



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
SANNI MORAES DE OLIVEIRA



**NECESSIDADE DE CONFORTO PERCEPCIONADOS POR IDOSOS
HOSPITALIZADOS: uma análise à luz da Teoria de Kolcaba**

JOÃO PESSOA/PB

Abril de 2019

SANNI MORAES DE OLIVEIRA

**NECESSIDADE DE CONFORTO PERCEPCIONADOS POR IDOSOS
HOSPITALIZADOS: uma análise à luz da Teoria de Kolcaba**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Projeto de Pesquisa vinculado: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Melo Fernandes

JOÃO PESSOA/PB

Abril de 2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

O48n Oliveira, Sanni Moraes de.

Necessidade de Conforto Percepcionados por Idosos Hospitalizados: uma análise à luz da Teoria de Kolcaba / Sanni Moraes de Oliveira. - João Pessoa, 2019.
84 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Teoria de Enfermagem. 3. Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado. 4. Conforto do Paciente. I. Título

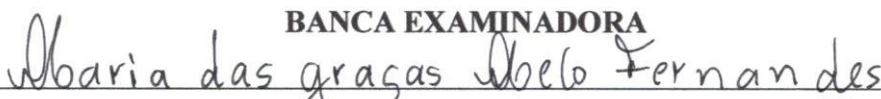
UFPB/BC

SANNI MORAES DE OLIVEIRA

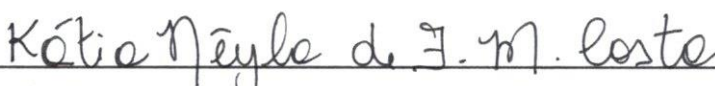
**NECESSIDADE DE CONFORTO PERCEPCIONADOS POR IDOSOS
HOSPITALIZADOS: uma análise à luz da Teoria de Kolcaba**

Aprovada em 29 de Abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Melo Fernandes (Orientadora)

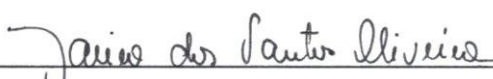
Departamento de Enfermagem – UFPB


Prof.^a Dr.^a Kátia Neyla de Freitas Macêdo Costa (Membro Interno Titular)

Departamento de Enfermagem – UFPB

Prof.^a Dr.^a Kamyla Félix Oliveira dos Santos (Membro Externo Titular)

Curso de Medicina/Enfermagem - UNIPÊ/FCM


Prof.^a Dr.^a Jacira dos Santos Oliveira (Membro Interno Suplente)

Departamento de Enfermagem – UFPB

Prof.^a Dr.^a Maria Sidney Soares Silva (Membro Externo Suplente)

Departamento de Enfermagem – UNIFACISA

A todas as pessoas idosas que mesmo em situação de adversidade contribuíram para a construção desse estudo com cada palavra, que de alguma forma tocou meu coração e me impulsiona, enquanto pesquisadora e enfermeira a contribuir para um atendimento mais específico e adequado para a população idosa.

DEDICO.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes

Pelo exemplo de profissional competente, ética e comprometimento. Pela oportunidade de convivência e por compartilhar seus conhecimentos.

Minha maior incentivadora, pela amizade, convivência, fé e generosidade.

Obrigada pela paciência, pelo apoio, por acreditar em mim e por fazer com que eu também pudesse acreditar na minha capacidade, e ter me encorajado quando pensei que não podia mais continuar.

Pelas palavras de incentivo e encorajamento diante das dificuldades, a minha eterna gratidão.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por concretizar em mim suas promessas, por me capacitar nas vezes que me senti fraca, incapaz e mesmo diante muitos obstáculos, me colocou no colo e me guiou por melhores caminhos;

Ao meu pai, **Adelmar Fernando**, pelo investimento nos meus estudos e também pelos dias em que a angústia foi maior e suas palavras me tranquilizaram, fazendo-me persistir e entender que tudo é passageiro, até mesmo a dor. Toda conquista da minha vida tem como alicerce o seu amor e dedicação;

A minha mãe, **Maria Solange**, por todas as vezes que me acompanhou mesmo contra a vontade dela, quando eu estava grávida, amamentando e também cuidando da minha filha enquanto eu estava lutando para conquistar meus sonhos. Pelas vezes que não queria, mas me ensinou. Pelos dias em que me desestimulou a não dar continuidade aos meus estudos, por causa das dificuldades que eu enfrentava, e que no momento foi doloroso, mas me fez persistir e hoje está aqui.

Aos meus irmãos, **Glauber, Silmara e Sonaly**, que em meio a tantas lutas nas nossas famílias nos mantivemos unidos.

Ao meu marido, **Ivan Sidney**, que foi o meu grande incentivador e companheiro. Pelo amor e compreensão nos momentos difíceis, de ausência e renúncia.

A minha filha linda, **Sarah**, minha fonte inesgotável de alegria. Ilumina minha vida, preenche meus dias de amor e é por ela que quero me tornar melhor a cada dia.

À **Prof.^a Dra. Maria das Graças Melo Fernandes**, minha querida orientadora, a quem devo essa conquista, a única pessoa que me entendeu como ninguém, confiou e acreditou em meus esforços desde o início. Me deixou caminhar com meus próprios passos, mas nunca me deixou sozinha esteve sempre por perto com seus ensinamentos, paciência, prontidão e dedicação ao me ouvir e, especialmente, pela forma serena que conduziu toda esta trajetória.

À **Prof.^a Dr.^a Katia, Prof.^a Dr.^a Jacira, Prof.^a Dr.^a Kamyla, Prof.^a Dr.^a Auxiliadora**, pelas participações na banca e por todas contribuições durante minha trajetória acadêmica;

As minhas colegas da Pós-graduação em Enfermagem e do GEPSAI, **Williana, Keyla, Fabiana Maria, Fabiana Brito e Cleane** por compartilhar experiências;

À **Universidade Federal da Paraíba**, instituição que desde a graduação me deu suporte para alcançar voos mais altos, por meio da estrutura física necessária, excelente corpo docente e dedicados funcionários;

Aos meus colegas de trabalho, **Lourinaldo, Adelio, Karine, Niedja**, por compartilharem não só dias de plantão, mas ensinamentos, momentos de felicidades, desafios, glórias e apoio diante dos os obstáculos, tornando a caminhada mais suave. Rogo a Deus pela vida de vocês e que me conceda a honra de caminharmos juntos por muitos e muitos anos;

Aos amigos e demais familiares que, direta ou indiretamente, no silêncio do dia-a-dia, intercederam junto a Deus pelos meus sonhos, contribuindo, assim, para a concretização deste estudo.

A todos, muito obrigada!

“E que diminua eu, para que tu cresças Senhor, mais e mais...”

(João 3:30)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVDs – Atividades de Vida Diária

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CWRU – Case Western Reserve University

CQ – General Comfort Questionnaire

GEPSAI – Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e Idoso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OEA – Organização dos Estados Americanos

PB – Paraíba

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

VRS - Verbal Rating Scale Questionnaire

OLIVEIRA, Sanni Moraes de. **Necessidade de conforto percebidos por idosos hospitalizados**: uma análise à luz da Teoria de Kolcaba. 2019. 84f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

RESUMO

Introdução: As alterações multidimensionais no idoso propiciam maior ocorrência de condições crônicas e hospitalizações. Conforme os pressupostos da Teoria de Kolcaba, a Enfermagem assume um papel privilegiado no cuidar e o Conforto é o resultado holístico desejável destes cuidados. **Objetivo:** Desvelar a necessidade de Conforto na percepção de pessoas idosas hospitalizadas, utilizando a Teoria de Kolcaba. **Método:** A estrutura metodológica teve abordagem qualitativa, descritiva, com 11 idosos internados em um hospital universitário. A coleta ocorreu de Novembro a Dezembro de 2018, através de entrevista semiestruturada audiogravada, contemplando questões quanto ao perfil dos participantes e referentes às necessidades de Conforto fundamentado na teoria. O material empírico foi analisado sob a técnica de Bardin. Durante a pesquisa os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos foram observados, com aprovação do Comitê de Ética nº 2.853.889-PB. **Resultados:** Os resultados foram categorizados em quatro unidades temáticas: Físico, Ambiental, Sociocultural e Psicoespiritual. No Contexto Físico, foram identificadas as subcategorias de alívio de sintomas, atividades de vida diária, higiene e arranjo pessoal, alimentação, sono e repouso. Na categoria Ambiental, em alguns casos, o Conforto foi considerado superior ao do próprio lar. Na unidade temática Sociocultural, houve o afastamento dos vínculos familiares, despertando sentimentos de saudade e isolamento. No âmbito Psicoespiritual, evidenciou a espiritualidade e religiosidade como forma de enfrentamento, capaz de transcender a situação que o adoecimento propicia. **Considerações finais:** desvelar as necessidades de Conforto dos idosos hospitalizados permite refletir sobre os cuidados de enfermagem, com a finalidade de promover uma interação de forma holística e integral, fornecendo subsídios para qualificar a assistência e atender as necessidades reais da pessoa idosa.

DESCRITORES: Enfermagem; Teoria de enfermagem; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado; Conforto do paciente.

OLIVEIRA, Sanni Moraes de. **Need for comfort perceived by hospitalized elderly people: an analysis in the light of Kolcaba's Theory**. 2019. 84pp. Dissertation (Master degree) – Graduate Program in Nursing, Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba. João Pessoa.

ABSTRACT

Introduction: The multidimensional changes in the elderly person entail a greater occurrence of chronic conditions and hospitalizations. According to the assumptions of Kolcaba's Comfort Theory, nursing takes a leading role in the care process and Comfort is the desirable holistic result of this care. **Objective:** To unveil the need for Comfort in the perception of hospitalized elderly people, using Kolcaba's Theory. **Method:** The methodological structure had a qualitative and descriptive approach, with 11 elderly patients admitted to the an University Hospital. The collection was performed from November to December 2018, through semi-structured and audio-recorded interviews, encompassing questions regarding the profile of the participants and related to the needs of Comfort based on the theory. The empirical material was analyzed from Bardin's technique. During the research, the ethical aspects that regulate the research involving human beings were respected, with approval of the Ethics Committee nº 2.853.889-PB. **Results:** They were categorized into four thematic units: Physical, Environmental, Sociocultural and Psychospiritual. In the Physical Context, the subcategories of symptom relief, daily life activities, hygiene and personal care, food, sleep and rest were identified. In the Environmental context, in some cases, Comfort was considered superior to that of the home itself. In the Sociocultural context, there was the distancing of family bonds, arousing feelings of longing and isolation. In the Psychospiritual context, spirituality and religiosity were noted as ways of coping, which are capable of overcoming the situation caused by illness. **Final considerations:** To unveil the needs for Comfort of hospitalized elderly people enables us to reflect on nursing care, with a view to promoting a holistic and comprehensive interaction, providing subsidies to enhance care and meeting the actual needs of the elderly person.

DESCRIPTORS: Nursing; Nursing Theory; Nurses Improving Care for Health System Elders; Patient Comfort.

OLIVEIRA, Sanni Moraes de. **Necesidad de confort percibida por ancianos hospitalizados: un análisis a la luz de la Teoría de Kolcaba.** 2019. 84h. Disertación (Maestría) – Programa de Postgrado en Enfermería, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba. João Pessoa.

RESUMEN

Introducción: Los cambios multidimensionales en el anciano conllevan una mayor ocurrencia de condiciones crónicas y hospitalizaciones. Según los presupuestos de la Teoría del Confort de Kolcaba, la enfermería toma un rol privilegiado en el acto de cuidar y el Confort es el resultado holístico deseable de estos cuidados. Objetivo: Revelar la necesidad de Confort en la percepción de personas ancianas hospitalizadas, utilizando la Teoría de Kolcaba. **Método:** La estructura metodológica tuvo un enfoque cualitativo y descriptivo, con 11 ancianos internados en un Hospital Universitario. La recolección ocurrió de noviembre a diciembre de 2018, mediante entrevistas semiestructuradas grabadas en audio, incluyendo cuestiones sobre perfil de los participantes y relacionadas con las necesidades de Confort sobre la base de la teoría. El material empírico fue analizado bajo la técnica de Bardin. Durante la investigación, los aspectos éticos que regulan la investigación involucrando seres humanos fueron respetados, con la aprobación del Comité de Ética nº 2.853.889-PB. **Resultados:** Se categorizaron en cuatro unidades temáticas: Físico, Ambiental, Sociocultural y Psicoespiritual. En el contexto Físico, se identificaron las subcategorías de alivio de síntomas, actividades de vida diaria, higiene y arreglo personal, alimentación, sueño y descanso. En el contexto Ambiental, en algunos casos, el Confort fue considerado superior al del propio hogar. En el contexto Sociocultural, hubo el alejamiento de los vínculos familiares, despertando sentimientos de nostalgia y aislamiento. En el contexto Psicoespiritual, se notó la espiritualidad y la religiosidad como formas de enfrentamiento, capaces de superar la situación provocada por la enfermedad. **Consideraciones finales:** Revelar las necesidades de Confort de los ancianos hospitalizados permite reflexionar sobre los cuidados de enfermería, con miras a promover una interacción de forma holística y completa, proporcionar subsidios para calificar la asistencia y satisfacer las necesidades reales del anciano.

DESCRIPTORES: Enfermería; Teoría de Enfermería; Enfermeras que mejoran la atención para ancianos del sistema de salud; Comodidad del Paciente.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	11
1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos	18
	CAPÍTULO I	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	Perspectiva Teórica do Conforto no Âmbito da Enfermagem	20
3.2	Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	22
	CAPÍTULO II	30
4	PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1	Delineamento do Estudo	31
4.2	Cenário	31
4.3	Participantes do Estudo	32
4.4	Instrumento e Coleta de Dados	32
4.5	Procedimentos e Análise dos Dados	32
4.6	Considerações Éticas	36
	CAPÍTULO III	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1	Caracterização dos Participantes	38
5.1	Necessidade de Conforto Percepcionados por Idosos Hospitalizados	42
5.1.1	Categoria Temática: Contexto Físico	42
5.1.2	Categoria Temática: Contexto Ambiental	49
5.1.3	Categoria Temática: Contexto Sociocultural	53
5.1.4	Categoria Temática: Contexto Psicoespiritual	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
7	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Para dar início a apresentação deste estudo, não há como mencionar um aspecto único responsável pelo interesse na área de saúde do idoso. No entanto, durante a minha trajetória acadêmica, enquanto discente do Curso de Graduação em Enfermagem, guardo lembranças memoráveis das primeiras oportunidades de aproximação com pessoas idosas, nas atividades práticas de estágio e, principalmente, em projetos de extensão, os quais permitiam um maior contato e empatia por aqueles pacientes, em sua maioria, tão receptivas, cheias de vida, de alegria singela e, sobretudo, carentes de atenção e cuidados.

Hoje, acredito que adentrar na área da Gerontologia não se tratou de uma escolha intencionada, porém, creio nos planos de Deus, pois, dentre as inúmeras oportunidades e vasto campo de atuação, fui aprovada numa seleção para o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e, no que lhe concerne, integrar o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso (GEPSAI), desenvolvendo um projeto acerca de determinantes de Envelhecimento Ativo, o que me fez compreender a importância do atendimento integral e adequado para a saúde da pessoa idosa.

Alguns anos depois, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), debruicei-me com a temática: Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos distúrbios do sono de idosos em atendimento ambulatorial. Este estudo, reafirmou a necessidade de compreender a pessoa idosa ante a sua multidimensionalidade, para alcançar as suas reais necessidades. Associado à isto, deparei, na prática profissional, com a elevada prevalência de hospitalização de idosos, os quais, muitas vezes, se encontravam passivos em um leito hospitalar, em geral, despersonalizados, ocasionado pelo estigma de doente, tornando-se apenas uma patologia e identificado por um número de leito.

Ao emergir no sonho da carreira acadêmica, foi então sugerido pela minha orientadora, aprofundamento sobre o tema “Conforto”. Em meio as reflexões advindas destes estudos, deparava-me com o termo, em questionamentos durante as visitas de enfermagem, a exemplo: “O(a) senhor(a) está confortável?”. Acreditava que a aceção se limitava a ausência de sintomas físicos. Desconhecia então, a magnitude que se constitui o fenômeno, e assim, me propus a investigar as necessidades de Conforto frente ao processo de hospitalização das pessoas idosas.

