E, Canais D, et al. Comfort in patients with no chance of cure - What does it mean ? *J Nurs UFPE line*. 2013;7(6):4479–87.
50. Morse J, Bottorff J, Hutchinson S. The Paradox of Comfort. *Nurs Res*. 1995;44(1):14–9.
51. Silva CRL. Conceito de Conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
52. Bécherraz M. Significations des expérience de réconfort en Santé Mentale (première partie). *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2005;(80):39–48. Available from: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-1-page-39.htm>
53. Risjord M. Rethinking concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(3):684–91.
54. Duncan C, Cloutier JD, Bailey PM. Concept analysis: The importance of differentiating the ontological focus. *J Adv Nurs*. 2007;58(3):293–300.
55. Hupcey JE, Penrod J. Concept Analysis: Examining the State of the Science. *Res Theory Nurs Pract An Int J* [Internet]. 2005;19(2):197–208. Available from: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=0889-7182&volume=19&issue=2&spage=197>
56. Nightingale F. Notas sobre Enfermagem de Florence Nightingale. Loures: Lusodidata; 2006. 204 p.
57. Ribeiro PCPSV, Costa MAM. The comfort of the hospitalized older long-term patient: contributions to a systematic review of literature. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2012;III(7):149–58. Available from: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a16.pdf>
58. Herdman H, Kamitsuru S. *Nursing Diagnosis - Difinitions and classification 2015-2017*. Tenth Edit. Herdman H, Kamitsuru S, editors. Oxford: Wiley Blackwell; 2014. 483 p.
59. Carvalho EC de, Oliveira-Kumakura AR de S, Morais SCR. Raciocínio clínico em enfermagem : estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Rev Bras Enferm*.

- 2017;70(3):690–6.
60. Carvalho EC de, Cruz D de ALM da, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento , raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. 2013;66(esp):134–41.
 61. Davim RMB, Araújo MGP de, Galvão MCB, Mota GM. Review literature about nursing diagnosis. *Rev Enferm UFPE* line [Internet]. 2010;4(esp):1023–30. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/883/pdf_83
 62. Carvalho EC de, Mello A de S, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRM da S. Nursing Diagnosis validation: reflection on difficulties faced by researchers. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2008;10(1):235–40. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a22.pdf>
 63. Caldeira SMA, Chaves E de C, Carvalho EC de, Vieira MM da S. Validation of Nursing Diagnoses - the Differential Diagnostic Validation Model As a Strategy. *J Nurs UFPE* line [Internet]. 2012;6(6):1441–5. Available from: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=The+fehring+model
 64. Lucena ADF, Barros ALBL de. Mapeamento cruzado : uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005;18(1):82–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a11v18n1>
 65. Pinto SMO, Caldeira Berenguer SMA, Martins JCA. Is Impaired Comfort a Nursing Diagnosis? *Int J Nurs Knowl*. 2016;27(4):205–9.
 66. Krogh G von. An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008;19(2):65–75.
 67. Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM E SUA APLICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA: revisão integrativa de literatura. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2011;32(1):167–75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a22v32n1.pdf>
 68. OMS OM de S, DGS D-G da S. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Classificação Int funcionalidade, incapacidade e saude* [Internet]. 2004;238. Available from: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf
 69. Ordem dos Enfermeiros. CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [Internet]. Ordem dos Enfermeiros, editor. Lusodidata; 2016. 280 p. Available from: <https://drive.google.com/file/d/0BxyOIQQjoAj3NDd6YWNsTjdkbWc/view>

70. Bulechek G, Butcher HK, Dochterman J, Wagner C. NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.
71. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.
72. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Ligações NANDA-NOC-NIC. 3rd ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier; 2013.
73. Barros ALBL de. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009;22(Especial 70 anos):864–7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>
74. Wilby ML. Cancer patients' descriptions of comforting and discomforting nursing actions. Int J Hum Caring [Internet]. 2005;9(4):59–63. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106379472&site=ehost-live>
75. Creason NS. Clinical validation of nursing diagnoses. Int J Nurs Terminol Classif Off J NANDA Int. 2004;15(4):123–32.
76. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017. 10 ed. São Paulo: ARTMED; 2015. 468 p.
77. Ham-Ying S. Analysis of the concept of holism within the context of nursing. Br J Nurs. 1993;2(15):771–5.
78. Morse JM, Bottorff JL, Hutchinson S. The Phenomenology of comfort. J Adv Nurs. 1994;(20):189–95.
79. Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE. Holistic Nursing: a Handbook for practice. 4th ed. Aspen: Jones and Bartlett Publishers, Inc.; 2005. 930 p.
80. Tjale A, Bruce J. A concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing. Curationis. 2007;30(4):45–52.
81. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. J Perianesthesia Nurs. 2004;19(3):164–73.
82. Herdman TH. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2012-2014. São Paulo: Artmed; 2013. 606 p.
83. Tutton E, Seers K. Comfort on a ward for older people. J Adv Nurs. 2004;46(4):380–9.
84. Glaude LF. Development and Psychometric testing of an instrument to measure self-comfort with sexual identity in gay, lesbian, or bisexual persons. University of Akron; 2008.
85. Bécherraz M. Significations des expérience de réconfort en Santé Mentale.

