



DESAFÍO Y PERSPECTIVAS ACTUALES EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN

O CONFORTO DO DOENTE IDOSO COM DOENÇA CRÓNICA E DE CUIDADORES INFORMAIS EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO

Patricia Pontífice Sousa

Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

Rita Marques

Enfermeira Especialista CHLN-HPV, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa

Maria Arminda Costa

RN, Phd

Maria dos Anjos Dixe

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Leiria

*Fecha de recepción: 7 de enero de 2011
Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011*

RESUMO

Introdução e objectivos: Sendo a pessoa humana o centro da acção dos cuidados de saúde, coloca-se o desafio de definir estratégias no sentido de cuidar da pessoa com vista à promoção do conforto pelo que, este estudo teve como objectivos conhecer as necessidades de conforto dos cuidadores informais e dos doentes idosos crónicos hospitalizados.

Metodologia: Realizamos um estudo exploratório a uma amostra não probabilística intencional constituída por 50 cuidadores e 6 doentes. Para os cuidadores aplicámos a versão Portuguesa do Family Holistic Comfort Questionnaire. Para o doente realizámos entrevistas semi-estruturadas que foram submetidas a análise de conteúdo.

Resultados: Nos cuidadores, os índices de menor conforto relacionam-se com o valor da vida, com a preocupação com seu ente querido, o ter medo do futuro e a dificuldade em aguentar a dor emocional. O maior conforto foi obtido no contexto físico. No que se refere ao doente evidenciam-se necessidades que se estendem para além do controlo da dor e incluem apoio social, ambiente calmo, informação/esclarecimento e paz psico-espiritual.

Conclusão: O conforto é fundamental na prática de enfermagem, podendo ter significados diferentes para pessoas diferentes. O estudo reforça a ideia de que há necessidade de investigações múltiplas com grupos específicos com a finalidade de otimizar a sua promoção.

Palavras-chave: Conforto, Doente Idoso Crónico, Cuidador Informal, Hospitalização



NIVELES DE ANSIEDAD ANTE LOS EXÁMENES EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ABSTRACT

Introduction and aims: Being the human person the center of the action of health care, there is the challenge of defining strategies to take care of the person in order to promote the comfort. Therefore, this study aims to identify not only the informal caregivers needs for comfort, but also the needs for comfort of chronically ill elderly inpatients.

Methodology: We conducted an exploratory study to an intentional non probabilistic sample consisted by 50 caregivers and 6 patients. For the caregivers we applied the Portuguese version of Family Holistic Comfort Questionnaire. For the patients we held semi-structured interviews that were subjected to content analysis.

Results: Among caregivers, the less comfort verified is related to the value of life, with the concern for their loved one, with the fear of the future and the difficulty to handle the emotional pain. The highest level of comfort was obtained in the physical context. With regard to the patients needs it became evident their needs extend beyond the control of pain and include social support, calm environment, information / clarification and psycho-spiritual peace.

Conclusion: The comfort is essential in nursing practice and may have different meanings to different people. This study reinforces the idea that there is the need for multiple investigations with specific groups in order to optimize its promotion.

Keywords: Comfort, Chronic Elderly Patient, informal caregiver, Hospitalization

INTRODUÇÃO

Na revisão da literatura podemos constatar que, não existe uma definição clara para o conceito do conforto contudo, é unânime que é, uma necessidade ao longo da vida, na saúde e na doença pelo que, proporcionar o conforto é uma das principais funções e um desafio para a prática dos cuidados de enfermagem numa vertente holística, devendo fazer parte integrante da promoção da saúde a todos os níveis. (Malinowski & Stamler, 2002; Yousefi, Abedi, Yarmohammadian & Elliott, 2009).

Desde os tempos mais remotos que a prática de enfermagem, esteve associada à noção de conforto. Durante a segunda metade do séc. XX, com o avanço da medicina e a perspectiva da cura, o conforto tornou-se num objectivo menor dos cuidados de enfermagem, no entanto, o foco no desconforto para compreender o conforto matinha-se consistente na prática dos cuidados, considerando-se as intervenções para o conforto, simples tarefas, que podem ser prestados pelos cuidadores não-profissionais, (Malinowski & Stamler, 2002).