Considerando o exposto e tendo em vista a necessidade de compreender como o idoso experiencia o Conforto no ambiente hospitalar, por se encontrar vivenciando uma situação em que as fragilidades tendem a ser evidenciadas, utilizou-se do aporte teórico desenvolvido por Katharine Kolcaba, na Teoria do Conforto, para conduzir esta investigação, dado os incipientes estudos na realidade local. Convém destacar, que este estudo utilizou-se da subjetividade da pesquisa qualitativa, para analisar os contextos de Conforto contemplados na Teoria mencionada.

A seguir, primeiramente, faz-se a introdução da temática, desvelando sua contextualização, a delimitação do problema e objetivos. Além desse tópico, o estudo apresenta três capítulos. O **Capítulo I** traz a fundamentação teórica, o **Capítulo II**, contempla o detalhamento dos procedimentos metodológicos adotados para o desenvolvimento do estudo. O **Capítulo III** abarca os resultados a discussão obtidos na pesquisa. Como desfecho, apresentam-se as considerações finais.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma sistemática e progressiva nas sociedades desenvolvidas, e tem sido considerado um fenômeno demográfico de grande relevância mundial. Esse fenômeno, gera demandas específicas das pessoas idosas, implicando em consequências sociais, econômicas, e em repercussões na saúde e na qualidade de vida destas, suscitando novos desafios inerentes a este processo (ABREU et al., 2018; FERNANDES; BARRÍOS, 2014).

Frente às necessidades de saúde, sabe-se que a longevidade acarreta mudanças multidimensionais na população que envelhece e traz consigo maior susceptibilidade e vulnerabilidade para ocorrência de condições crônicas de saúde, as quais necessitam de cuidados contínuos, de alto custo ao sistema e são percebidas como potencialmente incapacitantes, conduzindo a necessidade de cuidados em saúde complexas, além de repercussões negativas que podem surgir com as comorbidades, devido a maior fragilidade e riscos de disfuncionalidade orgânica e consequentemente maior ocorrência de hospitalizações prolongadas e constantes (CASTRO et al., 2013; COUTINHO et al., 2015).

O aumento da dependência dos serviços de saúde, no contexto hospitalar, apresenta-se como uma das respostas à diversidade de problemas que a pessoa idosa pode evidenciar, em virtude das modificações biológicas próprias da idade, tais quais, a ocorrência das síndromes geriátricas, declínio do estado geral, interações medicamentosas, risco iatrogênico, déficits sensoriais e cognitivos (COUTINHO et al., 2015).

Ressalta-se que, o hospital é uma instituição formal que oferece serviços à população e, no caso do idoso, revê representar um espaço de confiança em que ele possa conviver e trocar experiências. O impacto da hospitalização para o idoso está relacionado à maneira como ele foi hospitalizado, a compreensão do próprio envelhecimento, e das relações estabelecidas no ambiente hospitalar, os quais vão repercutir diretamente na sua adaptação durante a hospitalização e tratamento (OLIVEIRA et al., 2016).

A hospitalização apesar de necessária para o restabelecimento da saúde, pode gerar ansiedade, medo e desconforto e se revelar como uma experiência desagradável para a pessoa, especialmente, a idosa, pela separação do seu ambiente familiar e ante necessidades de enfrentar as condições da doença, conduzindo-a facilmente a experimentar sentimentos de

isolamento, impotência e solidão, pois tende a reforçar os sentimentos negativos e remetê-la para uma postura mais passiva e regressiva (SILVA, 2016).

As pessoas idosas com multipatologias crônicas necessitam de uma atenção em saúde específica, pela fragilidade biológica, psicológica e social. Apesar disso, na maioria das vezes, recebem, cuidados fragmentados, incompletos e ineficientes. Frente as adaptações constantes inerentes ao processo de envelhecimento, a ocorrência de uma condição crônica de saúde pode gerar situações que ameaçam o bem-estar e a qualidade de vida do idoso, levando-o a interpretar tal condição como um desconforto contínuo (LIRA et al., 2015).

Diante disso, a garantia de uma assistência integral e humanizada, se configura como um dos maiores desafios na especialidade da saúde do idoso. Demanda dos profissionais da saúde, o manejo adequado em nível de prevenção das doenças e promoção, assistência e reabilitação à saúde (BOTH et al., 2014).

Nesse contexto, com o intuito de proporcionar à pessoa idosa uma efetiva adequação da assistência no enfrentamento do processo saúde-doença, muitas vezes recorrentes nesta etapa da vida, a enfermeiro assume um papel preponderante e privilegiado no seu processo de cuidar, que envolve proporcionar a pessoa cuidada, sensações de confiança, de segurança, de tranquilidade, bem como de alívio, por meio de atitudes praticadas para promover o bem-estar e o Conforto (MEDEIROS, 2014; LIMA et al., 2016).

Para que os profissionais de enfermagem atuem eficientemente, devem incorporar em seu processo de cuidar, ações relativas a promoção do Conforto como um dos resultados esperados na prática cotidiana, que não devem ser limitadas à competência técnica, mas sim, subsidiadas em conhecimentos científicos, devendo ser conduzidas pela teoria, contribuindo para a melhoria do cuidado de modo que favoreçam a abordagem global da pessoa, particularmente da idosa (COFEN, 2009; BARBOSA et al., 2014; MEDEIROS et al., 2014).

Na Enfermagem, as teorias são utilizadas para descrever, explicar, diagnosticar e prescrever medidas para a prática assistencial, apresentando subsídio científico frente às ações prestadas. Logo, para o desenvolvimento da Enfermagem como ciência e profissão, faz-se necessário que as teorias, a pesquisa e a prática clínica estejam em consonância (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

Dentre as teóricas contemporâneas que estudam o Conforto como parte do processo de cuidar em enfermagem, merece destaque as contribuições de Katharine Kolcaba, que trabalhou o conceito e a operacionalização do fenômeno com a elaboração da Teoria do

Conforto (2003). A Teoria é classificada de médio alcance e focaliza a importância do Conforto como o resultado holístico da prática da Enfermagem, destacando a relevância de compreendê-lo diante da multidimensionalidade do processo do cuidar (KOLCABA, 2003).

De acordo com Kolcaba, o Conforto, compreende a satisfação das necessidades humanas básicas, resultante do cuidado de enfermagem, proporcionada por meio de intervenções denominadas medidas de Conforto, sendo estas, um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem (MEDEIROS, 2014; PONTE; SILVA, 2015; MARTINS, 2015).

Kolcaba contempla o Conforto como uma experiência imediata do ser, sendo fortalecida por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos da experiência humana, a saber: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, podendo estes assumirem significados diferentes para pessoas diferentes. Além disso, a teórica apresenta a operacionalização do conceito e orienta o enfermeiro na realização de intervenções para aliviar as sensações de desconfortos nos indivíduos (KOLCABA, 2001; MEDEIROS, 2014; LIMA et al., 2016)

Destarte, justifica-se a realização deste estudo, a possibilidade de existirem inúmeras formas de confortar nas práticas relativa aos cuidados de Enfermagem, mesmo que estas não sejam incorporadas como ações de enfermagem no cotidiano da assistência. Isso remete a reflexão sobre os elementos significativos de Conforto, envolvendo pessoas idosas enfrentando o processo de hospitalização, assim como seu entendimento sobre os cuidados para confortar.

Esta investigação, busca contribuir com a produção de um conhecimento próprio da área da Enfermagem, visto que existem poucos estudos que tenha o Conforto como objeto de análise, principalmente, considerando como referencial a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), concernente à prática de cuidar em unidade de internação hospitalar. A importância da pesquisa também se dá na medida em que poderá despertar nos profissionais de enfermagem uma maior atenção para o Conforto como resultado de uma ação que complementa, qualifica e, em algumas circunstâncias, extrapola o cuidado de enfermagem.

Por conseguinte, a relevância deste estudo se configura pela sua potencialidade de gerar informações importantes sobre o objeto analisado e proporcionar para a profissão de Enfermagem um conhecimento maior no que tange a necessidade de Conforto para confortar a pessoa idosa na sua multidimensionalidade. Ante o exposto, esta pesquisa está imbuída em responder a seguinte questão de pesquisa: qual a necessidade de Conforto na percepção de

peessoas idosas em unidade de internação hospitalar? Para a obtenção de respostas para a questão foram delimitados os objetivos do estudo, dispostos no tópico seguinte.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Desvelar a necessidade de Conforto na percepção de pessoas idosas hospitalizadas, analisados à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a necessidade de Conforto percebida por pessoas idosas hospitalizadas;
- Relacionar as situações vivenciadas por essas pessoas nos contextos de experiência de Conforto físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual, conforme proposto pelo referencial teórico de Kolcaba.

CAPÍTULO I

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Perspectiva Teórica do Conforto no Âmbito da Enfermagem

O Conforto apresenta uma associação histórica e consistente com a ciência da Enfermagem, sendo usualmente associado a uma dimensão física da pessoa, entretanto, o termo Conforto, ao longo dos anos, tem sido objeto de estudo e o seu conceito, atualmente engloba uma dimensão bem mais ampla, na prática de cuidados de Enfermagem de qualidade (FARIA; RIBEIRO; GOMES, 2018; SOUSA, 2014).

O sentido etimológico da palavra Conforto, de origem latina “*confortare*”, significa dar forças, dar alento de forma nobre e grandiosa. O Conforto deriva de confortar que significa restituir forças, fortalecer, fortificar, consolar, revigorar e animar. Em achados antigos e contemporâneos, encontrou-se o termo em inglês *comfort*, derivado de *cum*, cujo significado diz respeito à conjunto, e *fortis*, significa, forte (APÓSTOLO, 2009; APÓSTOLO, 2010).

Nesta perspectiva, constata-se a evolução do conceito do Conforto, considerando em especial, os escritos de Enfermagem sobre a temática. O significado de Conforto esteve implícito, sem definição concreta, com abordagem ampla, denotado de variações semânticas. Dessa forma, o termo referia-se à um processo de Conforto, bem como à um resultado final. Além disso, podia ser compreendido como um sentimento ou um estado, associando sempre ao alívio, ao bem-estar e ao encorajamento, elementos comuns nas definições do construto (GOIS, 2016)

Ante este contexto, as referências mais concisas referentes ao Conforto na trajetória histórica na Enfermagem, talvez tenham surgidos nos escritos de Florence Nightingale (1860), nos quais evidenciava uma forte relação entre a Enfermagem e o Conforto. Verificava-se, portanto, sua compreensão acerca do fenômeno como instrumento importante na promoção da saúde. Embora pouco contextualizado, a autora considerava que o efeito confortante dos cuidados de enfermagem se dava em nível, físico, psicológico e social, assumindo muita importância no cuidado, devido ao reduzido efeito curativo da Medicina na época. Assim, o Conforto era valorizado como imperativo da Enfermagem, de modo que a capacidade de proporcioná-lo determinava a habilidade e o caráter da enfermeira (PETERSON; BREDOW, 2012).

No entanto, na década de 1950, com avanço da Medicina, a literatura evidenciava a desvalorização e uma certa relutância em associar o Conforto à prática, relacionado à linha de pensamento da educação em Enfermagem, que associavam o Conforto à noção de feminilidade e de fragilidade, em oposição à ideia nobre de cura e terapêutica farmacológica, próprio da Medicina. O fenômeno então, tornou-se obsoleto e de pouca importância dentre os cuidados de enfermagem, em detrimento do foco nos cuidados físicos. Neste contexto, o suporte emocional e a atenção àqueles que apresentavam prejuízo no autocuidado eram dispensados somente em casos fora da possibilidade terapêutica, a saber, cuidados paliativos e condições crônicas (APÓSTOLO, 2009; APÓSTOLO, 2010; SOUSA, 2014).

Com o advento das Teorias de Enfermagem, o Conforto passou a ser abordado sob diversas visões e teorizações ao longo dos anos nas produções científicas da Enfermagem, trazendo contribuições significativas para o desenvolvimento teórico desta disciplina e para a compreensão do Conforto como estratégia de cuidado, reconhecendo a relevância que o ato de confortar tem na profissão e na prática de cuidados, se constituindo como uma estratégia para alcançar os aspectos fundamentais dos cuidados de enfermagem. O aprimoramento do Conforto do paciente foi visto como uma meta positiva de enfermagem capaz de propiciar uma melhora em um estado ou condição anterior (PETERSON; BREDOW, 2012).

Dentre as teóricas de enfermagem que estudaram o Conforto, duas destacam-se pela profundidade do seu trabalho. A primeira, é Janice Morse que, a partir dos anos de 1980, iniciou um conjunto de estudos que deram visibilidade ao conceito de Conforto no contexto da Enfermagem contemporânea, sugerindo que a tendência centrada no modelo biologicista da saúde-doença, tinha repercussões negativas para a Enfermagem, uma vez que os dados demográficos apontavam para um grande número de idosos que demandariam menos aporte tecnológico e mais Conforto em seus últimos anos de vida (MORSE, 2000).

A segunda, é Katharine Kolcaba que, a partir dos anos de 1990, preocupada com esta perspectiva, dedicou seus esforços a conceituar o termo Conforto e refletir sobre o processo do Conforto em sua completude, incluindo a avaliação dos resultados. Em consequência disso, desenvolveu uma teoria de médio alcance, elaborando uma estrutura taxonômica que permite operacionalizar os resultados das intervenções de Enfermagem voltados para a promoção do Conforto (KOLCABA, 1991; KOLCABA, 1994; KOLCABA, 2003; PETERSON; BREDOW, 2012). Sobre os aspectos relevantes dessa teoria discorre-se a seguir.

3.2 Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

Katherine Kolcaba nasceu dia 8 de dezembro de 1944 na cidade de Cleveland, Ohio, Estados Unidos da América. Foi graduada em Enfermagem pela *St. Luke's Hospital School of Nursing*, em 1965 e exerceu durante muitos anos a assistência de enfermagem a idosos com Alzheimer, por meio de cuidados continuados integrados e cuidados domiciliares. Atuou também em um serviço para pessoas acometidas por afecções psiquiátricas. Nesse contexto de cuidado, a teórica concebia Conforto como um estado desejado para aqueles pacientes, ao realizarem atividades especiais (KOLCABA, 2012).

Em 1987, ao término do mestrado em enfermagem na *Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University* (CWRU), Katharine passou a integrar o corpo docente do *College of Nursing* da Universidade de Akron. Em 1997, tornou-se PhD em Enfermagem pela *Frances Paine Bolton School of Nursing*, também na *Case Western Reserve University* onde conduziu a análise do conceito de Conforto examinando a literatura de diversas disciplinas, incluindo Enfermagem, Medicina, Psicologia, Psiquiatria, Teologia e Ergonomia (SILVA, 2016).

Assim, conseguiu contextualizar sua teoria como de médio alcance, em sua dissertação, a qual foi testada mediante um estudo de intervenções em mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico. Nos dez anos seguintes do seu doutorado, Kolcaba utilizou os resultados de seus estudos para desenvolver e explicar sua teoria. Em parceria com seu esposo, publicou uma análise do conceito de Conforto e elaborou um diagrama dos aspectos do Conforto, resultado dos cuidados de enfermagem (KOLCABA, FOX, 1999; KOLCABA, 2003).

As apresentações contínuas sobre sua ideia de Conforto foram difundidas em eventos científicos, em publicações de periódicos, por meio do endereço eletrônico *The Comfort Line* e em outros veículos de comunicação científica, sendo aprimoradas quanto a sua aplicabilidade em diversos âmbitos da assistência de enfermagem. A principal obra publicada de Katharine Kolcaba é *Comfort Theory and Practice: a Vision for Holistic Health Care and Research*, cuja última edição data de 2003 (KOLCABA, 2003; KOLCABA, 2012;).