- Comparação do reconforto vécu em cuidados gerais e em cuidados psiquiátricos (Segunda parte). 2005. p. 49–58.
86. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT, et al. Care and comfort during labour and delivery: Searching for women's opinions. *Text Context Nurs J* [Internet]. 2006;Esp(15):97–104. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11.pdf>
87. Borzou SR, Anosheh M, Mohammadi E, Kazemnejad A. Patients' perception of comfort facilitators during hemodialysis procedure: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2014;16(7):1–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4166106&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
88. Ribeiro PCPSV, Marques RMD, Ribeiro MP. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(4):865–72. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=124636997&site=ehost-live>
89. Oliveira CMGS de. O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões [Internet]. Vol. 0. Universidade de Lisboa; 2011. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/12423702.pdf>
90. Bland M. Betwixt and between: A critical ethnography of comfort in New Zealand residential aged care. *J Clin Nurs*. 2007;16(5):937–44.
91. Kolcaba K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Vol. 15, *Advances in Nursing Science*. 1992. p. 1–10.
92. Whitley GG. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nurs diagnosis ND Off J North Am Nurs Diagnosis Assoc*. 1999;10(1):5–14.
93. Kolcaba K, Steiner R. Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *J Holist Nurs*. 2000;18(1):46–62.
94. Ponte KM de A, Silva L de F da, Aragão AE de A, Guedes MVC, Zagonel IPS. Clinical nursing care to comfort women with acute myocardial infarction. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2014;23(1):56–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100056&lng=en&tlng=en
95. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nurs Forum*. 2016;51(2):79–96.
96. Caldeira S, Timmins F, Carvalho EC de, Vieira M. Clinical Validation of the Nursing

- Diagnosis Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(1):44–52.
97. Fernandes M das GM, Nóbrega MML da, Garcia TR, Macêdo-Costa KN de F. Conceptual analysis: methodological considerations. *REBEn Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011;64(6):1150–6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a24.pdf>
 98. Walker LO, Avant KC. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 5th ed. Essex: Pearson®; 2014. 242 p.
 99. Cronin P, Ryan F, Coughlan M. Concept analysis in healthcare research. *Int J Ther Rehabil*. 2010;17(2):62–9.
 100. Grove SK, Burns N, Gray J. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2013. 705 p.
 101. Baldwin MA. Concept analysis as a method of inquiry. *Nurse Res*. 2008;15(2):49–58.
 102. Rodgers BL, Knafk KA. *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. 458 p.
 103. Tofthagen R, Fagerstrøm LM. Rodgers' evolutionary concept analysis - a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(SUPPL. 1):21–31.
 104. Schwartz-Barcott D, Kim HS. An Expansion and Elaboration of the Hybrid Model of Concept Development. In: *Concept Development in Nursing - Foundations, Techniques, and Applications*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 129–59.
 105. Apóstolo JLA. O Imaginário Conduzido no Conforto de doentes em contexto psiquiátrico [Internet]. Universidade do Porto; 2007. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Joao_Apostolo/publication/37650723_O_imaginario_conduzido_no_conforto_de_doentes_em_contexto_psiquiatrico/links/0deec53241b03f2881000000/O-imaginario-conduzido-no-conforto-de-doentes-em-contexto-psiquiatrico.pdf
 106. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2008;17(4):758–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt
 107. Broome ME. Integrative Literature Reviews for the Development of Concepts. In: *Concept Development in Nursing - Foundations, Techniques, and Applications*. 2nd ed.

- Philadelphia: Saunders; 2000. p. 231–50.
108. Joanna Briggs Institute, University of Adelaide. New JBI Levels of evidence and Grades of Recommendation [Internet]. Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. 2013. Available from:
http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf
 109. Balduino ADFA, Gomes IM, Lacerda MR, Mantovani MDF. A utilização de mapas conceituais no estudo de um referencial metodológico: relato de experiência. *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet]. 2013;12(1):177–83. Available from:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16227>
 110. All AC, Huycke LI. Serial Conceptual Maps: Tools for Concept Analysis. *J Nurs Educ*. 2007;46(5):217–24.
 111. Tavares R. Construindo mapas conceituais. *Ciências e Cognição* [Internet]. 2007;Vol.12(21):72–85. Available from: <http://www.cienciasecognicao.org>
 112. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2004;57(5):611–4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=pt&tlng=pt
 113. Doody O, Noonan M. Nursing research ethics, guidance and application in practice. *Br J Nurs* [Internet]. 2016;25(14):803–7. Available from:
<http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.2016.25.14.803>
 114. Austin W. Ethical issues in qualitative nursing research. In: Beck CT, editor. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. Oxon: Routledge; 2013. p. 359–70.
 115. Nunes L. Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica [Internet]. Setúbal; 2013. Available from:
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid_eticas_na_investig_academica_em_enfermagem.pdf
 116. Leal A. *The development of an Instrument for the measurment of Psychological Comfort*. Texas Woman’s University; 1986.
 117. Vaz CF. *Dor aguda e conforto prejudicado em parrrurientes: uma revisão integrativa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
 118. Querido AIF. *A Promoção da Esperança em Fim de Vida: Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progresssiva*.