As primeiras menções ao conforto surgiram com Florence Nightingale. Em *Notas Sobre Enfermagem de Florence Nightingale* (2005), apresentam-se várias referências a este conceito nomeadamente, "O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia" (2005, p.132).

Posteriormente, várias teóricas de enfermagem contribuíram para o desenvolvimento da disciplina, estudando o conforto e contribuindo com diferentes perspectivas nomeadamente, Callista Roy, Orlando, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Meleis, Janice Morse e Katharine Kolcaba porém, duas destacam-se pela profundidade do seu trabalho. Janice Morse, a partir dos anos 80, iniciou um conjunto de estudos que deram visibilidade ao conceito de conforto e Kolcaba a partir de 1990, dedicou-se à sua conceptualização e operacionalização.



DESAFÍO Y PERSPECTIVAS ACTUALES EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN

Confortar é um acto complexo, que não se resume a manter os doentes na cama bem posicionados e quentes mas, o estar atento às diferentes manifestações de desconforto e providenciar medidas para aliviar o sofrimento ajudando a pessoa a manter-se com saúde. (Morse, 2000).

Por seu lado, Kolcaba considerou o conforto como um resultado dinâmico, um processo resultante das intervenções de enfermagem, onde estão satisfeitas as necessidades básicas, relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1991; 1994; 2003). Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto “psicoespiritual” à consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior e o contexto ambiental envolve aspectos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 1991, 2003).

O conforto é uma necessidade básica da pessoa humana, e de acordo com vários autores esta necessidade é acentuada nos doentes que vivenciam uma situação de internamento hospitalar, sendo que, proporcionar conforto requer várias condições, nomeadamente, um ambiente adequado e colaboração entre doentes, enfermeiros e familiares. O Apoio da família e dos amigos surge como uma grande fonte promotora de conforto pelo que, em situações de separação é visível um aumento de ansiedade, geradora de mal-estar e desconforto, tanto para os doentes como para os familiares (Yousefi et al 2009).

Marques (2000), realizou um estudo de investigação, onde procurou explorar vivências agradáveis e desagradáveis, significativas para os doentes durante a hospitalização e em particular durante os cuidados de enfermagem. Concluiu que, não só o desconforto físico e emocional, foram aspectos mediadores dos juízos de valor que os doentes fazem acerca dos cuidados de enfermagem, como também é necessário realizar uma avaliação cuidada do doente, para que se possa actuar no sentido de promover um maior bem-estar dos doentes hospitalizados.

Segundo Christensen & Kockrow (2006), um dos principais objectivos da intervenção da enfermagem é promover conforto aos doentes. Confortar é dar força e esperança, e contribui para aliviar dor do outro, sendo o conforto físico e psicológico uma parte vital da intervenção de enfermagem.

De acordo com a bibliografia consultada, não existe um conjunto de medidas padrão para a prestação de cuidados de conforto uma vez que estes são descritos de uma forma individualizada e centrada na pessoa alvo dos cuidados. Contudo, existe um conjunto de medidas que envolvem a interrelação entre gestão de sintomas (dor, dispneia, anorexia, e boca seca), assistência à família (apoio emocional, a preparação para a morte) as relações interpessoais (vizinhos e família), e a complementaridade entre os papéis interdisciplinares dos diferentes actores. A procura da satisfação das necessidades de conforto deverá ser o pólo orientador dos cuidados de conforto, centrados na pessoa, numa vertente holística, com foco na interrelação entre os problemas físicos, psicossociais e espirituais. (Waldrop & Kirkendall, 2009).

A literatura deixa transparecer que o conforto é um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem, seja ao doente ou aos familiares cuidadores (Leininger, de Watson, de Morse e de Kolcaba). Olhar a complexidade deste fenómeno em que a área de atenção reverta para quem beneficia dos cuidados é essencial.

Segundo o INE (2002), os idosos são um grupo socialmente vulnerável em grande crescimento (estima-se um aumento de 15,6% em 2050), que procura ajuda junto das instituições hospitalares, por agudizações da sua situação crónica.