Kolcaba (2003) atribuiu ao conceito do Conforto, seis significados que indicam renovação, ampliação de poder, sentimentos positivos e uma preparação para a ação, conforme explicitados a seguir:

1) A causa do alívio do desconforto. Intervenção sobre a causa do desconforto, eliminando-a de forma a surgir o alívio que se traduz em Conforto;

2) O estado de tranquilidade e contentamento pacífico, um efeito da ação de pessoas, ou coisas que fornecem ajuda ou ânimo. O estado de Conforto pressupõe ausência de preocupação, dor, sofrimento entre outros. As causas de Conforto iniciadas por pessoas, ou produzidas por objetos são consideradas forças que contrariam ou neutralizam os efeitos do desconforto. Os enfermeiros frequentemente identificam e eliminam a fonte de desconforto antes que o doente sinta os seus efeitos e, neste sentido, pode surgir a ação de confortar sem que seja sentido o desconforto, proporcionando um estado de tranquilidade. Quando o desconforto não pode ser evitado é frequentemente compensado com medidas adicionais de promoção de Conforto;

3) Alívio do desconforto, não significa um estado de Conforto. O alívio pode ser incompleto (aliviar uma causa de muitas que causa o desconforto), parcial (o alívio pode ser um pouco menos desconfortável e não na totalidade) ou temporário (o alívio pode ser por um curto período). O estado de Conforto pressupõe um nível elevado de alívio do desconforto que perdura ao longo do tempo;

4) Algo que faz a vida mais fácil e agradável. Este sentido é desconhecido na ciência de Enfermagem, pelo que foi eliminado da pesquisa sobre o sentido técnico do Conforto na enfermagem;

5) Surge do significado da palavra oriunda do latim *confortare*, que significa dar forças, dar alento, fortalecer grandemente;

6) O Conforto ainda pode ser dar força, encorajar, ajudar, socorrer, dar suporte e ainda refrescar ou revigorar fisicamente.

Os pressupostos da Teoria do Conforto (KOLCABA, 2003) compreendem que os seres humanos apresentam respostas holísticas aos estímulos complexos; O Conforto é um resultado holístico desejável relativo aos cuidados de enfermagem; Os seres humanos buscam satisfazer as necessidades básicas de Conforto ou para que sejam satisfeitas; O Conforto promove ânimo aos pacientes para que assumam comportamentos que auxiliem na saúde; Os pacientes, que assumem ativamente comportamentos de saúde, estão satisfeitos com seus cuidados de saúde; A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para as pessoas que recebem cuidados (PETERSON; BREDOW, 2012).

No concernente aos princípios da Teoria, Kolcaba (2003) salienta que: a) no cuidado de Enfermagem, o Conforto implica em intervenções que podem ser implementadas para atingir o Conforto total do paciente; b) os enfermeiros, em conjunto com os outros membros da equipe, identificam as necessidades não satisfeitas dos pacientes no sistema de suporte existente; c) os enfermeiros, em conjunto com os outros membros da equipe definem intervenções que vão ao encontro da satisfação dessas necessidades; d) outras variáveis são consideradas na definição das intervenções por serem determinantes para o sucesso das mesmas; e) o objetivo intencional de aumentar o Conforto é conseguido se as intervenções forem apropriadas são implementadas de forma correta. Desta forma, o paciente experimenta de imediato um ganho em Conforto como resultado da intervenção; f) os pacientes e os enfermeiros concordam sobre o que é desejável e realista nos comportamentos de procura de saúde; g) o aumento do Conforto é atingido quando os pacientes intensificam o compromisso de procura de comportamentos de saúde.

Na teoria de Kolcaba, o Conforto é resultado de uma condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas para proporcioná-lo. Constituindo-se como a experiência imediata e holística de ser, revelada por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. A autora acrescenta ainda que, o Conforto representa mais do que ausência de dor ou outros desconfortos físicos, é um resultado essencial do cuidado de saúde e um estado holístico e complexo (KOLCABA; 2003).

Em suma, as concepções de Conforto na perspectiva de Kolcaba (2003) são consoantes às ideias de ajuda ou suporte, configurando-se como um estado subjetivamente percebido de quem é ajudado, de quem sente alívio, encorajamento ou de quem se percebe satisfeito com seu estado físico e mental, sem dificuldades, ansiedade ou do um estado imediato e multidimensional de bem-estar (PETERSON; BREDOW, 2012).

A autora sustenta a hipótese que em contextos de saúde, as necessidades de Conforto das pessoas que ainda não tenham sido alcançadas, são satisfeitas pelos profissionais de enfermagem. Dessa forma, quando o Conforto é obtido, as pessoas sentem-se fortalecidas e empenhadas nos seus comportamentos de saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis, alcançando-se um resultado holístico (KOLCABA, 2001; SILVA, 2016).

O modelo conceitual proposto por Kolcaba fundamenta-se em necessidades que emergem de situações ou estímulos, que causam desconfortos no indivíduo. As necessidades de Conforto devem ser identificadas e as intervenções de enfermagem têm como objetivo

deslocar os desconfortos para o sentido positivo por meio de forças facilitadoras. O aumento do Conforto indica que as tensões negativas diminuíram conduzindo a uma mudança de atitude (KOLCABA, 2001; KOLCABA, 2003).

Ressalta-se que o Conforto tem sido frequentemente referido como uma experiência subjetiva e uma necessidade humana, altamente valorizada pelo paciente. O processo de confortar caracteriza-se pela complexidade e exigência, perante a singularidade de cada pessoa. A atitude e a competência fazem parte dos requisitos dos profissionais de enfermagem que os confortam, frente a individualização da intervenção, compreendendo as condições contextuais para o cuidado (SILVA, 2016).

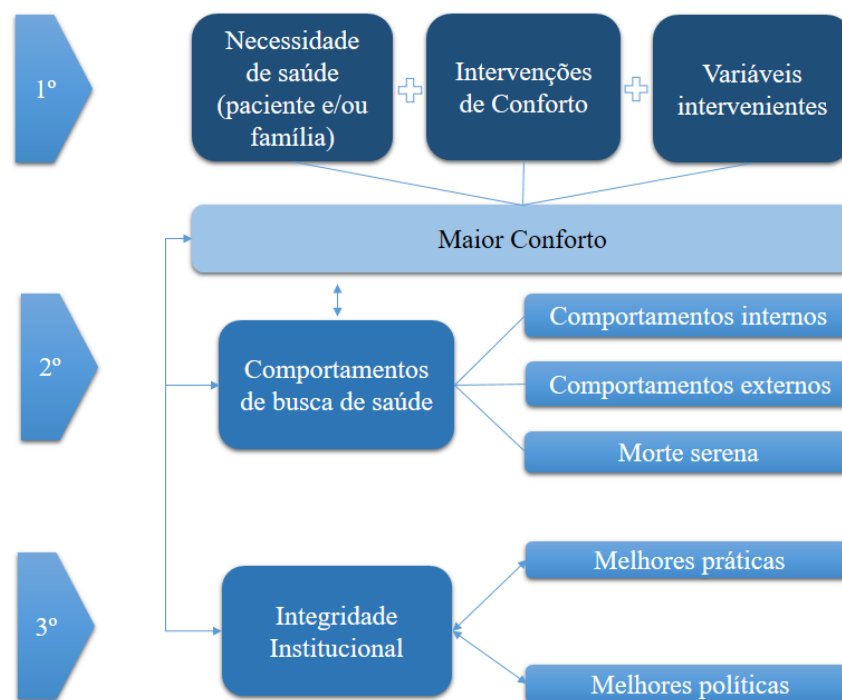
A Teoria do Conforto (2003) apresenta os conceitos relativos ao metaparadigma da Enfermagem e discute suas definições no tocante à Enfermagem como o processo de avaliação intencional das necessidades de Conforto do doente, com delineamento de medidas para satisfazer estas necessidades e reavaliar após implementação dessas medidas, de forma a obter uma comparação com a avaliação anterior. A avaliação pode ser objetiva, como por exemplo, na observação de cicatrização de feridas, ou subjetiva, como perguntar se o paciente está confortável. A pessoa/homem/paciente podem ser considerados como indivíduos, famílias, instituições ou comunidades carentes de cuidados de saúde em qualquer nível de atuação. O ambiente é qualquer lugar que envolva a pessoa, família, comunidade ou meios institucionais que podem ser manipulados por enfermeiros para melhorar o Conforto. A saúde representa o funcionamento ótimo do paciente, família ou comunidade facilitado pelo aumento do Conforto, conforme definida pelo paciente, grupo, família ou comunidade (PETERSON; BREDOW, 2012).

Kolcaba (2003) define o Conforto como uma experiência imediata e holística de fortalecer-se graças à satisfação de suas necessidades, sendo um resultado desejável dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, as necessidades de Conforto são consideradas aquelas identificadas pelo paciente, família e comunidade, em um cenário de prática particular, na qual envolvem a integridade institucional (os valores, a estabilidade financeira, e a totalidade das organizações de saúde em nível local, regional, estadual e nacional) e as variáveis intervenientes, que são aqueles fatores não susceptíveis de mudanças e sobre os quais tem-se pouco controle (tal como o prognóstico, a situação financeira e o apoio social).

Diante disso, as proposições de sua teoria são dispostas por meio de esquema para melhor compreensão de sua operacionalização. Compreendendo os principais conceitos articulados pela teórica, expostos anteriormente. Ao viabilizar a compreensão do Conforto

como resultado dos cuidados de enfermagem, têm-se as proposições da teoria que podem ser observadas em três momentos (Figura 1).

Figura 1. Estrutura conceitual da Teoria do Conforto [Adaptada].



Fonte: <http://www.thecomfortline.com> (2018).

Considerando tal esquema, verifica-se que de início, o enfermeiro avalia o paciente de forma holística, buscando identificar às necessidades de Conforto a partir dos contextos (físico, ambiental, sociocultural e psíquico) e, simultaneamente, implementa intervenções, considerando as variáveis intervenientes, ao tempo em que avalia a satisfação de Conforto proporcionada por cada ação praticada. No segundo momento, as atividades que promovem Conforto são intensificadas e o paciente é preparado, consciente ou inconscientemente, a desenvolver comportamentos que buscam pelo bem-estar, criando um modelo de atividades que promovam Conforto. Os comportamentos de busca de saúde podem ser internos, sejam funções autoimune, fé; e externas, tais quais, atividades de saúde, busca pelo conhecimento; podendo também ser proporcionado a uma morte serena. O terceiro momento corresponde à integridade institucional, quando a equipe é qualificada eticamente para o aperfeiçoamento do serviço. Inclui a satisfação do paciente, redução de custos, redução

de morbidade e reinternações, assim como melhores políticas e práticas de saúde (KOLCABA, 2003).

A Teoria do Conforto, explica uma filosofia de cuidado em que 193 necessidades holísticas de Conforto de pacientes, famílias e enfermeiras são identificadas e abordadas. As variáveis intervenientes são contabilizadas no planejamento e avaliação. O resultado desejado e imediato desse tipo de cuidado é um Conforto aprimorado, um objetivo altruísta e centrado no paciente (PETERSON; BREDOW, 2012).

Para compreensão holística da teoria, Kolcaba definiu os níveis de Conforto que se podem atingir (alívio, tranquilidade e transcendência) e o contexto onde estes podem ocorrer ou serem percebidos pela pessoa (físico, psicoespiritual, ambiental e social). A partir dessa análise, a teórica construiu a estrutura taxonômica do Conforto (Figura 2). Nessa estrutura, identifica-se que todos os aspectos do Conforto estão inter-relacionados e diagramados em uma grade bidimensional. A primeira dimensão é a intensidade das necessidades satisfeitas ou não para alívio, tranquilidade e transcendência. A segunda é composta pelos graus de necessidade de Conforto internas e externas de natureza física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. A grade surge quando as duas dimensões estão justapostas, produzindo 12 células. Nesta estrutura, cada célula representa um atributo do Conforto como um resultado positivo dos cuidados de enfermagem, que ocorre de forma interdependente entre suas dimensões. Essa grade tem sido útil para avaliar as necessidades de Conforto de pacientes, famílias e enfermeiras, planejando intervenções para atender a essas necessidades, avaliando informalmente a eficácia dessas intervenções para aumentar o Conforto e medindo o resultado desejado de maior Conforto para pesquisa e prática (KOLCABA, 2003).

Figura 2. Estrutura Taxonômica da Teoria do Conforto.

Contexto de Conforto	Estado de Conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Ambiental			
Sociocultural			

Ressalta-se que, na perspectiva de Kolcaba, os quatro contextos de experiência holística de cuidados de saúde são considerados como necessidades de Conforto (KOLCABA, 1991). O **Conforto Físico** pertence às sensações corporais, mecanismos homeostáticos e funções (reposicionamento do corpo); O **Conforto Ambiental** pertence ao contexto externo da experiência humana; engloba luz, ruído, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais e sintéticos; O Conforto Social pertence ao relacionamento interpessoal, familiar e relações sociais (mais posteriormente, este termo foi alterado para o **Conforto Sociocultural**, incluindo as tradições familiares/culturais e as condições socioeconômicas em sua definição); Já o **Conforto Psicoespiritual** pertence à consciência interna de si próprio, compreendendo autoestima, sexualidade e significado na vida de uma pessoa; também engloba o relacionamento de alguém com uma ordem ou ser superior, como também práticas religiosas.

No que tange aos estados ou níveis de Conforto, Kolcaba (2003) explica que o alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual, no qual a mesma tem a satisfação de uma necessidade específica por meio do controle de fatores globais que causam desconforto, promovendo um estado de calma ou contentamento, de maneira imediata. Assim sendo, o Conforto como **Alívio** é um resultado holístico imediato, que pode ser modificado rapidamente com a mudança das circunstâncias; a **Tranquilidade**, é o estado de calma ou de satisfação, o qual se relaciona a satisfação de necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem no Conforto, resultantes de uma experiência individual. Pressupõe uma condição mais duradoura e contínua, de contentamento e bem-estar; a **Transcendência**, é compreendida como condição em que se está acima dos problemas ou sofrimento, como o nível mais elevado de Conforto, a partir da satisfação das necessidades de educação e motivação, implica no crescimento pessoal, capacitando o paciente a desenvolver seus potenciais e adotar hábitos de vida saudáveis, para realizar suas atividades com a máxima independência e autonomia possível. Este tipo de Conforto é também chamado de renovação.

A Teoria do Conforto pode ser adaptada a qualquer ambiente de saúde, faixa etária ou especialidade de assistência à saúde, seja no domicílio, hospital, instituição ou comunidade. Para pesquisa ou prática, os conceitos podem ser mais definidos, em um nível inferior de abstração, em termos de populações específicas. Cabe destacar que também fornece uma perspectiva ética para tomada de decisão em situações críticas de saúde. Neste sentido, a teoria tem sido usada para avaliar as necessidades de Conforto dos pacientes e suas famílias, desenvolver intervenções para atender as reais necessidades e percepções de Conforto e

avaliar sua eficácia para garantir o bem estar multidimensional (PETERSON; BREDOW, 2012).

Em síntese, desvela-se que o Conforto constitui-se como um fenômeno complexo e sobrepuja os sintomas físicos inerentes ao processo saúde-doença, sendo, portanto, imprescindível considerar todas as dimensões da experiência humana, sejam de ordem física, ambiental, sociocultural e psicoespiritual, durante a prestação de cuidados. Destarte, medidas de conforto devem ser intencionalmente implementadas pelos profissionais de Enfermagem, de modo a fortalecer os estados de alívio, tranquilidade e transcendência, garantindo a satisfação das reais necessidades do paciente, bem como, a consecução de melhores respostas individuais e/ou institucionais.

CAPÍTULO II

Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento do Estudo

A estrutura metodológica compreende a abordagem do tipo qualitativa, descritiva, sendo empregada a concepção advinda das pesquisas humanas e da saúde, a qual não busca investigação de um fenômeno, mas visa a compreensão e interpretação dos significados que tal fenômeno representa para aqueles que o vivenciam, na busca de representações psíquicas e sociais, simbolizações, percepções, ponto de vista, perspectivas e experiências de vida (STAKE, 2011).

Deste modo, a abordagem qualitativa se torna mais adequada para esta pesquisa, tendo em vista o interesse por compreender os acontecimentos que cercam a realidade do ser humano de forma mais profunda e minuciosa, considerando a singularidade holística do indivíduo, a qual não pode ser reduzido a operacionalidade de variáveis e generalizações populacionais (STAKE, 2011).

No concernente aos estudos descritivos, Minayo (2013), afirma que são direcionados para observação, descrição de um fenômeno de interesse insuficientemente conhecido, sem quaisquer intervenções no cenário da pesquisa, servindo de base para sua compreensão. Assim, justifica-se a utilização do método, buscando a compreensão das necessidades de Conforto e os modos de confortar percebidos por pessoas idosas hospitalizadas, utilizando como referencial a Teoria de Kolcaba (2001).

4.2 Cenário

A pesquisa foi realizada em uma unidade clínica de internação de um hospital universitário. Na referida unidade são realizados tratamento clínico pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo pacientes referenciados de todo o estado da Paraíba. Tal qual, comporta leitos para internação de pessoas adultas e idosas de ambos os sexos.

Optou-se por este campo por se tratar de um Hospital-Escola, que permite estudos comprometidos com a ética, a cidadania, o conhecimento e o atendimento às necessidades do indivíduo e da sociedade e, ainda, por atender um grande contingente de pessoas idosas com

condições crônicas de saúde, a exemplo de síndromes geriátricas, com diferentes graus de dependência funcional.