- universidade Católica Portuguesa; 2010.
119. Schuiling KD, Sampsel CM. Comfort in labour and midwifery art. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1999;31(1):77–81. Available from:
<http://ezproxy.lib.ryerson.ca/login?url=http://proquest.umi.com/pqdweb?did=39552506&sid=1&Fmt=6&clientId=10120&RQT=309&VName=PQD>
 120. Kolcaba K, Wilson L. Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *J Perianesthesia Nurs*. 2002;17(2):102–14.
 121. Millner P, Paskiewicz S, Kautz D. A Comfortable Place to Say Goodbye, Dimensions in Critical Care Nursing. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2009;28(1):13–7. Available from:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00003465-200901000-00005>
 122. Bottorff J. The Lived Experience of Being Comforted by a Nurse. *Phenomenol + Pedagog* [Internet]. 1991;9:237–52. Available from:
<https://journals.library.ualberta.ca/pandp/index.php/pandp/article/viewFile/15180/12001>
 123. Schoener CJ, Krysa LW. The comfort and discomfort of infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 1996;25(2):167–72. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8656308>
 124. Lin C-C. Comfort: A Value Forgotten in Nursing. *Cancer Nurs* [Internet]. 2010;33(6):409–10. Available from:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002820-201011000-00002>
 125. Mussi FC. Do we comfort? We deal with human beings without being aware of our humaneness. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(2):113–22.
 126. Kolcaba KY. The Art of Comfort Care. *J Nurs Scholarsh*. 1995;27(4):287–9.
 127. Kolcaba KY. A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1991;23(4):237–40. Available from:
<http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991 - Taxonomic Structure of Comfort Theory.pdf>
 128. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook*. 2001;49(2):86–92.
 129. Kolcaba KY. Comfort as a Process and a Product, Merged in Holistic Nursing Art. *J Holist Nurs*. 1995;13(2):117–31.
 130. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs*.

- 1991;16(11):1301–10.
131. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19(6):1178–84.
 132. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory: a unifying framework to enhance the practice environment. *J Nurs Adm [Internet]*. 2006;36(11):538–44. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106249658&site=ehost-live>
 133. Kolcaba K, DiMarco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs [Internet]*. 2005;31(3):187–94. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Katharine_Kolcaba/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing/links/551578720cf2d70ee27039a5/Comfort-Theory-and-its-application-to-pediatric-nursing.pdf
 134. Ponte K, Silva L. Implementation of the Care-Research Method Based on the Comfort Theory: Experience Report. *Ciencia, Cuid e Saude [Internet]*. 2014;13(2):388–93. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103892804&site=ehost-live>
 135. Aurilene Lima da S, Lúcia de Fátima da S, Souza IE de O, Moreira RVO. Female patient that suffers from heart disease with pressure ulcer: a phenomenological reflection on a clinical care model of comfort. *Anna Nery Sch J Nurs [Internet]*. 2013;17(1):168–72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/23.pdf>
 136. Koehn ML. Alternative and complementary therapies for labor and birth: an application of Kolcaba’s theory of holistic comfort. *Holist Nurs Pract*. 2000;15(1):66–77.
 137. Aromataris E, Munn Z. Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
 138. Wright AJ. Trauma Resuscitations and Patient Perceptions of Care and Comfort. *J Trauma Nurs [Internet]*. 2011;18(4):231–8. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00043860-201110000-00008>
 139. Wilson L. An Investigation of the Relationships of Perceived Nurse Caring, Social Support and Emotion-Focused Coping to Comfort in Hospitalized Medical Patients. The State University of New Jersey; 2002.
 140. Wagner D, Byrne M, Kolcaba K. Effects of Comfort Warming on Preoperative Patients. *AORN J*. 2006;84(3):427–48.
 141. Findik UY, Topeu SY, Vatansever O. Effects of Drains on Pain , Comfort and Anxiety in

- Patients Undergone Surgery. *Int J Caring Sci*. 2013;6(3):412–9.
142. Hawley G, Irurita V. Seeking comfort through prayer. *Int J Nurs Pract*. 1998;4(1):9–18.
 143. Williams AM, Irurita VF. Emotional comfort: The patient’s perspective of a therapeutic context. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(4):405–15.
 144. Williams AM, Irurita VF. Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Appl Nurs Res*. 2005;18(1):22–8.
 145. Cameron BL. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *J Adv Nurs*. 1993;18(3):424–36.
 146. Ponte KM de A, Silva L de F da, Aragão AE de A, Guedes MVC, Zagonel IPS. Contribution of nursing clinical care for psycho-spiritual comfort of women acute myocardial infarction. *ANNA NERY Sch J Nurs [Internet]*. 2012;16(4):666–73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/04.pdf>
 147. Sousa PP, Costa MA. O cuidado confortador ao idoso crônico hospitalizado. *Int J Dev Educ Psychol [Internet]*. 2012;3(1):347–55. Available from: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/4225/0214-9877_2012_1_3_347.pdf?sequence=1
 148. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA. Predications of Comfort from the perspective of clients and nurses. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2011;16(1):49–55. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21111/13937>
 149. Gibaut M de AM, Hori LMR, Freitas KS, Mussi FC. Comfort of the patient’s family in an intensive care unit related to welcoming. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2013;47(5):1117–24.
 150. Lourenço E da C, Neves EP. As Necessidades de Cuidado e Conforto dos Visitantes em UTI Oncológica: uma Proposta Fundamentada em Dados de Pesquisa. *Rev Bras Cancerol [Internet]*. 2008;54(3):213–20. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/artigo_1_pag_213a220.pdf
 151. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2009;8(3):378–84.
 152. Bottorff JL, Gogag M, Engelberg-Lotzkar M. Comforting: exploring the work of cancer nurses. *J Adv Nurs*. 1995;22(6):1077–84.
 153. Arruda EN, Larson P j., Meleis A i. Comfort- Immigrant Hispanic cancer patients’ views. *Cancer Nurs*. 1992;15(6):387–94.