Tal como as pessoas idosas com doença crónica, também os seus cuidadores têm necessidades de conforto. Dado o carácter holístico do conceito, estas necessidades estendem-se para além do controlo da dor e incluem apoio social, ambiente calmo e paz psico-espiritual.



O CONFORTO DO DOENTE IDOSO COM DOENÇA CRÓNICA E DE CUIDADORES INFORMAIS EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO

Estudos salientam a importância de se considerar a “família” como parceira e sujeito de cuidados, durante a hospitalização do doente idoso, dado que se está a promover o bem-estar e conforto do doente muitas vezes dependente (Cabete, 2005; Silva, 2006). Neste sentido, deverá o enfermeiro ter em linha de conta, na sua actividade, tanto as necessidades da “família” como as dos doentes sabendo contudo que a família constitui muitas vezes um sujeito de cuidados esquecido (Silva, 2006).

Mas, na verdade, apesar do conforto já ter sido explorado por vários autores ainda não se encontra na literatura um consenso sobre a sua definição. Varia de uma necessidade humana básica, um objectivo a atingir, uma intervenção de enfermagem ou até mesmo um resultado desejável (Malinowski & Stamler, 2002; Morse, 2000; Kolcaba, 1991,2003).

METODOLOGIA

Tipo de estudo e objectivos

Realizamos um estudo exploratório com o intuito de conhecer as necessidades de conforto dos cuidadores informais e dos doentes idosos crónicos hospitalizados.

População e amostra

A população alvo do estudo foi constituída por cuidadores informais e doentes idosos crónicos admitidos num serviço de internamento de medicina de um Hospital Central de Lisboa.

A amostra ficou constituída por 50 cuidadores principais, familiares ou amigos, não remunerados de pessoas com doença crónica avançada e, 6 doentes idosos crónicos hospitalizados.

Assim, foram definidos os seguintes critérios de inclusão para o cuidador:

- Cuidar de um familiar ou amigo com um grau de dependência total, severa ou moderada (Índice de Barthel <90) e, portador de doença crónica e avançada;

- Ter 18 ou mais anos de idade e, mostrar interesse e disponibilidade para participar no estudo.

Dos critérios de inclusão para o doente constaram:

- Ser uma pessoa com doença crónica, com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos;

- Apresentar capacidade para responder oralmente às questões aplicadas;

- Consentir de livre vontade participar no estudo;

Para a constituição da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística intencional.

Instrumentos

Para os cuidadores aplicamos um formulário constituído por três grupos. O primeiro grupo foi composto por questões referentes a variáveis sociodemográficas do cuidador nomeadamente o género, idade e relação de parentesco com o doente. O segundo grupo foi constituído pela Situação Clínica do Doente que incluiu a questão relativa à patologia do doente e a Avaliação do Nível de dependência nas actividades de vida diárias através do Índice de Barthel. No terceiro grupo incluímos o “Family Holistic Comfort Questionnaire” que se encontra em fase de validação para a População Portuguesa, pelo que se apresentam apenas alguns indicadores.

No caso do doente realizámos entrevistas semi-estruturadas procurando dar resposta à questão “Que necessidades de conforto experimentam os doentes idosos crónicos hospitalizados?”

Procedimentos formais e éticos e Tratamento dos dados

Antes de emprendermos a colheita de dados propriamente dita, encetámos algumas diligências para a realização do estudo na instituição escolhida. Foi solicitada a autorização ao Conselho de



DESAFÍO Y PERSPECTIVAS ACTUALES EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN

Administração da Instituição assim como o consentimento informado e esclarecido ao doente e cuidador.

Para o tratamento de dados quantitativos – estatística descritiva, recorreremos ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 16.0 for Windows.