4.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo pessoas idosas hospitalizadas de ambos os sexos. O processo de seleção, observou-se os princípios da técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Considerando isso, Minayo (2013), afirma que durante a escolha da amostragem na pesquisa qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e muito mais com o aprofundamento da pesquisa, sua amplitude e a diversidade no processo de compreensão. A autora ora mencionada amplia essa assertiva ao afirmar que na abordagem qualitativa, a amostragem não é delimitada de forma numérica, mas considerando a perspectiva de saturação teórica das informações. Nesse contexto, considera-se uma amostra qualitativa ideal a que reflete a totalidade e a dimensão do objeto de estudo, a partir do momento em que os dados empíricos gerados pelas entrevistas começaram a se repetir com frequência.

Logo, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: a) No período da coleta, o idoso está hospitalizado; b) apresentar condições clínicas estáveis, no momento da coleta; c) encontrar-se consciente e orientado para responder os questionamentos do estudo. Como critério de exclusão foi adotado: a) Idosos que possuíam limitações graves na fala e/ou audição que representavam fator impeditivo para uma comunicação efetiva durante a realização da pesquisa. Tendo em vista tais aspectos, os participantes da pesquisa compreenderam 11 pessoas idosas, sendo seis do sexo feminino e cinco do sexo masculino.

4.4 Procedimento de Coleta

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista, subsidiada por dois instrumentos. O primeiro contemplou questões estruturadas elaboradas pela pesquisadora dividido em dois tópicos (**I - Aspectos Qualificadores das Pessoas Idosas e II - Aspectos Clínicos**), submetido a validação de aparência por três especialistas na temática do estudo. O segundo instrumento compreendeu questões semiestruturadas com vista a apreender as

necessidades de conforto das pessoas idosas, conforme suas percepções (Apêndice A). Posteriormente, a pesquisadora submeteu o instrumento a uma testagem prévia junto a três pessoas idosas internas na unidade clínica do Hospital (as quais não foram incluídas na amostra do estudo), com o intuito de identificar possíveis dificuldades quanto a compreensão das questões nele contidas e, assim, equacioná-las. Cumpre assinalar, que após esse procedimento verificou-se que o instrumento estava eficaz na coleta das informações.

No tocante ao processo de coleta de informações empíricas, inicialmente, estabeleceu-se um contato prévio com os possíveis participantes da investigação, mediante apresentação por meio de um diálogo informal sobre assuntos aleatórios, com o intuito de criar um clima de empatia necessário para que as entrevistas fluíssem com o mínimo de interrupções possíveis em horários convenientes para os pacientes.

O período da coleta de dados compreendeu de novembro a dezembro de 2018. Os dados gerados das respostas dos idosos foram gravados, para garantir que nenhuma informação fosse perdida, e, posteriormente, transcritos na íntegra com exatidão e fidelidade pela pesquisadora.

Além do instrumento ora especificado, também foi utilizado um diário de campo em que a pesquisadora registrou observações e impressões verificadas no cenário da investigação considerada importante para a elucidação do objeto de estudo.

4.5 Procedimentos e Análise dos Dados

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin, que a define como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimento relativo as condições de produção/recepção dessas mensagens” (BARDIN, 2016, p.47). Por meio da análise de conteúdo, o pesquisador procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. Considerando a perspectiva de Bardin (2010), para a operacionalização dessa técnica faz-se necessário cumprir as seguintes fases: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados.

a) Organização da Análise

O material ou *corpus* analisado foi composto por 11 entrevistas, que foram transcritas e digitadas na íntegra. As falas dos participantes foram identificadas mediante a identificação com a letra C, letra inicial da palavra “Conforto”, acrescida do número correspondente à ordem das entrevistas, com o intuito de preservar o sigilo e o anonimato assegurado aos envolvidos na pesquisa.

b) Codificação

Constituindo o *corpus* do trabalho, os dados reais do texto foram transformados sistematicamente em recortes ou unidades de análise, que corresponderam aos pequenos segmentos do conteúdo ou temas em que as pessoas idosas expressavam suas percepções sobre as necessidades de Conforto.

c) Categorização

A fase de categorização, segundo Bardin (2016), é uma operação de classificação dos elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento análogo e critérios previamente definidos. A autora salienta ainda que as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos em razão de suas características. No contexto desta investigação, as categorias temáticas foram pré-estabelecidas e corresponderam os contextos de Conforto, apontados pelo referencial teórico de Kolcaba (2003), **Físico, Ambiental, Sociocultural e Psicoespiritual**. Considerando esse conjunto de categorias, à medida em que as unidades de análise foram sendo agrupadas, estabeleciam-se as subcategorias que contemplavam os componentes referentes aos contextos, tendo em vista suas similaridades e divergências.

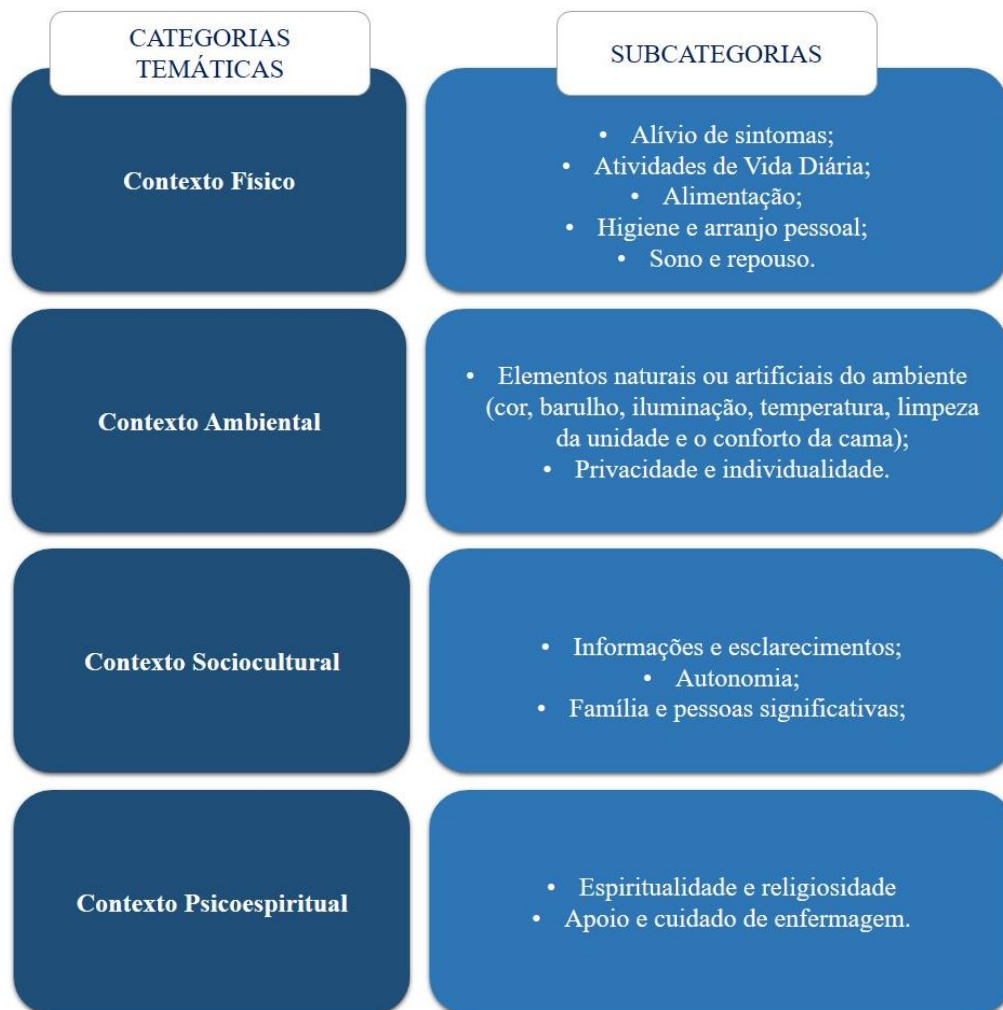
No **Contexto Físico**, detectou-se as seguintes subcategorias de necessidades de Conforto, conforme Kolcaba (2003): **Alívio de sintomas; Atividades de Vida Diária; Higiene e arranjo pessoal; Alimentação; Sono e repouso.**

No **Contexto Ambiental**, os discursos evidenciam subcategorias relacionadas aos **Elementos naturais ou artificiais do ambiente** que englobam, barulho, iluminação, limpeza da unidade e Conforto da cama. Essa categoria, também incorporou a subcategoria **Privacidade e individualidade**.

No **Contexto Sociocultural**, foram aglutinadas as subcategorias referentes as **Informações e esclarecimentos** (compreensão, comunicação efetiva e bom humor intencional) dispensados pelos profissionais de saúde, assim como as subcategorias **Autonomia; Família e pessoas significativas**.

No **Contexto Psicoespiritual** foram incorporadas as subcategorias: **Espiritualidade e religiosidade**, e ainda, **Apoio e Cuidado de enfermagem**.

Figura 3. Categorização do estudo, conforme Teoria do Conforto.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

d) Tratamento dos Resultados

Estabelecidas as categorias e subcategorias, estas foram analisadas por meio de uma abordagem qualitativa, subsidiada pelo referencial teórico adotado no estudo.

4.6 Considerações éticas

Cabe destacar que durante todo o procedimento da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente o sigilo e a confidencialidade das informações, dispostos na Resolução 466/2012 e 580/2018 do CNS/MS/BRASIL, com devida apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley sob o nº do parecer: 2.853.889-PB. Os idosos internos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, no momento da coleta de dados, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), respeitando-se também, os princípios da Resolução do COFEN nº 564/2017 referente ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, contemplados nos artigos 16 a 18, 56 a 58, 95 a 102, que abordam todos os aspectos do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica.

CAPÍTULO III

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos Participantes

Inicialmente, pretende-se realizar uma breve e sucinta consideração acerca dos aspectos qualificadores das pessoas idosas investigadas, entretanto, vale salientar que esta pesquisa não se deteve a generalizar a caracterização da população idosa. Desvela-se tais dados, conforme a ordem dos registros aplicados na sua coleta, com a apresentação dos dados de identificação e perfil clínico dos idosos.

No tocante aos dados ora mencionados, dos onze idosos, seis eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino, nos quais a maioria tinha idade entre 60 a 69 anos (n=8), referiram ter a cor parda (n=7) e todos eram católicos (n=11). Quanto ao estado civil, predominou idosos casados (n=4), seguido dos divorciados (n=3), solteiros (n=2) e viúvos (n=2), com arranjo familiar composto por filhos e/ou netos (n=4), cônjuge, filhos e/ou netos (n=3), sozinho (n=3) e apenas com o cônjuge (n=1). Estes estavam acompanhados no momento da coleta de dados, em geral, pelos filhos (n=7) e companheiro(a) (n=3). Em relação à escolaridade, a maioria frequentou a escola por mais de quatro anos (n=8), e os demais eram analfabetos (n=3). Todos os idosos eram aposentados e possuíam renda mensal familiar de aproximadamente um salário mínimo (n=3); e de dois a três salários mínimos (n=8) (*Valor do salário mínimo (Ano 2018) = R\$ 954,00*).

No concernente aos aspectos clínicos, os principais acometimentos evidenciados foram relacionados aos sistemas cardiovasculares (n=4) e respiratório (n=4), como também renal (n=2) e hematológico (n=1). A agudização da condição crônica se configurou como principal motivo do internamento (n=5), sendo os demais programado, dos quais dividiu-se igualitariamente para terapêutica (n=3) e, também para investigação diagnóstica (n=3). O tempo de hospitalização variou de 3 a 8 dias (n=6) e de 22 a 36 dias (n=5). A maior parte dos idosos deste estudo procurou atendimento médico nos últimos doze meses (n=9) e informaram que já haviam sido hospitalizados mais de duas vezes no corrente ano (n=5). Devido à condição de saúde, alguns idosos participantes do estudo haviam sido acamados nas últimas duas semanas (n=5). As principais comorbidades adjacentes referidas foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (n=7), o Diabetes Mellitus (n=3), as cardiopatias (n=2), as artropatias (n=2) e a pneumonia (n=1). No entanto, apesar do quadro clínico e consequente

hospitalização nenhum dos idosos considerou sua condição de saúde como “muito ruim” ou “ruim”, a maioria (n=8) que consideravam como “muito boa”.

A predominância de idosos jovens com idade entre 60 a 69 anos em estudos na área da geriatria e gerontologia, pode estar relacionado com a proporção de idosos nessa faixa etária no Brasil, segundo censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no qual, analisa o fenômeno como uma transição demográfica, relacionada à queda das taxas de mortalidade e fecundidade, que tem provocado rápida variação na estrutura etária brasileira com redução da proporção de crianças e jovens, aumento da população adulta e tendência na elevação do percentual de idosos. Tais modificações configuram um novo cenário da população, refletindo em uma maior quantidade de idosos jovens. Além disso, este dado pode também ser ocasionado, pelo fato de que idosos com idade mais avançadas, estão mais predispostos a apresentar um declínio gradual das funções cognitivas, que neste sentido, pode justificar pelos critérios de exclusão, a menor representação nessa pesquisa (IBGE, 2010; SIMÕES, 2016; CANÇADO; HORTA, 2016).

No que se refere à prevalência significativa de pessoas idosas do sexo feminino comparado com o número de homens, embora a diferença entre sexos neste estudo não tenha sido discrepante, trata-se de uma realidade, evidenciada nas pesquisas, denominada de “feminização da velhice”. A sobrevivência da população feminina pode estar relacionada ao fato de que os homens se envolvem durante toda a vida, com maior frequência, em situações que os expõem a vulnerabilidades, tais como acidentes de trânsito, aumentando os índices de mortalidade nesta população na idade jovem, diminuindo o alcance de uma idade mais avançada. Gross et al. (2018) contribui que este fenômeno merece um enfoque especial, pois não se pode interpretar que o fato das mulheres viverem mais, significa que elas tenham boa qualidade de vida e condições de saúde desejáveis, pois a suposta vantagem feminina não deve subestimar a incidência de condições crônicas de saúde prolongadas em sua expectativa de vida, que acarretam uma velhice predisposta a fragilidade e vulnerabilidades (GROSS et al., 2018; COUTINHO et al., 2015).

Quanto a cor da pele, destacou-se a cor parda, que deve-se pela influência da miscigenação de raças desde o período da colonização verificado em nosso país, porém, esse dado pode ser contraditório, visto que nos inquéritos epidemiológicos a raça é indagada ao indivíduo e ele faz sua própria especificação, independente da opinião do entrevistador, sobretudo fatores históricos, arraigados pela discriminação e preconceitos, que dessa forma pode interferir na auto declaração (COUTINHO et al., 2015).

Com relação ao estado civil, verifica-se que a maior parte dos idosos mantém uma relação matrimonial. Tal aspecto difere das análises do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), que indica um número crescente na proporção de viúvos, divorciados, e solteiros, e diminuição na proporção de casados, desquitados, ou separados judicialmente, quando comparados com o censo 2000, fato verificado principalmente entre as mulheres. A desigualdade do estado civil entre os sexos, pode ser explicada por dois fatores: a maior longevidade da mulher e a tendência, por questões culturais, à união de homens idosos com mulheres mais jovens. É importante considerar que há associação entre casamento e melhores condições de saúde. Estudos evidenciam que o estado de saúde e utilização de serviços, bem como a mortalidade, diferem sistematicamente por estado civil para ambos os sexos, geralmente as pessoas casadas gozam de melhor saúde, fazem menos exigências sobre o sistema de saúde e apresentam taxas de mortalidade mais baixas (IBGE, 2010; GOMES et al., 2013; STORTI et al., 2013; FERNANDES; BORGATO, 2016).

Quanto à religiosidade, a religião católica é preponderante na população idosa e há uma associação positiva entre envelhecimento e maior religiosidade, como uma medida protetiva da saúde mental, saúde física e para qualidade de vida, incluindo maior longevidade, assim como um menor índice de depressão e suicídio. Acredita-se, assim, que a atividade religiosa é uma maneira de ampliar as possibilidades de interação do idoso com o meio e fortalecer o seu interior. O desenvolvimento de uma prática religiosa também pode ser visto como uma rede de cuidados para os idosos que não possuem familiares, sendo o suporte no momento de necessidade (LINDOLPHO et al., 2014; TAMBARA et al., 2015).