154. Kolcaba K, Dowd T, Steiner R, Mitzel A. Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients [Internet]. 2004. p. 91–102. Available from: <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/2004 - Efficacy of hand massage in hospice.pdf>
155. Kim K-S, Kwon S-H. Comfort and Quality of Life of Cancer Patients. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2007;1(2):125–35. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1976131708600158>
156. Apóstolo JLA, Batista ACM, Macedo CMR, Pereira EMR. Suffering and comfort in patients who undergo chemotherapy. *Referência*. 2006;11(3):55–64.
157. Dantas FMS. A relação entre os factores sócio-demográficos e o nível de conforto da mulher com cancro da mama em tratamento com quimioterapia [Internet]. Universidade Católica Portuguesa; 2010. Available from: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8743>
158. Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2001;18(3):170–80.
159. Catlin A, Taylor-Ford RL. Investigation of standard care versus sham Reiki placebo versus actual Reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(3):E212–20.
160. Matos MJF de. O conforto da família em Cuidados Paliativos- Tradução e validação para a população portuguesa do Holistic Comfort Questionnaire (Family) [Internet]. Universidade Católica Portuguesa; 2012. Available from: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15537/1/Dissertação Final - M^o João.pdf>
161. Lamino D de A, Turrini RNT, Kolcaba K. Cancer Patients Caregivers Comfort. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2014;48(2):278–84.
162. Rezende VL, Derchain S, Botega NJ, Sarian LO, Vial DL, Morais SS. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. *Paidéia* [Internet]. 2010;20(46):229–37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/09.pdf>
163. Apóstolo JLA, Kolcaba K, Azeredo ZA, Antunes MTC, Mendes AC. Avaliação das Qualidades Psicométricas da Escala de Avaliação do Conforto em Doentes Psiquiátricos. *Psychologica*. 2007;(44):489–504.
164. Apóstolo J, Antunes M, Mendes A, Castro I. Conforto/desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica. *Rev Port Enferm Saúde Ment* [Internet]. 2012;7:33–8. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a06.pdf>

165. Alves-Apóstolo JL, Kolcaba K, Cruz-Mendes A, Calvário-Antunes MT. Development and psychometric evaluation of the Psychiatric In-patients Comfort Scale (PICS). *Enferm Clin.* 2007;17(1):17–23.
166. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatr Nursingursing* [Internet]. 1992;27(2):85–91. Available from: <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/2006 - Effect of hand massage on comfort on nursing home residents.pdf>
167. Heyman JC, Gutheil IA. Older Latino's Attitudes toward and Comfort with End-of-life Planning. *Health Soc Work.* 2010;35(1):17–26.
168. Carraro TE, Knobel R, Frello AT, Gregório VRP, Grüttner DI, Radünz V, et al. The health team's role in providing care and comfort during labor and childbirth: The puerperae's opinion. *Text Context Nurs J.* 2008;17(3):502–9.
169. Chuntharapat S, Petpichetchian W, Hatthakit U. Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complement Ther Clin Pract.* 2008;14(2):105–15.
170. Derya A, Pasinlioglu T. The Effect of Nursing Care Based on Comfort Theory on Women's Postpartum Comfort Levels After Cesarean Sections. *Int J Nurs Knowl.* 2017;28(3):138–44.
171. Krenzischek DA, Windle P, Mamaril M. A survey of current perianesthesia nursing practice for pain and comfort management. *J Perianesthesia Nurs.* 2004;19(3):138–49.
172. Roche-Fahy V, Dowling M. Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses working in an acute setting. *Int J Palliat Nurs.* 2009;15(3):134–41.
173. Parks MD, Morris DL, Kolcaba K, McDonald PE. An Evaluation of Patient Comfort During Acute Psychiatric Hospitalization. *Perspect Psychiatr Care.* 2017;53(1):29–37.
174. Kerrigan AC. A Comparison study on the effect of coaching as a nursing intervention on comfort levels and blood sugar levels in two groups of individuals with diabetes. Ball State University; 2011.
175. Yousefi H, Abedi HA, Yarmohammadian MH, Elliott D. Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: A hermeneutic phenomenology study. *J Adv Nurs.* 2009;65(9):1891–8.
176. Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Development of the Healing Touch Comfort Questionnaire. *Holist Nurs Pract.* 2006;20(3):122–129 8p.
177. Berube KM, Fothergill-Bourbonnais F, Thomas M, Moreau D. Parents' Experience of the

- Transition with their Child from a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) to the Hospital Ward: Searching for Comfort Across Transitions. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2014;29(5):586–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.06.001>
178. Rassin M, Dubches L, Libshitz A, Adar E, Duvish T. Levels of comfort and ease among patients suffering from urinary incontinence. *Int J Urol Nurs* [Internet]. 2007;1(2):64–70. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1749-771X.2007.00014.x>
 179. Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2000;14(2):91–103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12119974>
 180. Margarida R, Marques D, Dos Anjos Dixe M, Querido AI, Sousa PP. Revalidação do Holistic Comfort Questionnaire – Family para cuidadores de pessoas com doença crónica avançada. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2016;(11):91–100. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a10.pdf>
 181. Cabral R, Caeiro F da G, Freitas M da C, Morujão AF, Oliveira J do PB e, Paim A. Logos: *Eiclopédia luso-brasileira de Filosofia*. In: *Eiclopédia luso-brasileira de Filosofia*. Editorial Verbo; 1989. p. 5 Vol.
 182. Academia das Ciências de Lisboa. *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Verbo, editor. Lisboa; 2001. 3014 p.
 183. Porto Editora. *Dicionário da Língua Portuguesa 2006*. Porto Editora, editor. Porto; 2017. 1744 p.
 184. Souza M. A Relação entre Sensação e Percepção na Teoria do Conhecimento Empírico de Thomas Reid – Uma Análise do Realismo Direto em Epistemologia [Internet]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009. Available from: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3416/1/000414799-Texto%2BCompleto-0.pdf>
 185. Schiffman HR. *Sensação e Percepção*. Edição Bra. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, SA; 2005. 436 p.
 186. Freitas KS, Mussi FC, Menezes IG. Discomfort experienced at the daily life of relatives of people admitted at UCI. *ANNA NERY Sch J Nurs*. 2012;16(4):704–11.
 187. Lopes FMBA. *O Ambiente Hospitalar nos Cuidados de Enfermagem* [Internet]. Universidade Católica Portuguesa; 2015. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20107/1/Tese de Doutoramento em Enfermagem - Françoise Lopes.pdf>
 188. AmatuZZi MM. *Experiência: um termo chave para a Psicologia*. Memorandum