Os dados qualitativos foram analisados pelo método de análise temática de conteúdo perconizado por Miles e Huberman (1994). Assim, á medida que fomos recolhendo os dados fomos procedendo á sua organização, sistematização e análise na procura de identificar as frases que se poderiam constituir como unidades de significação. Os significados encontrados foram agrupados dando origem às categorias de forma a explicitar as necessidades dos doentes.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra dos Cuidadores

Obtivemos uma amostra constituída por 50 cuidadores de pessoas com doença crónica avançada, familiares do doente, maioritariamente do sexo feminino (82%), com idades compreendidas entre 32 e 81 anos. Ao categorizarmos as idades dos indivíduos em escalões etários, verificámos que as 36% dos cuidadores têm idades superiores a 65 anos.

No que concerne ao grau de dependência, verificamos que os cuidadores prestavam cuidados maioritariamente a pessoas com dependência severa ou grave, de acordo com o Índice de Barthel.

Tabela 1: Caracterização da amostra dos cuidadores segundo o género, idade, relação de parentesco com o doente, patologias do doente e nível de dependência (n=50)

Cuidador	nº	%
Género		
Feminino	41	82,0
Masculino	9	15,3
Idade em anos		
<65	32	64,0
65-75	15	30,0
>75	3	6,0
Relação de Parentesco com o doente		
Marido/companheiro	6	12,0
Esposa/companheira	25	50,0
Filha	12	24,0
Filho	3	6,4
Nora	4	8,0
Patologias do doente		
Neoplasia	37	74,0
Insuficiência grave de um órgão	9	18,0
Doença crónica incapacitante	2	4,0
Doenças neurológicas progressivas	1	2,0
Concomitância de doenças crónicas	1	2,0
Nível de dependência		
Severa	36	72,0
Grave	10	20,0
Moderada	4	8,0

Caracterização da Amostra dos Doentes

Fizemos entrevistas semi-estruturadas a 6 idosos crónicos hospitalizados, que se enquadraram nos critérios de selecção. A maioria dos doentes era do sexo feminino (83,3%), com idades compreendidas entre 65 e 85, na maioria casados, e com uma escolariedade que variava entre 4 e 12 anos. Em relação ao estado civil, 3 eram casados, 2 viúvos e somente 1 solteiro sendo que 2 residiam sozinhos, 1 vivia num Lar, e 3 moravam com seus cônjuges. Todos os entrevistados apresen-



O CONFORTO DO DOENTE IDOSO COM DOENÇA CRÓNICA E DE CUIDADORES INFORMAIS EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO

tam polipatologias e referiram ter mais que um internamento nesse serviço. A religião católica foi referida por todos os entrevistados.

Necessidades de Conforto dos Cuidadores

Relativamente os níveis de conforto verificados através de alguns indicadores da versão portuguesa do Family Holistic Comfort Questionnaire, podemos constatar que, os índices de menor conforto estão relacionados com a preocupação com a família (M=1,12; DP=0,27), o ter medo do que está para vir (M=1,22; DP=1,00), o pensar constantemente no mal-estar do seu ente querido (M=1,28; DP=1,30); o sentir-se deprimido (M=1,38; DP=1,01); ter dificuldade em aguentar a dor emocional (M=1,50; DP=0,67), com o valor da vida (M=1,52; DP=1,29); o conseguir ultrapassar a situação (M=1,88; DP=0,69) e, a preocupação com as finanças (M=2,88; DP=1,81)

Estes resultados sugerem que, os cuidadores apresentam necessidades de conforto essencialmente ao nível psico-espiritual.

Tabela 2: Caracterização da amostra dos cuidadores no que se refere aos índices de menor conforto (n= 50)

Índices de Menor Conforto	Mínimo	Máximo	Média	SD
Preocupo-me com a minha família	1	2	1,12	0,27
Tenho medo do que está para vir	1	3	1,22	1,00
Estou sempre a pensar no mal-estar do(a) meu/minha ente querido(a)	1	3	1,28	1,30
Sinto-me deprimido(a)	1	3	1,38	1,01
É difícil aguentar a minha dor emocional	1	3	1,50	0,67
Neste momento a minha vida não tem valor	1	3	1,52	1,29
Conseguo ultrapassar esta situação	1	3	1,88	0,69
Estou preocupado(a) com as minhas finanças	1	4	2,00	1,16

Os índices de maior conforto, como podemos constatar através da tabela 4, estão relacionados essencialmente com o contexto físico e ambiental.