No que tange à escolaridade, os dados revelam uma baixa escolaridade entre os idosos pesquisados. Ressalta-se que, a quantidade de anos de estudo pode influenciar de forma negativa na qualidade de vida da população de modo geral e mais especificamente na vida de pessoas com mais idade no que se refere ao grau de compreensão que elas apresentam. A escolaridade é um indicador precioso na identificação do nível socioeconômico, pois, se relaciona ao emprego e a renda e ainda está ligada a utilização dos serviços de saúde, à apreensão de conceitos de promoção da saúde, propensão ao autocuidado, bem como, qualidade de vida (LINDOLPHO et al., 2014).

No tocante à renda mensal, evidenciou a aposentadoria como principal fonte de renda, e aporte econômico para estes idosos. Nessa perspectiva, é importante considerar o nível socioeconômico associado à saúde, sobretudo, na senescência, etapa da vida em que a maior parte das pessoas tem os seus rendimentos financeiros diminuídos por serem dispensadas das

suas atividades laborais, por questões funcionais e limitações físicas próprias da idade. Estudos evidenciam que a maioria dos idosos possui renda familiar baixa, especialmente entre dois a três salários mínimos para manter o lar e muitas vezes, como único sustento de filhos e/ou netos, sendo esse fator, um dos elementos que podem prejudicar a manutenção ou recuperação da saúde dos mesmos, pois, o reduzido poder aquisitivo, aliado às necessidades especiais de saúde e sobrevida, com maior demanda de uso de medicamentos e maior frequência de utilização dos serviços de saúde, influenciam nas condições reduzidas para hábitos saudáveis, implicando em menor qualidade de vida (CAMPOS et al., 2016).

Adentrando ao perfil clínico das pessoas idosas desde estudo, identificamos que os principais acometimentos estavam relacionados as condições crônicas de saúde. Apesar do processo de envelhecimento não estar relacionado necessariamente à doenças e incapacidades, tais condições são frequentemente encontradas entre os idosos hospitalizados, as quais, incluem as doenças cardiovasculares, as patologias respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes mellitus, e estas são as principais responsáveis pelas maiores taxas de internações, além de apresentar-se como agravante pelas potenciais complicações que podem conduzir. Estas doenças se caracterizam por múltipla etiologia, curso prolongado e associação com deficiências e incapacidades funcionais. A alta prevalência de condições crônicas de saúde em idosos se deve ao aumento da expectativa de vida, uma vez que a redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas de curso agudo corrobora para que os indivíduos estejam mais expostos às estas condições ao longo da vida (SCHMIDT et al., 2011; WHO, 2011; SANTOS et al., 2015; SATO et al., 2017; ANTUNES et al., 2018).

Em relação a natureza das comorbidades, Paiva et al. (2014) em seus estudos evidenciaram que 74,55% dos pacientes eram portadores de doenças cardiovasculares, 37,43% apresentavam doença metabólica, 23,35% manifestavam artropatias e 32,34% possuíam outras doenças. No estudo de Mendes et al. (2014) a Hipertensão Arterial Sistêmica esteve relacionada com 4,2% do total de internações, além de ser relatada por 49% dos pacientes que a possuíam como comorbidades.

A causa primária das internações, quando relacionadas a pacientes com idade superior a 60 anos, poderá ocorrer por diversas circunstâncias, dentre as quais estão as doenças de base, realização de exames diagnósticos, cirurgias e agudização da condição crônica, com maior grau de severidade, que também merece a sua devida atenção quanto ao risco de morbimortalidade destes pacientes. Nesta perspectiva, idosos tendem a apresentar internações

hospitalares mais frequentes e duradouras, quando comparados a pacientes de outra faixa etária (SOUZA et al, 2014; MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Referente à autopercepção de saúde, observou-se que mesmo diante das condições de saúde no contexto hospitalar, em alguns casos, apresentando um tempo de internação prolongado, os idosos auto referiram à saúde como “Excelente”. Corresponde, portanto, a uma variável de boa confiabilidade que abrange os elementos físicos, o componente psicológico, o bem-estar e a satisfação para com a vida. Assim, o entendimento do idoso sobre seu estado de saúde não envolve apenas a limitação física, mas, especialmente, a apreensão social e psicoespiritual da sua situação de saúde (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

A seguir, passaremos a apresentar os dados empíricos obtidos por meio dos discursos das pessoas idosas hospitalizadas, ancorados na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, e ainda com as ponderações realizadas pela pesquisadora, considerando seu compromisso com o temática sob análise.

5.2 Necessidade de Conforto Percepcionados por Idosos Hospitalizados

5.2.1 Categoria temática: Contexto Físico

De acordo com Kolcaba (2003), o contexto físico da experiência do Conforto, que emerge como categoria temática neste estudo, que diz respeito às sensações corporais e inclui mecanismos homeostáticos e funções. Os resultados correspondentes envolveram a necessidade mediante às subcategorias: Alívio dos Sintomas (sejam eles relacionado à dor, aos sintomas evidenciados pelas doenças), Atividades de Vida Diárias (AVDs), Higiene e arranjo pessoal, Alimentação, e Sono e repouso.

Na subcategoria, **Alívio dos Sintomas**, a dor é considerada uma experiência individual, subjetiva, compreendida como uma sensação desagradável, a qual pode envolver aspectos multidimensionais, em que cada pessoa apresenta o seu limiar, determinado pelas suas experiências vivenciadas, seja pelo sentido particular que esta atribui ou por modelos e valores culturais (SANTOS, 2016), observados nos seguintes discursos:

A única coisa que eu sinto no corpo e me incomoda muito, são as dores nas costas. Quando eu sento naquelas cadeiras da hemodiálise, sinto queimar. (C1)

Eu sinto dor no corpo todo, nas costas irradiando para frente, é aquela dor fina, que não cessa. (C4)

A gente já vem de casa numa situação frágil. Era tanta dor e quando cheguei aqui no hospital que a dor passou. A gente cresce quando encontra o Conforto! Quando chegamos e não encontramos, cada vez mais, os degraus vão descendo. (C3)

Outra necessidade de conforto apontado pelas pessoas idosas, refere-se aos procedimentos invasivos e dolorosos no ambiente hospitalar:

Aqui tem uns que me tratam de um jeito, tem outros que tratam de outro. Ontem veio uma aplicar a injeção e me tratou muito mal. Doeu muito. (C8)

Tenho sido judiado demais com furadas, dói demais, mas na situação que eu estou eu quero ficar bom. Elas querem me ajudar. (C10)

Confortável? Eu não estou, por causa das furadas [...] Furaram bem cedinho meu dedo, ainda agora, furaram aqui para tirar sangue [...] Eu estou pensando muito para colocar o acesso que estava aqui no braço e perdeu, agora vão colocar no pescoço. E é só o que está me atormentando, chega a doer minha cabeça. (C8)

Embora o Conforto não se limite a ausência da dor, Kolcaba (2003) enfatiza que o controle ou a ausência é um atributo essencial para o Conforto, bem como a presença e a sensação de dor está intrinsecamente relacionada ao desconforto. É possível inferir, que os desconfortos como a dor, preocupações ou sofrimento afetam significativamente a estrutura física e emocional das pessoas. Considerando esse aspecto Silva (2016) considera que o alívio da dor está intimamente relacionado à prática de enfermagem, como um fenômeno de interesse e resultado esperado durante a implementação de cuidados, verificados nas seguintes falas:

Eu me sinto melhor quando elas [enfermeiras] vem e fazem o curativo [...] Sinto muita dor e quando elas tiram o curativo e refazem, sinto o alívio. (C6)

Quando eu cheguei aqui eu estava muito ruim, a dor não parava não, agora estou melhor [...] Eu sinto aquele acolhimento do pessoal daqui, a gente quando está com a dor, sente que eles ficam preocupados e fazem de tudo pela gente, até parece que se eles pudessem partilhar da dor eles partilhariam, mas a dor não é para todo mundo, a dor foi só pra mim. (C6)

Com relação à subcategoria **Atividades de Vida Diária**, as mudanças fisiológicas ocasionadas pelo processo do envelhecimento, tornam os indivíduos mais suscetíveis às doenças crônicas, o que pode prejudicar a capacidade de realizá-las. A internação hospitalar constitui um fator de risco para vida dos idosos, principalmente quando repetidas e prolongadas, podendo gerar consequências negativas à saúde. Um comprometimento funcional já existente pode ser potencializado, em virtude do excesso de repouso no leito, privação de sono e polifarmácia, causando maior dependência (MELO et al., 2017; WIETZKEET al., 2017). As principais dificuldades relatadas pelas pessoas idosas para realização das AVDs, estiveram relacionadas com as doenças pré-existentis:

Devido ao marcapasso eu não posso fazer nada mais. Minhas pernas estão fracas demais, começam a tremer, mas se elas me ajudassem eu corria. (C8)

Tenho problema de visão, estou com catarata, além do problema renal [...] Não consigo fazer mais as coisas sozinho, me sinto dependente dos outros. (C1)

Essa minha doença me deixa muito dependente de oxigênio, com dez a quinze minutos sem oxigênio eu começo a passar mal, por isso dependo muito de tudo e de todos. (C7)

No contexto da hospitalização, a pessoa idosa depara-se com transformações na sua vida, ocasionando momentos de fragilidade emocional e impotência. Considerando isso, é importante que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros identifiquem o impacto da dependência para realização das AVDs e possíveis situações que provocam desconforto, procurando minimizá-las, favorecendo o autocuidado e proporcionando apoio e atenção frente às suas necessidades individuais (SANTOS; SOUSA, 2015).

Eu tomo banho só. Às vezes quando tenho problema com o soro, eu chamo, elas [enfermeiras] me ajudam. (C4)

Como eu sou dependente de oxigênio eu comprei um látex bem grande e vou para o banheiro usando o oxigênio, tomo banho, faço tudo [...]. Mas queriam me dar banho no leito. Eu sou uma pessoa orientada, eu sei que eu posso me levantar, já estou muito limitada e querem que eu seja acamada? Eu não sou acamada, eu só estou doente. (C7)

A ideia que norteia a assistência ao idoso hospitalizado diz respeito à manutenção de vida autônoma e independente. O mesmo almeja ter a capacidade funcional preservada expressa pela capacidade de autodeterminação e execução das AVDs. Destarte, a promoção

do envelhecimento ativo e saudável no ambiente hospitalar pode ser realizado por meio da otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de minimizar a passividade e o declínio funcional (SOUSA, 2014; WIETZKE et al., 2017).

Estou andando, estou falando, estou lúcida. Vou pra cama, vou ao banheiro, a enfermeira vem me dar o remédio, o pessoal da copa traz a comida pra mim, sigo minha vida normalmente. (C6)

Tenho muita energia, vontade de fazer as coisas. (C8)

Quando minhas filhas cuidam bem de mim eu me sinto bem. Tenho vontade de fazer as coisas, mas eu não consigo. (C2)

O enfermeiro deve procurar favorecer as condições que melhorem a saúde, as quais devem ser centradas em cuidados de manutenção e de estimulação das capacidades que a pessoa idosa ainda possui, de forma a prevenir maiores limitações funcionais. Para isso, um dos aspectos importantes é a estimulação física. Esse estímulo envolve o encorajar os doentes a estar fora da cama e a deambularem, uma vez que, o repouso no leito e o estar limitado à cadeira constituem fatores precipitantes de incapacidades. No entanto, existem alguns fatores impeditivos desta estimulação que justificam o repouso no leito, a exemplo das necessidades clínicas, que se apresentam aparentemente prioritárias, além da expectativa do doente e da família quanto ao repouso; o medo de cair, o desejo de estar deitado, e, ainda, a vivência momentânea de maior Conforto, que necessitam serem considerados (RIBEIRO, 2012).

A subcategoria relacionada à **Higiene e arranjo pessoal** constitui uma necessidade de Conforto. Também são considerados medidas de Conforto que proporcionam a uma boa aparência, promovem proteção contra infecções, além de contribuir para a promoção da sensação de alívio, leveza e melhoria na autoestima e Conforto do doente (KOLCABA, 2003), como expostos nas falas:

Conforto é o que eu estou tendo aqui, bom zelo, bom trato. Neste hospital eu me sinto no céu, eu não tenho nem o que falar. As enfermeiras fazem tudo de bom por mim [...]. Elas me ajudam, me ensaboam, me ajeitam e me secam quando preciso. (C4)

Conforme o exposto, os cuidados com a higiene e o arranjo pessoal, especialmente o banho no leito, representam um cuidado essencial e um momento particular de interação entre o profissional de enfermagem e o paciente. Esse processo favorece um melhor conhecimento do paciente, quanto a integridade da pele, incluindo o conhecimento sobre seus anseios e limitações (RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017; NASCIMENTO et al., 2015).

Apesar das pessoas idosas expressarem o desejo de se manterem ativas, na realização do autocuidado, reconhecem o valor que o banho no leito, enquanto medida de conforto representa frente às suas reais necessidades:

Logo quando cheguei eu inchei demais, com os rins paralisados não conseguia nem me levantar, meu corpo esquentava demais, quando era a hora do banho eu sentia aquele alívio, me sentia bem demais. (C10)

No que se refere a subcategoria **Alimentação**, sabe-se que a pessoa idosa deve ter uma ingestão nutricional e hidroeletrolítica equilibrada, visto que implicam diretamente no seu devido funcionamento metabólico e homeostático, prevenindo doenças e complicações (SOUSA, 2014).

Historicamente, o ato de alimentar-se esteve ligado a um instinto universal, com a finalidade de suprir as necessidades para manutenção do corpo e fornecimento de energia. Assim, a alimentação passou a ser realizada amplamente como uma forma de interação social, manifestações culturais e religiosas, atribuindo a utilidade dos alimentos as ocasiões prazerosas. Deste modo, nos ambientes domésticos, os alimentos são elaborados e servidos conforme às preferências individuais, muitas vezes, adquiridos não pelos nutrientes, mas pelo prazer e/ou compulsão, praticidade no preparo e hábito, relacionados então, com a identidade social, arraigada a crenças e cultura (SOUZA, 2015).

Logo, para as pessoas idosas o processo de adoecimento e hospitalização constitui um fator estressante no que tange à alimentação, pois, passa a ter seu significado modificado, nomeadamente, a partir de então como nutrição. Deste modo, a terapia nutricional em ambiente hospitalar, tem como principal objetivo garantir a quantidade e qualidade de nutrientes necessários a cada indivíduo, sendo a padronização essencial para facilitar a atividade do nutricionista, além de auxiliar no tratamento dos pacientes internados (NASCIMENTO et al., 2017).

Dado o exposto, a internação hospitalar representa uma ruptura no cotidiano da pessoa idosa no que se refere aos hábitos e rotinas alimentares, podendo gerar insatisfação e consequente negação:

O apetite muda um pouco, a comida de casa que estou acostumado é uma coisa e chega aqui é diferente, não tem sal, tempero de nada. (C3)

No começo eu comia a força. No sertão é polenta, coalhada, aqui não tem nada disso, mas tem que se acostumar. (C10)

Aqui no hospital eu venho me alimentando bem, mas não é como minha comida em casa. Eu acho ruim porque é muito insossa, mas mesmo assim eu como, a comida não é tão ruim não. (C6)

Ademais, o processo do envelhecimento é acompanhado de variadíssimas alterações fisiológicas e comportamentais, e surgimento de doenças que de certa forma, interferem na alimentação e na nutrição dos idosos:

Tem dias que eu estou tão bem, hoje por exemplo, eu comi bem, mas tem dia que não como, tenho problemas sérios de prisão de ventre e fico preocupada. (C4)

A comida aqui é boa, é insossa, mas em casa eu já comia assim por causa da pressão. Minha filha fazia a comida dos meus netos mas a minha já era separada. (C11)

As necessidades nutricionais diferem de pessoa para pessoa, tornando-se fundamental manter uma alimentação equilibrada, variada, completa e ajustada em função das necessidades individuais, que se reveste como uma necessidade de extrema importância para o Conforto dos mesmos (SOUSA, 2014). No contexto do estudo, destaca-se o sabor da comida como um dos aspectos que pode influenciar uma alimentação insatisfatória:

Perdi a appetite aqui no hospital, a comida para mim é ruim. (C5)

A comida aqui é insossa demais, é uma luta para eu comer. (C8)

Eu até que almoço bem, já jantar eu não gosto, acho que são sobras. (C7)

É importante considerar também, a privação alimentar em virtude da realização de exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos, com ajuste de horários diferenciados para a pessoa idosa, pois apresentam necessidades nutricionais específicas, principalmente aqueles que sofrem de alguma síndrome geriátrica ou déficit cognitivo, no qual, o jejum prolongado pode causar prejuízos de dimensões biológicas e psicossociais, manifestadas por hipoglicemia, desorientação, desnutrição, tristeza, sensação de abandono e de pouca importância (SOUZA, 2015).