- [Internet]. 2007;13:08-15. Available from:
<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/01Amatuzzi.pdf>
189. Bright FAS, Kayes NM, McCann CM, McPherson KM. Understanding Hope After Stroke: A Systematic Review of the Literature Using Concept Analysis. *Top Stroke Rehabil* [Internet]. 2011;18(5):490–508. Available from:
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1310/tsr1805-490>
 190. Jahantigh M, Rezaee N, Rezaei N. Hope of patient recovery in the ICU from the viewpoint of Iranian nurses: concept analysis. *GlobJ Heal Sci*. 2014;6(1916–9736 (Print)):36874.
 191. Meriam F, Lorraine S, Martha V. Hope in elderly adults with chronic heart failure . Concept analysis. *Invest Educ Enferm*. 2012;30:406–11.
 192. Herth K a, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 6: research/education/policy/practice. *Br J Nurs* [Internet]. 2002;11(21):1404–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12514475>
 193. Tanis SJ, DiNapoli PP. Paradox of hope in patients receiving palliative care: a concept analysis. *Int J Hum Caring*. 2008;12(1):50–5.
 194. Johnson S. Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2007;13(9):451–9. Available from:
<http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2007.13.9.27418>
 195. Sachse D. Hope: more than a refuge in a storm. A concept analysis using the Wilson method and the Norris method. *Int J Psychiatr Nurs Res* [Internet]. 2007;13(1):1546–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17927022>
 196. Sánchez-Pedraza R, Ballesteros MP, Anzola JD. The concept of quality of life in women suffering from cancer. *Rev salud pública* [Internet]. 2010;12(6):889–902. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84861523211&partnerID=tZOtx3y1%5Cnhttp://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84861523211&partnerID=40&md5=7902a0c1647c83d360c30c374da7882f>
 197. Taylor RM, Gibson F, Franck LS. A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness. *J Clin Nurs*. 2008;17(14):1823–33.
 198. Salas Z. C, Garzón D. MO. The concept of quality of life and measurement. *concept Qual life Meas* [Internet]. 2013;4(1):36–46. Available from:
<http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/ae85ec5dc7818ff0d69a94827a0bd1ab.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KKNV2KKY2NUQ&Expires=1473636674&Signature=8jBdLt6pnNIQyXDCCjwCLY1k8H4=>

199. Razo-González AM, Díaz-Castillo R, Morales-Rossell R, Cerda-Barceló R. Meta-analysis of the concept of life quality in Latin America. A new proposal: life meaning. *Rev CONAMED*. 2014;19(19(4)):149–57.
200. Dignani L, Toccaceli A, Guarinoni MG, Petrucci C, Lancia L. Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2014;50(1744–6198 (Electronic)):201–13.
201. Boudreau JE, Dubé A. Quality of life in end stage renal disease: a concept analysis. *CANNT J [Internet]*. 2014;24(1):12–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24783768>
202. Berglund A-L, Claesson D, Kröldrups R. Quality of life: young people's interpretation of the concept. *Nord J Nurs Res Clin Stud / Vård i Nord [Internet]*. 2006;26(3):4–8 5p. Available from: <http://ahs.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=110136231&site=ehost-live>
203. Dugger BR. Concept Analysis of Health-Related Quality of Life in Nursing Residents with Urinary Incontinence. *Urol Nurs*. 2010;30(2):112–9.
204. Boggatz T. Quality of life in old age - a concept analysis. *Int J Older People Nurs*. 2016;11(1):55–69.
205. English/Oxford Dictionaries. Virtual Reality in the English/ Oxford Dictionaries [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 26]. Available from: https://en.oxforddictionaries.com/definition/virtual_reality
206. Galinha IC, Pais-Ribeiro JL. História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicol Saúde Doenças [Internet]*. 2005;6(2):203–14. Available from: <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/1896>
207. WHO - Expert group. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe [Internet]. 2012. p. 25–6. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/167402/e96764.pdf
208. Cummins R a. Normative Life Satisfaction : Measurement Issues and a Homeostatic Model. *Soc Indic Res*. 2014;64(2):225–56.
209. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Development of a Subjective Well-Being Scale. *Psicol Teor e Pesqui*. 2004;20(2):153–64.
210. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. 2000;55(1):34–43.
211. Siqueira MMM, Padovan VAR. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo , Bem-Estar

- Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicol Teor e Pesqui*. 2008;24(2):201–9.
212. Simões A, Ferreira JA, Lima MP, Pinheiro M do R, Vieira CMC, Matos APM, et al. O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicol Educ e Cult*. 2000;IV(2):243–79.
213. Allan C, Carrick-Sen D, Martin CR. What is perinatal well-being? A concept analysis and review of the literature. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2013;31(4):381–98. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84887027786&partnerID=40&md5=fc69aa7172d7971109dc7e28de2b4cfe>
214. Chen FF, Jing Y, Hayes A, Lee JM. Two Concepts or Two Approaches? A Bifactor Analysis of Psychological and Subjective Well-Being. *J Happiness Stud*. 2013;14(3):1033–68.
215. Veenhoven R. Is life getting better? How long and happy people live in modern society. *Eur Psychol*. 2005;10:330–43.
216. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull* [Internet]. 1999;125(2):276–302. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.125.2.276>
217. Guedea MTD, Albuquerque FJB De, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjectivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2006;19(2):301–8.
218. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1995;69(4):719–27. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.69.4.719>
219. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud*. 2008;9(1):13–39.
220. Albuquerque I, Lima MP De. Personalidade e bem-estar subjectivo: Uma abordagem com projectos pessoais. Vol. n/a, *Psicologia.com*. 2007. p. n/a-n/a.
221. Kunzmann U, Little TD, Smith J. Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. *Psychol Aging*. 2000;15(3):511–26.
222. Ries B, Edgar. Sensação e Percepção. In: EDIPUCRS, editor. *Psicologia e Educação: Fundamentos e Reflexões*. Porto Alegre; 2004. p. 235.
223. Reeve J. *Motivação e Emoção*. 4 ed. LTC, editor. Rio de Janeiro; 2006. 356 p.
224. Damásio A. *O Mistério da Consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. Letras C das, editor. São Paulo; 2000. 690 p.
225. Polster E, Polster M. *Gestalt-terapia Integrada*. Summus E, editor. São Paulo; 2001. 321

- p.
226. Ledoux J. Emotional colouration of consciousness: how feelings come about. In: *Frontiers of Consciousness: Chichele Lectures*. Oxford Scholarship online; 2008. p. 358.
 227. Scherer KR. What are emotions? And how can they be measured? *Soc Sci Inf*. 2005;44(4):695–729.
 228. Bock AMB, Furtado O, Teixeira A de LT. Uma introdução ao estudo de Psicologia. Saraiva, editor. São Paulo: Saraiva,. São Paulo; 2002. 492 p.
 229. Cezar AT. Diferenciando sensações , sentimentos e emoções : uma articulação com a abordagem gestáltica. *Rev IGT*. 2016;13(24):4–14.
 230. Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed. Loures: LUSOCIÊNCIA; 2004. 750 p.
 231. Leininger MM, McFarland MR. *Transcultural Nursing - Concepts, Theories, Research and Practice*. New York: McGraw-Hil; 1995. 621 p.
 232. Leininger MM. *Leininger’s Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality*. *SAGE Journals*. 1988;1(4):152–60.
 233. Watson J. *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. 1ª Ed. Lusodidata, editor. Loures; 2002. 182 p.
 234. The Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. Joanne Briggs Inst [Internet]. 2015;1–24. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf
 235. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2008;17(4):771–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lng=pt&tlng=pt
 236. Martins HHT de S. *Metodologia qualitativa de pesquisa*. *Educ e Pesqui* [Internet]. 2004;30(2):289–300. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022004000200007&lng=pt&tlng=pt

APÊNDICES

APÊNDICE I – Ficha de análise das referências

(nº da referência) – (Título da referência)

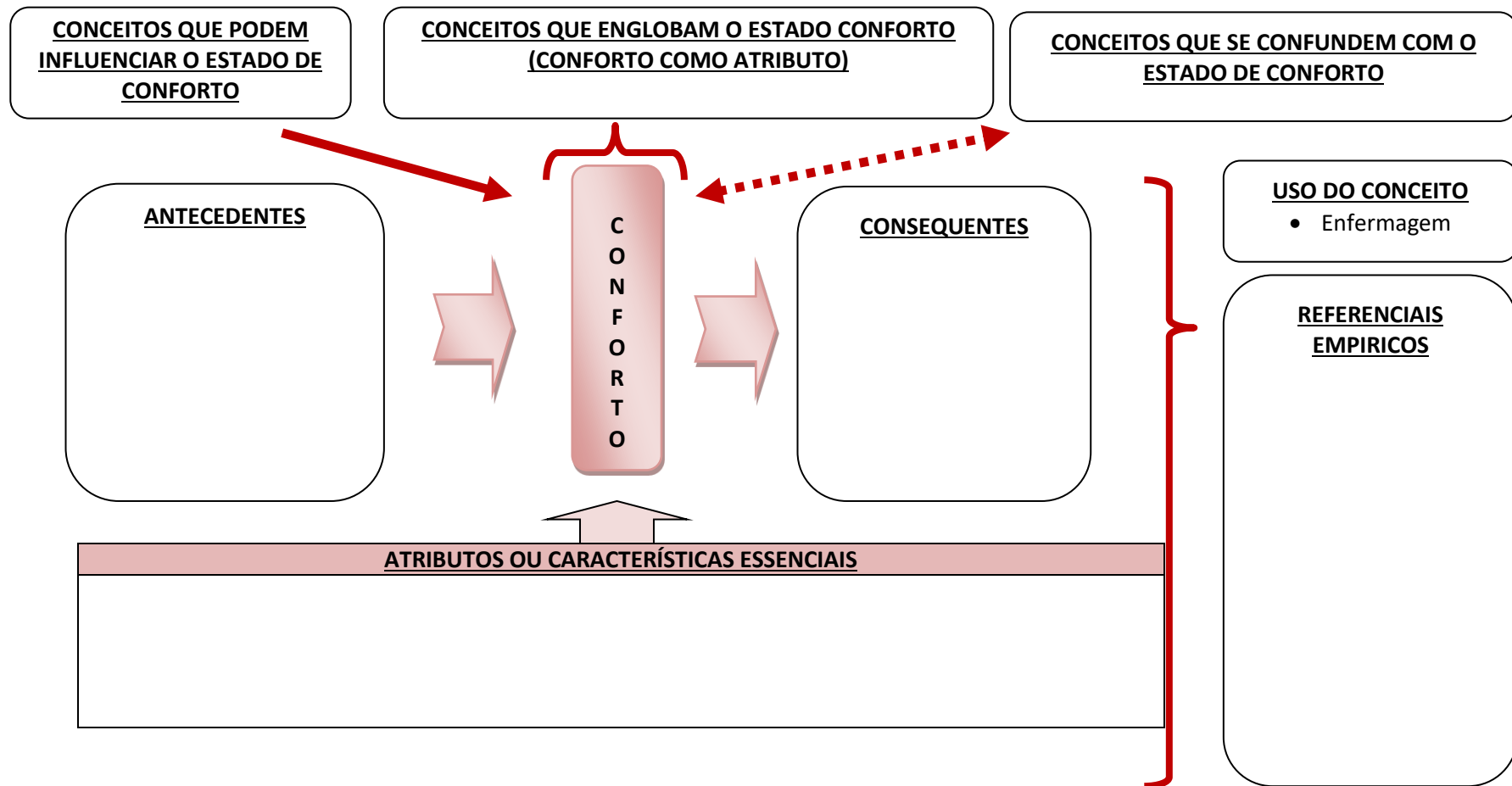
Identificação do artigo				
Titulo	Autor/Formação	Periódico	Volume, Nº, Pag. e Ano	País/idioma
Referencial Teórico – Conceitos chave				
Conceito de Comfort				
Atributos		Conceitos que influenciam o estado de conforto		
		Conceitos que englobam o estado de conforto (conforto como atributo)		
		Conceitos que se confundem com conforto		
Antecedentes				
Consequentes				