Tabela 3: Caracterização da amostra dos cuidadores no que se refere aos índices de maior conforto (n=50)

Índices de Maior Conforto	Mínimo	Máximo	Media	SD
Gosto que o quarto do meu / minha ente querido(a) seja calmo	1	6	5,96	0,19
Sinto-me com força suficiente para fazer coisas pelo meu/minha ente querido(a)	1	6	5,54	0,76
A temperatura ambiente deste quarto é agradável	3	6	5,48	0,74
Este quarto faz-me sentir assustado	1	6	5,19	0,88
Nós não temos privacidade suficiente	2	6	5,12	1,12
Este local é agradável	4	6	5,04	0,97
Não gosto disto aqui	1	6	5,01	0,64
Por aqui, o ambiente em volta é deprimente	1	6	4,60	1,54
Preciso de uma cadeira ou cama cómoda (aconchegante)	1	6	4,25	0,57
O meu/minha ente querido(a) está limpo(a) e seco(a)	3	6	5,42	0,73

Necessidades de conforto dos doentes

Das entrevistas efectuadas, emergiram algumas necessidades de conforto sentidas pelos doentes idosos crónicos hospitalizados que se enquadram nos quatro contextos definidos por Kolcaba(2003).



DESAFÍO Y PERSPECTIVAS ACTUALES EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN

Contexto Físico

A nível das necessidades de conforto físico, os relatos dos entrevistados contribuíram para duas categorias nomeadamente as relacionadas com o processo de doença e com a situação de hospitalização.

Necessidades relacionadas com o processo de doença

O Alívio da dor e outros sintomas foi mencionado como uma necessidade para estar confortável, afectando esta a estrutura física e emocional da pessoa.

Os participantes associam a ausência de dor a um bem-estar como se pode constatar nos seguintes relatos: “A dor é terrível (...) é constante... não se pode estar bem (...)”(E1,2) e acrescenta: “Davam-me uma coisa para as dores (..) e pronto ficava bem” (E1, 4). Outra participante referiu: “Estou muito aflita por causa dos vômitos” (E6, 5); “ A dor é desconforto, há que aliviar!”(E2,37); “Punham-me as bombas, punham-me a máscara, punham...davam-me os medicamentos, davam-me as coisas que eram precisas. (E5,3)

Tal como nos refere Kolcaba (2003), a dor ou outro tipo de sintomatologia é causa de desconforto.

Necessidades relacionadas com a situação de hospitalização

A hospitalização acrescenta as preocupações relativas à doença e à mudança de ambiente. Se por si só o ambiente hospitalar constitui uma experiência stressante, os aspectos confinados ao leito e a uma alimentação bem confeccionada foram mencionados como importantes para o conforto, tal como podemos verificar nas asserções seguintes: “ O colchão é bom. Não há nada melhor.”(E4,13); A comida é que não prestava para nada! (E5,16)

A este propósito, também Florence Nightingale (2005) referiu que estes aspectos não deveriam ser esquecidos na prática dos cuidados sendo promotores de bem-estar.

Contexto Socio-cultural

No que se refere ao contexto socio-cultural, os entrevistados apresentaram necessidades que se relacionam com duas categorias: as relacionadas com atitudes da equipa de saúde e com atitudes dos semelhantes, familiares e amigos.

Necessidades relacionadas com atitudes da equipa de saúde

No contexto dos cuidados de saúde, o cuidar não pode existir sem que o seu actor tenha a intenção de o colocar em prática no momento em que cuida, isto é, na altura em que realiza e desenvolve intervenções que procuram responder às necessidades da pessoa.

Reflectindo acerca dos significados encontrados constatamos que, os entrevistados valorizam atitudes que implicam mostrar ao outro disponibilidade, atenção, carinho e escuta empática estando estas respostas consistentes com a literatura existente (Morse, 2000; Watson, 2002).