Hoje estou sem comer para poder fazer o exame desde ontem de dez horas da noite. (C11)

O café a gente espera, só vem lá para oito horas, a gente já está com muita de fome. Tem dias que é necessário realizar exame de sangue, então demora mais um pouco. (C7)

Para os participantes do estudo, uma alimentação bem preparada e atendendo às preferências, foi considerada como uma necessidade de conforto. Verifica-se assim, que os idosos sentem o desejo de consumir alimentos que rotineiramente consomem e sentem prazer. Seria interessante ponderar estas necessidades com as condições de saúde, visto que muitos são submetidos a uma internação prolongada. Pelo exposto, a alimentação, como uma necessidade básica fundamental, constitui-se importante para a promoção do Conforto dos doentes, respeitando os gostos, as preferências e os hábitos dessa faixa etária (KOLCABA, 2003):

Eu gosto muito de cuscuz, sempre que peço elas trazem. Gosto muito de água de coco, eu peço muito também, mas é difícil trazerem. (C4)

No Natal, teve uma festa, a comida veio mais temperada um pouquinho, caprichada toda, uma delícia. No outro dia veio insosso de vez de novo. (C11)

Todos os dias a equipe da nutrição perguntam como estou me alimentando e perguntam o que eu prefiro, eu digo que quero pirão de peixe. Se viesse eu ficaria muito feliz. (C8)

De todo modo, é importante considerar a especificidade desta fase da vida e a condição de saúde e doença da pessoa idosa. A dieta deve ser adequada ao estado nutricional do mesmo, às suas doenças pré-existentes e aos seus hábitos alimentares, ao ponto que os idosos correm um risco elevado de desnutrição. Mesmo que os alimentos oferecidos no hospital sejam considerados inadequados e a alimentação represente um sacrifício para o idoso é importante ressaltar, por meio de estratégias de educação em saúde, o objetivo final daquela refeição, no qual os benefícios serão compensatórios (LIMA et al., 2014; SOUZA, 2015).

No que se refere a subcategoria **Sono e Repouso**, além de ser uma necessidade fisiológica dos indivíduos, a sua qualidade corresponde também a um fator essencial para a obtenção do Conforto. Diversas alterações provocadas pelo curso natural do envelhecimento acarretam prejuízos na qualidade do sono nos idosos, sendo as mais frequentes: a superficialidade e o aumento do número de interrupções durante o sono e a sua duração. Além dessas, situações como a hospitalização, mudança de ambiente, barreiras ambientais podem acarretar à privação do sono, agravando a fragmentação (KOLCABA, 2003; MONTEIRO; CEOLIM, 2014).

Nesse sentido, torna-se importante antes de considerar estratégias medicamentosas indutoras de sono, reconhecer os problemas físicos e/ou fisiológicos, polifarmácia, que possam se constituir como indicadores de privação de sono, como por exemplo, a nictúria que tem como fator de risco a idade, a menopausa, as doenças crônicas, como, o uso de medicamentos que alteram o funcionamento corporal, incontinência urinária, entre outros, podendo causar distúrbios do sono, já que se caracteriza pela necessidade de urinar mais de uma vez durante a noite (MONTEIRO; CEOLIM, 2014). Nas falas das pessoas idosas, pode-se observar desconfortos relacionados às condições fisiológicas existentes:

Dormir eu não durmo, vou no banheiro duas vezes, mais ou menos à noite. Para pegar no sono de novo dá trabalho. (C9)

À noite eu não consigo dormir bem, não é nada com o hospital, foi desde que comecei a cuidar de crianças que o sono não é o mesmo. Quando comecei a tomar comprimido para dormir, percebi que acordava ainda mais cansada, não adianta dormir e amanhecer ruim. (C8)

Sinto tanta dor, que nem dormir e nem deitar eu consigo. (C6)

Não estou dormindo bem, por causa da tosse. Dez horas, nove horas eu me deito, quando é daqui a pouco começo a tossir, quando começo a cochilar começo a tossir de novo, venho dormir de madrugada com a tosse atrapalhando. (C11)

5.1.2 Categoria Temática: Contexto Ambiental

Quanto as condições ambientais favoráveis, Kolcaba (2003) enfatiza a importância para o Conforto do paciente, salientando que o ambiente da enfermaria inclui tudo o que possa ser manipulado pelos enfermeiros de forma a promover o Conforto.

Deste modo, as subcategorias emergentes neste contexto foram os **Elementos naturais e/ou artificiais do ambiente** e; **Privacidade e Individualidade** do paciente.

A subcategoria **Elementos naturais e artificiais do ambiente**, relaciona-se com a interação e a percepção do indivíduo quanto aos elementos naturais ou artificiais do onde o paciente está inserido, englobando estrutura física, cor, barulho, iluminação, temperatura, a limpeza da unidade e o Conforto da cama. O ambiente, também pode compreender um significado maior, que transcende o elemento físico, representa um espaço de harmonia e

bem-estar, que tornam o ambiente mais tranquilo, acolhedor e se constituem como fundamentais para o Conforto holístico da pessoa idosa (NASCIMENTO et al., 2015; GOIS, 2016).

Neste estudo, apesar de a maioria dos idosos não referenciarem desconfortos com o ambiente em si, demonstrando satisfação e bem-estar com a ambiência e os elementos que o compõe, alguns deles revelaram um relativo desconforto promovido pelo ambiente hospitalar:

O ambiente aqui está bom [...] O quarto não é igual ao da gente mas é um quarto também, recebe sol, limpeza constante, nos dão lençóis novos todos os dias, não tem barulhos. (C1)

Me sinto muito confortável aqui, com a higiene, a limpeza, muito ventilado. (C4)

O hospital não é como a nossa casa, como a cama da gente, porque minha cama é alta, confortável, mas aqui não me falta nada. (C3)

O estudo de Sousa-Muñoz et al. (2017), no mesmo contexto, foi compatível com esta constatação, ao contrário do que se esperava, indicaram que quanto maior foi a permanência, maior foi a satisfação dos pacientes. Neste sentido, é possível inferir que os pacientes que tiveram internação prolongada se familiarizaram mais com o ambiente hospitalar e estabeleceram um vínculo com os profissionais do serviço.

Nos discursos dos idosos, observou-se que percepções básicas, no que se refere aos desconfortos do ambiente hospitalar, foram organizadas de maneira diferente, adquirindo, portanto, um novo sentido, percebendo tais desconfortos como benéficos para a recuperação. Para Oliveira et al. (2016) alguns pacientes encontraram no hospital um lar, local em que encontram condições dignas para dormir e se alimentar, considerado como o melhor local para recuperação da saúde. Expostos nas falas:

Eu gosto muito da minha casa, mas ultimamente eu gosto mais de estar interna. [...] A cama eu acho maravilhosa! Porque aqui eu encontrei melhora para meu problema de saúde. (C7)

Eu me sinto como se estivesse até mesmo na minha própria casa. (C6)

No que se refere ao conforto ambiental, os idosos encontram-se em estado fragilizado, necessitando de um ambiente oportuno para recuperação da sua saúde, encontram no serviço hospitalar, resolutividade para os problemas, assistência médica, cuidados de enfermagem,

além da interação com demais pacientes e profissionais, em contrapartida, algumas vezes são confrontados com situações domiciliares desfavoráveis e precárias:

Eu percebi que em casa eu não fico bem. Não tem esse conforto todo como tenho aqui. A casa é pequena, de taipa, muita poeira, são seis pessoas dentro, três crianças. Aqui é outra coisa. (C11)

Me sinto confortável aqui, já minha casa não me deixa bem, porque eu fico sozinho, jogado lá. (C2)

Outro aspecto importante, nesta categoria temática, trata-se do excesso de ruído que interfere de forma significativa no conforto ambiental, podem dificultar o adormecer, ou mesmo, a atividade diária e até causar problemas ao longo do dia ou da noite, proporcionando um despertar inesperado. Nightingale (2005) salienta que os ruídos desnecessários, como qualquer outro tipo de ruído que desperte o doente, de forma repentina, do seu sono, provoca um estado de maior agitação, podendo agravar a sua situação de bem-estar: “Uma condição *sine qua non* da boa enfermagem é nunca permitir que um doente seja acordado, intencional ou acidentalmente” (NIGHTINGALE, 2005, p.66). A iluminação também representa uma fonte de perturbação para os pacientes idosos, por isso, fator limitativo do estado de Conforto. Contudo, conforme os relatos dos idosos, o silêncio é respeitado na clínica e durante a noite, existe uma preocupação dos profissionais em desligar a luz ou diminuir a sua intensidade:

Não tenho problemas com barulho ou claridade, até porque aqui não tem barulho. Quando chega um certo horário todos vão dormir, apagam as luzes. Eu não tenho medicação de madrugada, mas quando tem eu peço que não me acordem, se for de madrugada e se eu tiver dormindo. (C7)

Eu tenho o sono leve, qualquer barulho eu acordo, mas aqui é bem silencioso a noite. Não tem claridade, fica só uma luz acesa. (C9)

Geralmente não tem medicação a noite não, mas quando tem elas me chamam bem baixinho. (C4)

Tanto na conversa, quanto na medicação. Elas aplicam a medicação no finalzinho da noite e depois só de manhã, elas pensam até nisso e então dá pra eu descansar e dormir bem. (C3)

A subcategoria relacionada a **Privacidade e Individualidade** é apontado como necessário para a vivência do Conforto no ambiente hospitalar (SOUSA, 2014; KOLCABA,

2003). Neste sentido, durante a hospitalização, o idoso pode se sentir útil, ajudando os demais pacientes, compartilhando experiências, solidariedade, definida como laço ou vínculo recíproco de pessoas. A fala dos idosos hospitalizados, evidenciam o espaço pessoal e território nas enfermarias coletivas:

Aqui na enfermaria só divido com outro colega e é muito tranquilo, nos tornamos amigos. (C1)

Me sinto bem com minhas companheiras de quarto, a gente sempre se ajuda, conversa e se diverte. (C4)

No entanto, é preciso que a Enfermagem realize a classificação efetiva das enfermarias coletivas, de modo que preserve a privacidade e individualidade de todos, baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem, evitando exposições desnecessárias e desconforto dos demais integrantes frente aos procedimentos realizados (OLIVEIRA et al., 2016), como observados nos discursos:

Eu estou dividindo o quarto com uma pessoa que colocou 'aquele cano' no pescoço, e ele tosse, suja tudo. As enfermeiras vêm limpar na frente da gente, mas quando você mostra isso pra o pessoal que podia fazer alguma coisa, eles ignoram, não fazem nada. Porque acham normal, mas acho que devia mudar a enfermaria. (C5)

Quando o colega do lado, passa mal e vêm todo mundo socorrer, esquecem da gente aqui do lado, e isso dá um nervoso grande. (C8)

Destaca-se que o respeito a privacidade é uma das necessidades e um direito do ser humano, de preservar seu corpo da exposição e manipulação por outrem. No ambiente hospitalar, a falta de privacidade é caracterizada pelas mudanças no espaço físico sem a permissão do idoso e pela exposição do corpo e partes íntimas durante procedimentos. Essas situações podem ser amenizadas adaptando a estrutura física, utilizando biombos, cortinas e cobrindo partes do corpo que não precisam ficar expostas durante um procedimento (ROSA, et al., 2018).

Neste contexto, o funcionamento de hospitais universitários, se dá por uma concepção tradicional de uma instituição reconhecida oficialmente como uma clínica de ensino, formadora de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia à área de saúde, portanto, mais preocupada com a humanização da assistência (SOUSA-MUÑOZ et al., 2017). Ponderando-se sobre o que os idosos entrevistados entenderam como privacidade nas enfermarias, depreende que esta pode ser concretizada como ambiente, no qual, geralmente

faz parte da rotina a participação de estudantes da área da saúde, futuros profissionais da saúde que de algum modo, no exercício de seu papel pode gerar algum desconforto relativo a invasão da privacidade dos pacientes, conforme podemos verificar nas falas seguintes:

O Conforto daqui está bom, mas o que incomoda é que fazem a mesma pergunta várias vezes, eu explico tudo e pergunto se entendeu. Depois volta com a mesma pergunta. Eu já explico novamente desconfortável. Da enfermagem eu não tenho muito que falar deles não, o contato é pouco, eu só vou fazer hemodiálise, eles trocam meu curativo e pronto. Deve ser porque sou chato, eles não conversam muito não, eu sinto falta de alguém que entenda que tenho uma vida lá fora. (C1)

Tem muita pergunta aqui, a visita com o professor é uma coisa e com os médicos é outra. O professor entra com os alunos, fica perguntando a eles porque o cara está ali, estudando a pessoa, mas a gente não liga não. (C1)

Eu acho o máximo quando vem aquele monte de alunos me estudar, me sinto importante. (C7)

5.1.3 Categoria Temática: Conforto Sociocultural

Kolcaba (2003) afirma que o Conforto também é proporcionado quando os pacientes estão bem informados sobre sua situação de saúde. A subcategoria relacionada a **Informação e esclarecimentos**, é difundida na relação do profissional de saúde com o paciente e atualmente enfrenta uma mudança de paradigma do paternalismo pelo consentimento informado, no qual o paciente se torna sujeito ativo do processo saúde/doença, suas decisões e sua autonomia são consideradas (TAVARES et al., 2017).

Assim sendo, observou-se que os idosos estavam em sua maioria bem esclarecidos acerca do tratamento de saúde estabelecido, no entanto, algumas ressalvas foram mencionadas, principalmente acerca dos termos técnicos utilizados pelos profissionais:

Os médicos me informam direitinho o que estão fazendo e também os resultados dos exames. Eu estou sempre sabendo e isso é muito importante pra mim, porque eu me sinto bem cuidado. (C9)

Aqui me falam as coisas direitinho, às vezes eu não entendo direito aquelas palavras difíceis. (C11)

Os médicos explicam tudo, eles até se empolgam e falam muitos termos técnicos, só que 50% do que ele diz eu não entendo. (C7)

Durante o processo saúde/doença, as informações acerca da situação de saúde que está sendo vivenciada pela pessoa devem ser respeitadas, garantindo-lhe o direito a autonomia, a dignidade e à autodeterminação. Para que os esclarecimentos sejam repassados de forma simples, clara e empática, deve-se considerar a sua singularidade e o contexto de vida da pessoa idosa, pois, a internação hospitalar muitas vezes está relacionada com o medo do desconhecido. Os idosos experimentam durante o período da internação situações de angústia, que são potencializadoras da fragilidade humana, diante do risco de morte (GAMA; MATOS; NUNES, 2016; SOUZA et al., 2016).

Eu fico triste porque não voltei as minhas atividades. Fico com medo da cirurgia, com medo se vou aguentar, nunca passei por isso, então é tudo estranho. (C1)

Fiquei com medo porque nunca tinha vindo aqui e fiquei muito abalado. (C2)

Quanto à subcategoria **Autonomia**, percebe-se muitas vezes que, frente a conduta terapêutica estabelecida, os profissionais tendem a desconsiderar tomada de decisão do idoso, relacionada a sua saúde e a sua vida, condicionando a liberdade de escolha do idoso, induzindo-o ou impedindo sua participação ativa na tomada de decisões que afetem a sua saúde e, principalmente, no tocante ao seu corpo, trata-se de uma violação inaceitável do direito de qualquer indivíduo (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2018). Como evidencia este paciente:

Sobre a minha saúde só quem pode dizer como eu estou são os médicos, eles que sabem, eu não sei de nada, por mim eu já tinha recebido alta, mas não tem como eu saber, todo dia medem a pressão, todo dia tiram sangue, mas a gente não sabe de nada. (C1)

Os dilemas éticos e os conflitos envolvendo a autonomia da pessoa idosa, são amplamente discutidos frente as situações de fatores limitantes como a hospitalização, o adoecimento, os déficits cognitivos, maus tratos, padrões culturais e até mesmo a imposição da família (SANTOS et al., 2016).