Características metodológicas																						
Objectivo do estudo			•																			
Tipo de publicação																						
Abordagem qualitativa			Etnografia						Grounded Theory													
			Fenomenologia						Outro													
Abordagem quantitativa			Experimental						Quase experimental													
			Não experimental																			
Estudo de revisão			Narrativa						Integrativa													
			Sistemática						Meta-análise													
Relato de experiência/ Reflexão teórica																						
Outro. Qual?																						
População																						
Amostra			Aleatória						Número													
			Conveniência						•													
Características			Média idade						Etnia													
			Sexo						Cultura e Religião													
Situação/contexto dos sujeitos																						
Critérios de inclusão			Sim		Não		Quais?															
Critérios de exclusão			Sim		Não		Quais?															
Colheita de dados																						
Utiliza instrumento			Sim						Não						Tipo:							
			Nome:						Autor:						Ano:							
Análise																						
Resultados						Conclusões						Implicações para Enfermagem										
Nível de Evidência (http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence)																						
Nível 5			Nível 4				Nível 3					Nível 2				Nível 1						
5 c	5 b	5 a	4 d	4 c	4 b	4 a	3 e	3 d	3 c	3 b	3 a	2 d	2 c	2 b	2 a	1 d	1 c	1 b	1 a			
OBSERVAÇÕES																						

APÊNDICE II- Mapa conceptual para sistematização dos dados

MAPA CONCEPTUAL - CONFORTO

(Legenda: ● - Emerge do referencial teórico; ● - Emerge dos instrumentos de medida; ● - Emerge de resultados científicos; ● - Emerge da opinião/experiência/artigos sem especificação do método)



APÊNDICE III - Instrumento de validação da análise de dados por peritos

Prezado(a) Colaborador

O meu nome é Filipa Alexandra Veludo Fernandes, sou doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira e Professora Doutora Emília Campos de Carvalho. Venho solicitar a sua colaboração, enquanto perito em investigação de cariz qualitativo, no estudo que tem com principal objetivo: Definir o conceito de conforto. Com esta colaboração pretende-se validar a análise dos dados decorrentes da investigação, no sentido de diminuir a subjetividade inerente ao “olhar” de um só investigador.

Pretende-se com a sua colaboração os seguintes procedimentos:

1. Efetue uma leitura deste documento, nomeadamente das presentes orientações e do quadro conceptual seguinte;
2. Efetue a leitura dos 2 artigos que se anexa, centralizando a sua análise no conceito do estado de CONFORTO, mesmo que este seja abordado em conjunto com outros conceitos (ex: desconforto);
3. Efetue o preenchimento do quadro conceptual, tendo em conta os seguintes princípios:
 - a. As definições operacionais de cada área de preenchimento;
 - b. Retirar, de qualquer parte dos textos, algumas unidades de significado que considere pertinente para a devida área de preenchimento;
 - c. Poderá acrescentar algumas considerações / interpretações suas/ nomes de categorias, se assim sentir necessidade;
 - d. Cada unidade de significado apenas poderá ser inserida numa área de preenchimento, ou seja, asserções com o mesmo valor semântico não poderão ocupar duas áreas. Ex: não poderá ser antecedente e atributo ao mesmo tempo.
 - e. Consoante o conteúdo do artigo em análise, poderão não ser preenchidas algumas áreas de preenchimento.
 - f. Rever no final, no sentido de validar o valor semântico de cada asserção, possíveis repetições, assim como o respetivo posicionamento no quadro conceptual.
4. Em caso de algum esclarecimento adicional, por favor contacte-me (967051258; fveludo@ics.lisboa.ucp.pt).