Neste âmbito evidenciam-se os seguintes relatos: “Acho importante os enfermeiros serem carinhosos (E5,9)”;; “ São muito simpáticos para nós, as empregadas, os enfermeiros, senhores doutores, (...)” (E4,16); “Todos me ajudam(...) mas principalmente os enfermeiros(...) [essa ajuda], dá-me conforto”(E2,9)”.

Esta disponibilidade afectiva implica o “virar-se para o outro”, no sentido de demonstrar uma escuta atenta centrada no doente, “Quando preciso de alguma coisa (...) chamo a enfermeira. (...)” (E5,2). A noção de presença é aqui evidenciada “São os enfermeiros que estão mais perto de nós a qualquer momento (...)”(E2,10), devendo ser mediada por sentimentos de afecto e simpatia que aproximam o enfermeiro do doente “Todos[me tratam bem]!(E5,18)”;; e o levam a demonstrar preocupação e interesse pelas suas necessidades.



O CONFORTO DO DOENTE IDOSO COM DOENÇA CRÔNICA E DE CUIDADORES INFORMAIS EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO

Necessidades relacionadas com atitudes dos semelhantes, familiares e amigos

A hospitalização obriga a que os seus familiares alterem de alguma forma as suas rotinas e estilos de vida. Na opinião de um entrevistado, a presença da família/pessoa significativa é considerada uma necessidade: “Só me falta pessoas (...)mas logicamente não se pode ter sempre cá a família”(E1,6). A família é a instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social aos seus membros representado uma referência essencial, especialmente na situações de crise, doença e sofrimento. (Imaginário, 2004)

Contexto psico-espiritual

No que se refere ao contexto psico-espiritual, os entrevistados manifestaram necessidades que foram agrupadas em três categorias: as relacionadas com sentimentos e emoções, com autonomia e com necessidades de apoio espiritual.

Necessidades relacionadas com sentimentos e emoções

Esta categoria, diz respeito à forma como um idoso reage à hospitalização, salientando a importância de carinho como uma necessidade de conforto, num período considerado de grande vulnerabilidade: “É importante termos carinho. Sinto isso”(E2,35).

Segundo Damásio (2003), a emoção e o sentimento caminham paralelamente, isto é, são irmãos gémeos no entanto a emoção aparece antes do sentimento, apesar da intimidade e aparente simultaneidade.

Necessidades relacionadas com autonomia

Em contexto de hospitalização é frequente os profissionais de saúde “substituírem” os doentes tanto anível dos cuidados como na tomada de decisão contudo, deve-se avaliar o grau de capacidade que a pessoa tem para tomar as suas decisões, “ Gosto de fazer as coisas á minha vontade, lavar-me como eu gosto.” (E4,10).

A necessidade de informação conduz igualmente à autonomia da pessoa como se constata no relato de uma participante: “ Sinto-me bem (...) explicam tudo muito bem!” (E4,9) O doente procura informação, o entendimento para poder gerir os seus próprios cuidados.

Necessidades relacionadas com apoio espiritual

A categoria: necessidades relacionadas com o apoio espiritual, emergiu de relatos relacionados com a dimensão espiritual da vida: “Aqui, penso em Deus. Sinto-me bem” (E5,1); “É preciso ter esperança” (E6,5)

Os participantes percebem a fé / confiança em Deus e a manutenção de esperança como preponderantes no processo da doença.

Neste sentido, também Watson (2002) reconhece a importância da promoção da esperança no cuidar. Para a autora, a “Instalação de Fé / Esperança” e um factor de cuidar que se fundamenta num sistema de valores humanístico - altruísta, representando uma teoria do cuidar que procura contribuir para a prestação de cuidados numa vertente humanística.

Contexto Ambiental

A nível das necessidades de conforto ambientais, os relatos dos entrevistados deram origem a duas categorias nomeadamente as relacionadas com a privacidade física e com a individualidade/privacidade territorial.