A Lei n. 10.741/20032, que aprovou o Estatuto do Idoso, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria nº 2.528/20063, estabelecem como um de seus objetivos a promoção da autonomia, independência e participação ativa da pessoa idosa na sociedade. No âmbito internacional, foi adotada pela Organização dos

Estados Americanos (OEA) a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas. No tratado internacional, além da ênfase ao combate a toda forma de discriminação, inclusive por razão de idade, ressaltou-se, dentre os princípios gerais, o respeito à “dignidade, independência, protagonismo e autonomia do idoso” (art. 3º, “c”). Reconheceu-se, ainda, que à pessoa idosa incumbe o direito de tomar suas próprias decisões e definir seu curso de vida, “desenvolver uma vida autônoma e independente, conforme suas tradições e crenças, em igualdade de condições, e dispor de mecanismos para poder exercer seus direitos” (art. 7º) (BRASIL, 2017).

Apresenta-se em destaque na Convenção, a necessidade de respeito à autonomia da pessoa idosa na tomada de decisões, inclusive no que se refere ao aspecto da saúde, em que se assegura o direito irrenunciável de manifestação do consentimento livre e informado, bem como de modificá-lo ou revogá-lo a qualquer tempo e em qualquer situação de intervenção em saúde (art. 11º) (BRASIL, 2017).

O respeito à autonomia dos idosos, na prática, entretanto, é principiante, pois, estes recebem atendimento fragmentado nos serviços de saúde, estabelecendo-se uma dependência com os profissionais de saúde, os quais, em geral tomam as decisões em relação aos cuidados. A escuta e o saber popular são muitas vezes desconsiderados (TAVARES et al., 2017).

O que me causa desconforto principalmente é não ser ouvido, dar uma sugestão sobre seu tratamento, às vezes do seu próprio bem estar e não é aceito. Eu me sinto uma pessoa só, sem voz, e isso causa um desconforto grande. Você não ser ninguém a não ser a sua doença, não ter autonomia, autoridade. Aqui, em casa não! O pessoal impõe e não quer ouvir a versão do outro, a pessoa vem fazer uma coisa e sem saber se a pessoa concorda ou não. Me sinto aprisionado, considerado prisioneiro, obrigatoriamente a fazer o que querem. Isso não pode acontecer de jeito nenhum. (C5)

Eu acho importante ouvir o que o paciente está dizendo, porque às vezes o paciente está lhe dando informação necessária. Às vezes ele pode até estar errado, mas aquilo é o conhecimento que ele tem. Ele não está agredindo você, nem o seu conhecimento, nem achando que você não tem competência. Afinal de contas tenho nove anos cuidando dessa doença, eu posso não saber a teoria, mas sei muito bem o que ela provoca em mim. (C7)

O paciente idoso necessita ser informado e esclarecido por parte dos profissionais de saúde acerca da sua condição de saúde. Isso requer o estabelecimento de uma relação dialógica com o paciente, demonstrando disponibilidade para ouvi-lo e esclarecer qualquer aspecto de seu tratamento sempre que necessário, tornando-o parte ativa do seu tratamento. Uma vez que, a dúvida, o desconhecimento sobre o tratamento, o diagnóstico e a evolução da doença acarretam angústia e insegurança (SILVA, 2016; SANTOS et al., 2016), conforme relatado:

Fico dias aqui esperando que tenha mais agilidade para resolver os problemas. Os médicos ficam informando que vou passar pouco tempo, mas quando acontece algo fora do controle e continuo aqui. (C1)

Já faz tempo que estou de médico em médico. Já lutei tanto, que devido ao sofrimento que venho passando eu digo aos meus filhos que minha hora de partir está chegando, eles me dizem que só Deus sabe nossa hora. (C6)

Estou preocupada porque disseram que minhas mãos estão brancas demais. As enfermeiras e as médicas falaram muita coisa hoje para meu filho, mas pelo que ouvi disseram que eu terei alta em breve. (C4)

Vale salientar que devem ser consideradas o momento oportuno no qual seja possível transmitir explicações e informações necessárias para o idoso e sua família, sem causar danos psicológicos, uma vez que essa faixa etária vivencia situações constantes de conflito emocional, físico ou social, as quais merecem respeito e cuidado diferenciado, e ressaltando-se a importância da empatia e da humanização da assistência (TAVARES et al., 2017).

Tenho muitas dúvidas se eu sair do hospital, me disseram que eu tinha que pedir a prefeitura um torpedão de oxigênio desse, mas não sei como vou conseguir. (C2)

A empatia também deve ser fortalecida, pautada no encorajamento e apoio, para uma melhor compreensão dos aspectos intrínsecos da pessoa idosa, levando o enfermeiro a traçar caminhos para uma melhor adesão a terapêutica, satisfação e até mesmo transcender a situação (OLIVEIRA et al., 2016; RIBEIRO et al., 2017).

Eu acho que pra o paciente se sentir confortável é quando o outro tem educação, seja lá qual for o setor, a educação é importante, quando o enfermeiro chega e cumprimenta, trata com atenção, faz a pessoa se sentir segura, então, é o atendimento que qualquer pessoa se sente bem. (C5)

Tem coisas desagradáveis como em todo canto, tem procedimentos que você vai com muito medo [...] Lembro da enfermeira que me ajudou. Nunca vi uma pessoa tão paciente e eu só consegui devido a paciência dela. Eu, cadeirante, pensava que eu não ia conseguir, mas ela disse “A senhora vai conseguir!” E eu consegui. (C7)

A subcategoria **Família e Pessoas significativas** engloba a presença e apoio da família bem como o convívio social. Frente as necessidades de Conforto do idoso hospitalizado, este domínio é reconhecido como um recurso importante e decisivo na compreensão da situação vivida e emerge como a unidade na qual as necessidades interpessoais são atendidas e gratificadas (KOLCABA, 2003; SOUSA, 2014).

O processo saúde/doença para a pessoa idosa e os seus familiares se constitui como um acontecimento desagradável, levando à necessidade de mudanças nos hábitos de vida e ao afastamento da família e de pessoas significativas, o que conduz facilmente a sentimentos de ansiedade e desconforto. Os idosos com perspectiva de hospitalização, seja de curta ou longa permanência para o tratamento terapêutico, enfrentam um estresse emocional, em que o mesmo se percebe como um ser frágil, dependente e desamparado diante das contingências impostas pela vida sendo possível identificar sentimentos diversos que são facilmente exteriorizados para aqueles que estão a sua volta, dentre os quais, citamos a tristeza e o sofrimento (SOUZA et al., 2016; LEITE et al., 2015)

Essa doença me deixa triste, não tenho medo de morrer, eu tenho medo do sofrimento que essa doença possa causar a mim e aos meus familiares, aos meus filhos, principalmente, pelo desgaste. (C7)

Às vezes eu me sinto triste com a doença. Mas me sinto mais triste porque sou uma pessoa sozinha, todo mundo saiu de casa [...] Já sofri muito com a vida, com as decepções, às vezes eu choro, às vezes eu me calo, às vezes fico pensando na vida, nos filhos que tenho, e tenho que entender que os filhos algum dia a gente tem que perder, e eu não vou ficar pra semente a vida toda. Mas tenho um netinho, penso em curtir ele ainda. (C6)

A necessidade da presença do acompanhante é reforçada por vários estudos, ao considerarem que o idoso é dependente dos seus familiares e que a hospitalização os distancia do convívio familiar. A presença de um membro da família no hospital é muito importante, não só para acompanhar o idoso, mas também para ser orientado em seu papel de cuidador leigo. Os familiares exercem papel significativo no tratamento e reabilitação do paciente,

união da família é apontada como uma solução para superar esse momento de dificuldade. Nesse contexto, a permanência da família junto ao paciente hospitalizado e horários de visitas mais flexíveis, acrescido do acolhimento e dos cuidados recebidos, constituem-se em estratégias para minimizar o medo, a angústia e o sofrimento (LEITE et al., 2015).

A minha família me trata muito bem, me dão conselhos, me confortam, vem me visitar, e eu gosto muito. Só que me sinto nervoso, sinto aquela emoção, encho logo os olhos e começo a chorar. (C11)

Minha filha é tudo para mim, quando ela vai embora de noite, eu fico pensando “Será que ela volta, meu Deus? Será que ela saiu com raiva?” Eu penso: “Tomara que ela volte. Ela sabe que só tenho ela.” (C8)

Meu filho me dá muita força, ele me abraça, me beija, me dá aquele carinho. Ele é adotivo, mas melhor que ele não tem. (C4)

Geralmente, o processo patológico que conduziu a pessoa idosa à hospitalização demanda cuidados intensivos e permanentes em virtude do estado de maior vulnerabilidade e da capacidade reduzida de responder a diferentes tipos de estresse característicos desse grupo etário. Essa situação impõe à família o dever de organizar-se em função do cuidado à pessoa idosa doente, mediante a permanência contínua de um acompanhante durante o período de hospitalização (REIS; SENA; MENEZES, 2016). Para muitos, cuidar da pessoa idosa, exige uma doação contínua, sobretudo em situações de dependência, pois, na maioria das vezes implica abrir mão de sua vida pessoal, social e financeira, como é possível verificar nas falas:

Todos esses dias da minha internação, meu filho perdeu aula na escola e ele disse: “Mamãe eu vou abandonar meus estudos pela senhora, porque eu não te perder. Vendo esse sofrimento, se a senhora morrer eu não quero mais viver.” As lágrimas desciam nos olhos dele e nos meus também. (C4)

A minha filha que está me acompanhando, pediu demissão e veio de São Paulo com o marido dela para cuidar de mim [choro]. Ela viu que estava pesado, só pra outra irmã que tem filhos. (C11)

Há, portanto, não raras vezes, uma sobrecarga para quem cuida, havendo a necessidade de estar atento para a ocorrência de tensão entre o idoso e acompanhantes, que podem se potencializar durante o processo de hospitalização. Isso ocorre, provavelmente, também em decorrência dos preconceitos ainda existentes no imaginário social acerca dessa fase do ciclo vital. Aliado a essa situação, às exigências que a pessoa idosa faz, impaciência e

até mesmo a um possível processo de demência ou doença mental que não é bem compreendido pelos familiares (SILVA; DIAS, 2016).

O meu filho é muito ruim comigo, ele não me entende direito [...] Eu não posso dizer uma brincadeira com ele, que ele parte para cima de mim. (C8)

Em alguns casos, ficou evidenciada a preocupação, principalmente das mulheres idosas, sobretudo as que são mães, dispensados ao cuidador, em geral, seus filhos. As mesmas desconsideram sua situação de saúde, em detrimento do bem estar e Conforto destes. Tais pacientes demonstram, que não se sentem confortáveis em necessitar de cuidados, pois acreditam estar privando-os de seguir o curso normal de sua vida pessoal e profissional, causando algum desconforto ou sofrimento para os mesmos:

Às vezes eu fico triste por viver doente, dando trabalho para meu filho. Quero dar o melhor pra ele e não posso. O que é que eu vou fazer? Fico quieta e dispero no choro. (C4)

Tenho duas filhas que ficam comigo, tenho um filho que também fica. Hoje ele vem passar a noite comigo, mas ele trabalha e às vezes fico preocupada. Ele trabalha o dia todo e vem passar a noite aqui em cadeiras de plástico, para no dia seguinte enfrentar outro dia de serviço. (C7)

Além dessas situações, os idosos externaram o desejo de retornar aos seus lares e assim voltarem ao aconchego de sua família e de suas atividades cotidianas. O afastamento dos vínculos familiares e ambientais, despertaram sentimentos de saudade, tristeza, solidão e isolamento. Isso ocorre porque o ser humano estabelece relações materiais e psicológicas com o ambiente onde vive, as quais transformam o espaço físico em espaço significativo e de representação para o indivíduo, no qual se desenvolvem todas as suas experiências. Também é no espaço físico que os indivíduos interagem e constroem sua subjetividade. (ROSA et al., 2018).

Eu fico triste por não poder fazer o que é meu, retomar minha vida, meu comércio, ter que fechar ele, mas eu sei que eu estou com esse problema e tenho que me tratar. (C5)

Outro aspecto revelado durante os discursos, corresponde a preocupação com os familiares que ficaram em casa sem a sua presença e sem os cuidados dirigidos a eles (SOUZA et al., 2016). As pessoas idosas nutrem laços de afetividade pela sua casa, além disso, estar em casa associa-se a sentimentos de autonomia e independência. O ambiente tem

impacto emocional sobre o indivíduo e quando ele precisa abandoná-lo, por alguma razão, isso pode afetar diversos aspectos da sua vida. Quando o idoso é hospitalizado, existe um afastamento de sua história pessoal (SANTOS; SOUSA, 2015)

Somente o que está faltando na minha vida é meu neto, ele tem 3 anos, o anjo da minha guarda [choro]. (C8)

Eu queria ver os meus filhos, um tem uns 7 anos, o outro tem 11 e outro tem 2 meses [...]. Eu era acostumado com eles, todos os dias em casa, aquela correria e as brincadeiras, praticamente estou há um mês sem ver eles [choro]. Até quando vou dormir fico chamando por eles, quando acordo me vejo só (C1)

5.2.4. Categoria Temática: Contexto Psicoespiritual

A categoria a ser apresentada, refere-se ao Contexto Psicoespiritual e foram desveladas as seguintes subcategorias: **Espiritualidade e religiosidade; Apoio e cuidado de enfermagem.**

A compreensão da **Espiritualidade e religiosidade** como um aspecto de grande impacto singular e coletivo, especialmente para as pessoas idosas, se constitui como uma das necessidades sentidas. Apresenta uma relação muito direta com o processo saúde/doença, no que tange ao alívio da tensão emocional, o Conforto, o consolo, a procura de sentido, a busca de intimidade, a interação social, a compreensão de si mesmo e a busca pelo sagrado (KOLCABA, 2003). Pode-se afirmar, de acordo com as declarações proferidas pelos entrevistados, que a perspectiva religiosa promove-lhes apoio, bem-estar e Conforto:

Eu sempre digo assim: “Senhor, eu nunca vou abrir minha boca para dizer que estou só, porque a primeira pessoa que está comigo, é o Senhor”. Às vezes quando estou triste eu escuto uma voz dentro de mim “Levanta a cabeça!” Então para mim não existe tristeza. (C6)

Sempre que posso vou ali na estátua de Nossa Senhora e me sinto melhor [...] Eu confio no Pai que está lá no céu que vou ficar melhor logo. (C2)

Eu tenho muita fé em Deus e sei que ele está comigo, se essa doença entrou vai ter que sair, porque maior que Deus não existe. (C4)

A religião configura-se como um importante aliado frente a fragilidade inerente a hospitalização, no qual o idoso encontra um forte elo com um ser superior, fonte de força, apoio e de sentido para a vida, refúgio para as inquietações existenciais da sua finitude. O indivíduo muitas vezes exprime a superação e o fortalecimento de uma situação difícil de crise ou sofrimento, na medida em que as angústias e crenças religiosas podem ser compartilhadas e/ou enfrentadas de forma pessoal, como um sentimento íntimo de fé e promessa para melhoria de sua condição (SOUSA, 2014). As falas dos idosos evidenciam, desse modo, a importância da espiritualidade nesta fase da vida diante da condição que se encontra:

A minha situação de saúde não é muito boa, mas eu tenho fé em Deus que o que estou enfrentando vai passar e agora não tenho mais medo mas seja feita a vontade de Deus na minha vida. (C3)

Eu enfrento esse problema de saúde porque Deus é muito forte, sinto Deus, eu sinto que nasci com Deus no meu coração. (C4)

Neste contexto, o atendimento religioso deve ser oferecido aos pacientes idosos que considerem importante devido ao significado e valor que as pessoas atribuem à espiritualidade/religiosidade. A intervenção religiosa pode contribuir na promoção da saúde, recuperação e reabilitação dos indivíduos quando realizada com respeito, visando atender as necessidades do outro (SANTOS; ABDALA, 2014; OLIVEIRA; MENEZES, 2018).

Estou me sentindo confortável porque veio o padre e me beijou e rezou por mim [...] Deus é maravilhoso, porque eu faço parte de um grupo religioso, agora eu fui agraciado também. E eu vou voltar, se Deus quiser, porque agora eu senti de verdade como é importante. (C9)

A dimensão psíquicoespiritual ocupa um forte significado das pessoas idosas, sendo imprescindível conhecer a espiritualidade dos pacientes ao planejar o cuidado de enfermagem. Deste modo, com os relatos identificados, nota-se que a expectativa da alta hospitalar traz um misto de sentimentos ambíguos, onde o paciente sente-se aliviado por voltar ao convívio familiar e, ao mesmo tempo, está em confronto consigo mesmo por não saber como será o período pós-alta e se será capaz de manejar os acontecimentos que estão por vir (EVANGELISTA et al., 2016; SOUZA et al., 2016).