Grata desde já pela sua disponibilidade,

Atenciosamente, Filipa Veludo

CONCEITOS QUE PODEM INFLUENCIAR O ESTADO DE CONFORTO

Conceitos que influenciam a ocorrência do estado de conforto

-

CONCEITOS QUE ENLOBAM O ESTADO DE CONFORTO

Alguns conceitos que identficou como conceitos mais amplos, em que o conforto é atributo.

-

CONCEITOS QUE SE CONFUNDEM COM O ESTADO DE CONFORTO

Alguns conceitos que, embora semelhantes, apresentam valor semântico diferente.

-

ANTECEDENTES

Que eventos contribuem para a presença do estado de conforto?

-

CONFORTO

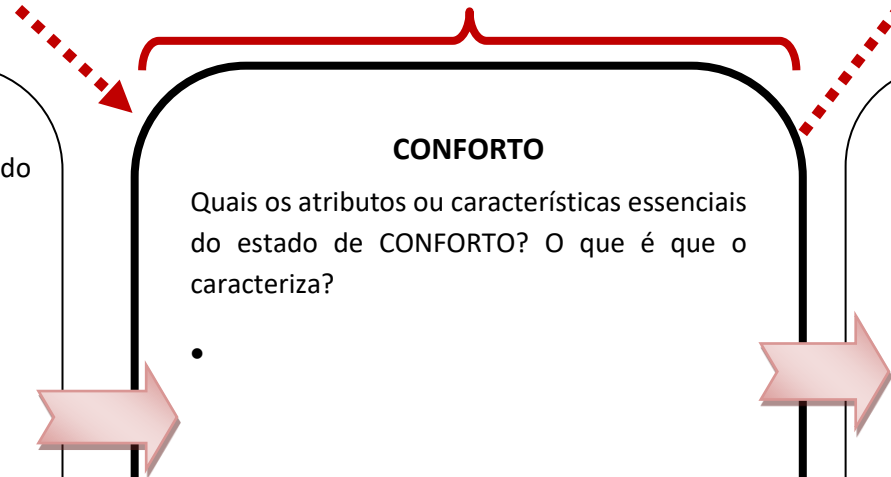
Quais os atributos ou características essenciais do estado de CONFORTO? O que é que o caracteriza?

-

CONSEQUENTES

Que consequências se evidenciam após sentir o estado de CONFORTO?

-



ANEXOS

ANEXO I - JBI-Levels-of-Evidence

New JBI Levels of Evidence

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

PLEASE NOTE: These levels are intended to be used alongside the supporting document outlining their use. Using Levels of Evidence does not preclude the need for careful reading, critical appraisal and clinical reasoning when applying evidence.

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)

Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs

Level 1.c – RCT

Level 1.d – Pseudo-RCTs

Level 2 – Quasi-experimental Designs

Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies

Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs

Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

Level 3 – Observational – Analytic Designs

Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies

Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs

Level 3.c – Cohort study with control group

Level 3.d – Case – controlled study

Level 3.e – Observational study without a control group

Level 4 – Observational –Descriptive Studies

Level 4.a – Systematic review of descriptive studies

Level 4.b – Cross-sectional study

Level 4.c – Case series

Level 4.d – Case study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

Level 5.a – Systematic review of expert opinion

Level 5.b – Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR DIAGNOSIS

Level 1 – Studies of Test Accuracy among consecutive patients

Level 1.a – Systematic review of studies of test accuracy among consecutive patients

Level 1.b – Study of test accuracy among consecutive patients

Level 2 – Studies of Test Accuracy among non-consecutive patients

Level 2.a – Systematic review of studies of test accuracy among non-consecutive patients

Level 2.b – Study of test accuracy among non-consecutive patients

Level 3 – Diagnostic Case control studies

Level 3.a – Systematic review of diagnostic case control studies

Level 3.b – Diagnostic case-control study

Level 4 – Diagnostic yield studies

Level 4.a – Systematic review of diagnostic yield studies

Level 4.b – Individual diagnostic yield study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

Level 5.a – Systematic review of expert opinion

Level 5.b – Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR PROGNOSIS

Level 1 – Inception Cohort Studies

Level 1.a – Systematic review of inception cohort studies

Level 1.b – Inception cohort study

Level 2 – Studies of All or none

Level 2.a – Systematic review of all or none studies

Level 2.b – All or none studies

Level 3 – Cohort studies

Level 3.a – Systematic review of cohort studies (or control arm of RCT)

Level 3.b – Cohort study (or control arm of RCT)

Level 4 – Case series/Case Controlled/ Historically Controlled studies

Level 4.a – Systematic review of Case series/Case Controlled/ Historically Controlled studies

Level 4.b – Individual Case series/Case Controlled/ Historically Controlled study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

Level 5.a – Systematic review of expert opinion

Level 5.b – Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR ECONOMIC EVALUATIONS

Levels

1. Decision model with assumptions and variables informed by systematic review and tailored to fit the decision making context.
2. Systematic review of economic evaluations conducted in a setting similar to the decision makers.
3. Synthesis/review of economic evaluations undertaken in a setting similar to that in which the decision is to be made and which are of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting, and sensitivity testing).
4. Economic evaluation of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting and sensitivity testing) and conducted in setting similar to the decision making context.
5. Synthesis / review of economic evaluations of moderate and/or poor quality (insufficient coverage of costs and health effects, no discounting, no sensitivity testing, time period covered insufficient).
6. Single economic evaluation of moderate or poor quality (see directly above level 5 description of studies).
7. Expert opinion on incremental cost effectiveness of intervention and comparator.

LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS

1. Qualitative or mixed-methods systematic review
2. Qualitative or mixed-methods synthesis
3. Single qualitative study
4. Systematic review of expert opinion
5. Expert opinion