Necessidades relacionadas com a Privacidade Física

A experiência de internamento hospitalar não só dá origem a sentimentos de medo e ansiedade como também leva a uma sensação de despersonalização ou perda de identidade própria. Esta ideia



DESAFÍO Y PERSPECTIVAS ACTUALES EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN

surge na maioria dos entrevistados pois, referem que em contexto hospitalar existem vários factores lesivos para o seu conforto, nomeadamente o ruído, “ Os barulhos da noite são os barulhos inerentes a tratar os doentes (...)mas incomodam(...)”(E2,30); uma luminosidade desadequada, “ É desconfortável a luz acesa. Ainda esta noite aconteceu (...)” (E2,29).

A privacidade foi igualmente reconhecida como uma necessidade sentida, “ Tenho privacidade no quarto (...) isso é bom”(E4, 11) .Na opinião de Watson (2002), privacidade inclui a exposição física e psíquica, devendo o enfermeiro reconhecer tal como um dos direitos básicos da pessoa.

Necessidades relacionadas com a individualidade/privacidade territorial

Sendo a privacidade um aspecto fundamental, em que a pessoa é vista como um ser único e singular, é fulcral que se procure manter as particularidades e individualidade de cada um assegurando a dignidade da pessoa. Este aspecto foi verbalizado pelos entrevistados tal como se constata nas seguintes afirmações: “Ter coisas que me são familiares.Devia haver um cacifozito com uma chavinha para termos, por exemplo no meu caso o computador (...)” (E2,23)

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O termo conforto é, habitualmente, empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros, aparecendo muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa. Não obstante o consenso sobre a sua centralidade na e para a enfermagem, o conceito transcende esta dimensão.

Em contexto de internamento, é notória a evidência de necessidades nos quatro contextos. No entanto é de realçar que, no caso dos cuidadores há evidência de maiores necessidades no contexto psico-espiritual e socio-cultural, enquanto que nos doentes esta expressão se alarga também ao contexto ambiental.

Nesta ordem de ideias, Kolcaba (1991, 2003) e, Waldrop e Kirkendall (2009) referem que, a satisfação das necessidades de conforto deverá ser o pólo orientador da prestação de cuidados de conforto numa vertente holística, com foco em quatro contextos, físico, psicoespiritual, socio-cultural e ambiental.

Em contexto de internamento, a preocupação dos enfermeiros deverá ser a promoção do conforto dirigida à satisfação das necessidades quer do doente, quer dos familiares/cuidador principal. Como refere Silva (2006), o enfermeiro deve ter em linha de conta tanto as necessidades do doente como da família pois, esta constitui muitas vezes um sujeito de cuidados esquecido. O estudo demonstra a necessidade dos enfermeiros estarem atentos às diferentes manifestações de desconforto e providenciar medidas para aliviar o sofrimento ajudando a pessoa, a manter-se com saúde (Morse, 2000). É com este sentido que se poderá referir que os cuidados de conforto só ganharão o verdadeiro sentido quando forem revestidos de um carácter intencional, reflectido e guiado pelo conhecimento das necessidades e desejos de conforto das pessoas.

BIBLIOGRAFIA

- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3ªed. Lisboa: Edições 70.
- Christensen, B. & Kockrow, E. (2006). *Foundations and Adult Health Nursing*. Mosby, St Louis, CA.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital. O Impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Damáio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia de sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Imaginário, C. (2004) - *Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.



O CONFORTO DO DOENTE IDOSO COM DOENÇA CRÓNICA E DE CUIDADORES INFORMAIS EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO

- INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica sócio-económica recente das pessoas idosas. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa
- Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image, Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), pp. 237-240.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (6), pp.1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York : Springer.
- Malinowski, A. & Stamler, L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 39(6), 599–606
- Morse, J. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*. 100 (9), pp. 34-38.
- Marques, M. (2000). Percepção “significativa” dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Referência*. 5, pp.5-15.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Silva, J. (2006). *Quando a Vida chegar ao fim. Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência
- Tutton, E. & Seers, K. (2003) An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*. 12 (5), pp. 689 - 696.
- Waldrop, D. & Kirkendall, A. (2009). Comfort Measures: A Qualitative Study of Nursing. *Journal of Palliative Medicine*. 12(8), pp. 719-724.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Yousefi, H., Abedi, H.A., Yarmohammadian M.H. & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*. 65(9), pp.1891–1898.