Minhas forças e minhas energias se acabaram, mas eu creio que elas vão voltar de novo, confiando Naquele lá de cima [choro]. Você só tem força e energia no seu

corpo quando você está com saúde, no meu caso, pelo que eu passei foram se afastando, mas eu espero que vou reconstruir. Minha vida está nas mãos de Deus, Ele quem vai resolver isso. (C10)

Na subcategoria **Apoio e cuidado de enfermagem** incluídos na dimensão Psicoespiritual, se referem a aspectos essenciais para a assistência humanizada, princípio norteador da ética do cuidar. Desse modo, os atributos essenciais se referem a ouvir atentamente o outro, acalantar com palavras, com gestos, estar presente na dor e no sofrimento, se inserindo como estratégia de enfrentamento no processo saúde-doença dos indivíduos (OLIVEIRA; MENEZES, 2018).

Todos me ajudaram a enfrentar aquilo. Quando saia um [profissional], chegava outro, só me animando cada vez mais. Diziam que eu ia ficar bom [...] Tudo que fizeram por mim, foi para me ajudar, me deram força e coragem [choro]. Não faltou nada pra mim aqui, graças a Deus fui colocado no canto certo. (C10)

Todos me ajudaram a enfrentar minha doença, todos me animando cada vez mais. (C10)

Todo mundo que vem aqui me dá atenção, eu agradeço bastante e muito bom se sentir confortável [...] (C9)

Kolcaba (2003) afirma que os cuidados de enfermagem visam o Conforto holístico, e o conforto promove ânimo aos pacientes para que assumam comportamentos benéficos para sua saúde. Além da oferta de bem-estar físico, os profissionais de enfermagem devem considerar também as dimensões sociais e espirituais, sem perder de vista as peculiaridades do ambiente em que os pacientes se encontram (AREIAS, 2016; KOLCABA, 2003).

Os discursos dos idosos deste estudo, evidenciaram que dentre os cuidados de enfermagem que mais proporcionam o conforto, relaciona-se com o bom humor, mencionado frequentemente, na interação entre os enfermeiros e as pessoas idosas como expressão de empatia, alegria ou ainda em situações de maior tensão, ocupando um lugar especial na interação, com relevância no bem-estar e conforto psicológico da pessoa idosa (RIBEIRO et al., 2017).

A gente fica com brincadeira, a enfermeira disse: “Eu estou como senhora, com problema de audição”, eu disse “Deus te livre” [risos]. Tinha outra enfermeira que eu não estava conhecendo e ela disse: “Eu fiz uma injeção na senhora, não lembra?”,

eu disse: “Ah! Foi você? Vou te colocar na cadeia” [risos]. Ela ficou sorrindo, porque eu sou muito animada.” (C4)

Autores afirmam que a utilização do humor como intervenção terapêutica contribuem para aproximar as pessoas, ajuda na partilha de sentimentos, influencia a capacidade de ter e manter a esperança, promove o relaxamento, aumenta a tolerância à dor, diminui o nível de ansiedade e de depressão, reduz o stress e o desconforto, entre outros aspectos (RIBEIRO et al., 2017; PONTE; SILVA, 2015). No entanto, a intensa rotina de tarefas desempenhadas pela enfermagem associada à escassez de recursos humanos contribui para que aspectos significativos do cuidado às pessoas com mais idade, sejam mínimos. O bom humor é uma estratégia que pelos seus benefícios, deveria ser intencional em direção ao Conforto e bem-estar das pessoas cuidadas, e devidamente planejada, na medida em que exige o conhecimento do doente e da sua situação (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

Gosto muito muito das enfermeiras, elas já me conhecem. Por uma eu tenho um carinho especial, ela é muito legal! Eu a abracei forte, quase chorei, tirei uma foto com ela e levei pra casa. Gosto muito do tratamento delas comigo, quando elas encostam a agulha já encontram a veia, já furam logo, são bem cuidadosas. (C4)

As pessoas hospitalizadas, especialmente as idosas necessitam sentir-se seguras e cuidadas. Deste modo, é possível inferir que a promoção de medidas de Conforto implementadas pela equipe de enfermagem, pautadas em atributos que corroborem para uma maior segurança e apropriação do cuidado, são necessárias para atender ao pormenor, bem como responder à multidimensionalidade do idoso, reafirmando o compromisso de aliviar a dor e sofrimento, de ajudar e confortar (SILVA; SILVA; RABELO, 2015; SOUSA, 2014).

Pesquisas corroboram que o bom humor, bem como a descontração são reconhecidas como medidas de Conforto, além de serem estratégias para humanizar a assistência, pela forma como transmite à pessoa uma perspectiva mais positiva da situação. O sorriso e as brincadeiras são, por vezes, utilizados pela equipe de enfermagem de forma espontânea e tem por finalidade tornar as relações mais próximas, proporcionar confiança e ajudar a pessoa idosa a lidar melhor com as rotinas e procedimentos hospitalares desagradáveis, com um potencial efeito terapêutico em pessoas que se sentem deprimidas ou pessimistas (ROSSI; BATIGÁLIA; JUNIOR, 2016).

A maioria vem aqui deixam os comprimidos, verificam a pressão e vão embora. Mas quando chega um aqui, sorri, e nos anima é bom, distrai um pouco, deixa a pessoa melhor. (C1)

Eu me sinto bem demais aqui, o atendimento é muito bacana. Às vezes a pessoa está confuso, desmotivado, então as enfermeiras chegam e sorriem, tratam os pacientes com amor, trocando ideia. Isso me faz feliz, me faz sorrir, me faz esquecer do passado e da doença. Se a pessoa chega de cara feia, eu me pergunto “O que eu fiz?” Possa ser que não seja por minha causa, mas eu penso.” (C11)

Diante do exposto, percebe-se que todo profissional da saúde, deve ter como eixo norteador de sua prática as relações interpessoais, sejam estas para com o paciente, acompanhantes e família. A dimensão afetivo-expressiva, portanto, deve ser fortalecida e incentivada na ação terapêutica do cuidado, de modo a alcançar uma relação de confiança, por meio do carinho, compreensão, respeito ao silêncio, escuta, conversas, incentivo, encorajamento e bom humor (TAVARES et al., 2017).

Elas [enfermeiras] atendem a gente muito bem, procuram ajudar, sempre pergunta se estamos bem, sempre conversam também, na hora do curativo me animam, e eu acho isso muito importante [...] Às vezes é uma pessoa calada, mas quando chegam e conversam com a gente, pra quem tá sozinha, pode não parecer nada, mas significa muito. Eu sou uma pessoa que gosto muito de me comunicar, seja na doença, na tristeza, até mesmo na dor. (C6)

Nesta perspectiva, ressalta-se a importância do Conforto no processo de cuidar, desenvolvido por meio de uma relação atribuída de sentido terapêutico, visando não só o que se faz, mas como se faz. Diante disso, alguns atributos que garantam uma comunicação efetiva são elencados, tais como: o ouvir e a paciência esses se constituem grandes aliados para favorecer a proximidade afetiva, como um modo de demonstrar atenção, interesse, respeito e reconhecimento pelas necessidades do idoso (RIBEIRO et al., 2017).

Destarte, evidencia-se que os pressupostos da teórica são essenciais para compreensão dos discursos e fomentam o papel preponderante que a Enfermagem possui frente à abordagem prática do Conforto. Embora, os pacientes expressem uma situação confortável, a priori, faz-se necessário compreender a sua multidimensionalidade, uma vez que o Conforto é um resultado holístico e proporciona resultados posteriores, seja para o paciente, gerando maior satisfação com o atendimento e adesão ao plano terapêutico, bem como, para o

profissional de enfermagem, propiciando relações custo-benefício resolutivas e mais fortes para a instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados obtidos neste estudo, analisados com base na Teoria do Conforto de Kolcaba, considera-se que os objetivos da investigação foram alcançados, desvelando a multidimensionalidade e a variabilidade individual do fenômeno Conforto vivenciada pelas pessoas idosas hospitalizadas, constatando, no entanto, que a hospitalização foi considerada para a maioria dos entrevistados como necessária e importante, sendo responsável principalmente pelo reestabelecimento da saúde.

O referencial teórico e estratégias metodológicas se mostraram pertinentes para a obtenção dos dados, por meio da abordagem qualitativa, desvelando as falas das pessoas idosas investigadas, as quais, guardam congruências com as necessidades de Conforto elencados na Teoria de Kolcaba nos contextos: Físico, Ambiental, Sociocultural e Psicoespiritual.

No que tange às necessidades de conforto da categoria temática do contexto físico, o alívio de sintomas em situações distintas relacionadas à condição crônica de saúde, foram supridas no ambiente hospitalar, ocasionando uma satisfação por terem seus desconfortos debelados ou diminuídos. Neste domínio, também foram evidenciados a dependência de familiares e profissionais de saúde para realização de certas atividades de vida diárias no contexto hospitalar, que constitui, para alguns, como desagradável, possuindo a necessidade de manter-se realizando estas, conforme suas condições físicas os permitam, especialmente nos cuidados de higiene e arranjo pessoal. No entanto, os entrevistados reconhecem o banho realizado pelos enfermeiros como essencial para o Conforto, frente às situações de fragilidade. Quanto à alimentação, às pessoas idosas entendem a refeição como um momento de prazer e apresentam necessidades particulares, as quais, geralmente estão dissonantes da padronização nutricional das dietas hospitalares. Referente ao sono e repouso, demonstram tais necessidades de conforto, associadas aos problemas de saúde pré-existentes, que causam prejuízos para o início e manutenção do ciclo circadiano.

No que diz respeito à categoria representativa do contexto ambiental, os discursos evidenciaram as necessidades de Conforto referente ao ambiente foram mínimas em primazia ao reestabelecimento da saúde, em alguns casos o Conforto percebido no hospital foi considerado superior ao Conforto do próprio lar.

As necessidades de conforto das pessoas idosas decorreram especialmente nos contextos experienciados no âmbito sociocultural e psíquicoespiritual. No concernente à categoria do contexto sociocultural, as informações e os esclarecimentos, envolveram a compreensão e a comunicação efetiva por parte dos profissionais de saúde. Também houve a necessidade de sentir-se ativo e ter a autonomia preservada frente à rotina hospitalar, assim como o convívio familiar e com pessoas significativas, evidenciou grande representatividade nas necessidades de Conforto, relacionadas a dependência destes, e principalmente quanto ao afastamento dos vínculos familiares e ambientais, despertando, assim sentimentos de saudade, tristeza e isolamento.

No tocante a categoria temática do contexto psíquicoespiritual, cabe destacar a relevância que os atributos relacionados a espiritualidade e religiosidade constituem para as pessoas idosas, como forma de transcender a situação que o adoecimento acarreta. Além disso, o apoio e cuidado propiciado por meio da interação com bom humor e empatia dispensados pelos profissionais de enfermagem, concebem importância significativa para o alcance do Conforto, capazes de incorporar outras sensações na hospitalização, além daquelas que trazem à tona a condição exclusiva de paciente no interior do hospital, compreendendo a pessoa idosa como um sujeito de relações e de possibilidades.

Por conseguinte, a utilização de uma teoria de enfermagem para o reconhecimento das dimensões do Conforto e conhecer as necessidades de Conforto das pessoas idosas, permite refletir sobre os cuidados de enfermagem e fornece subsídios para o pensamento crítico, julgamento clínico e tomada de decisão, que embasam o planejamento de resultados e de intervenções de enfermagem, a fim de qualificar a assistência, o ensino e pesquisa, promovendo uma interação holística e integral, capaz de atender as reais necessidades da pessoa que envelhece.

As limitações do estudo compreendem que, foi realizado em apenas um hospital. A riqueza dos dados não suprimiu a totalidade das expectativas para este estudo e suscitou vertentes para investigação sobre o Conforto da pessoa idosa em diversos contextos. Sugere-se, a reflexão sobre os pressupostos teóricos de Katherine Kolcaba pelos enfermeiros e a realização de estudos subsequentes para implementar possibilidades de intervenções, correlacionando com os níveis de Conforto, uma vez que as definições atuais reconhecem o fenômeno como multidimensional, no entanto, são muito amplas para orientar a prática. Isso significa que, embora o Conforto seja universalmente desejável e afeta a experiência do

paciente, apenas uma suposição do que é importante para o paciente atualmente norteia as iniciativas para a melhoria da qualidade da assistência.

6 REFERÊNCIAS

- ABREU, D.R.O.M. et al. Fall-related admission and mortality in older adults in Brazil: trend analysis. **Cien. Saude. Colet.**, v.23, n.4, p.1131-1141, 2018.
- ABREU, T.F.K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M.M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.70, n.5, p.981-987, 2017.
- ANTUNES, B.C.S.; CROZETA, K.; ASSIS, F.; PAGANINI, M.C. Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. **Cogitare Enferm.** v. 23, n. 2, p.1-8, 2018.
- APÓSTOLO, J. L. A. **O Conforto pelas Imagens Mentais na Depressão, Ansiedade e Stresse**. Imprensa da Universidade de Coimbra: Portugal, 2010.
- APÓSTOLO, J. L. A.; KOLCABA, K. Y. The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v. 0, n.0, p. 403–411, 2009.
- AREIAS, F.Z. **Conforto na perspectiva de pacientes totalmente laringectomizados por câncer na laringe**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- BARBOSA, E. M. G. et al. Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 845-849, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2016.
- BOTH, J. E. et al. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 486-495, 2014.
- BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e teorias na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 48, n. 1, p. 144-148, 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

- BRASIL. **Estatuto do idoso**. Coordenação de Edições Técnicas, Brasília: Senado Federal, 40 p., 2017.
- CAMPOS, A.C.V.; FERREIRA, E.F.; VARGAS, A.M.D.; GONÇALVES, L. H. T. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, e.2724, p. 1-11, 2016.
- CANÇADO, F.A.X.; HORTA, M.L. **Envelhecimento Cerebral**. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2. ed, p.112-117, 2016.
- CASTRO, V.C. et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Rev. Rene**. v.14, n.4, p. 791-800, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2017.
- COUTINHO, M.L.N. et al. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências **Rev. Rene.**, v.16, n.6, p.908-1005, 2015.
- EVANGELISTA, C.B. et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm.**, v.69, n.3, p. 554-563, 2016.
- FARIA, J.M.S.; RIBEIRO, P.C.P.S.V; GOMES, M.J.P. O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. **Enferm. Global**. n.50, p.490-502, 2018.
- FERNANDES, A. A; BÁRRIOS, M. J. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. **Rev. port. saúde pública**, v. 32, n. 2, p. 188–196, 2014.
- FERNANDES, B. L.; BORGATO, M. H. A Viuvez e a Saúde dos Idosos: uma Revisão Integrativa. **Rev. Kairós Gerontol.**, v.19, n.3, p. 187-204, 2016.
- GAMA, G.C.N.; MATTOS, M.M.; NUNES, M. L. Velhice digna: escolha do tratamento médico. **Rev. Fac. Dir.**, n.30, p.173-195, 2016.
- GÓIS, J. A. **Adaptação transcultural e validade de conteúdo do questionário geral de conforto para pessoas com infarto do miocárdio**. 2016. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador, 2016.

- GOMES, M.M.F. et al. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública.**, v.29, n.3, p.566-578, 2013.
- GROSS, C. B. et al. Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta paul. enferm.**, v. 31, n. 2, p. 209-216, 2018.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- KOLCABA, K.Y. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image J. Nurs. Sch.**, v.25, n.4, p.237-240, 1991.
- KOLCABA, K. Y. A theory of holistic comfort for nursing. **J. Adv. Nurs.**, v.19, n.6, p.1178-1184, 1994.
- KOLCABA, K. Y.; FOX, C. The effects of guided imagery on comfort of women with early breast cancer undergoing radiation therapy. **Oncol Nurs Forum**. v.26, n.1, p.67-72, 1999.
- KOLCABA, K. Y. Evolution of the midrange theory of comfort for outcomes research. **Nurs. Out.**, v. 49, n. 2, p. 86-92, 2001.
- KOLCABA K. Y. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer; 2003.
- KOLCABA, K. Y. **The comfort line. 2012.** Disponível em: <<http://www.thecomfortline.com/>> Acesso em: 04 jan. 2018.
- LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts theories, research and practices**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1995.
- LEITE, M.T. et al. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 20, n. 2, p. 535-549, 2015.
- LIMA, D.F. et al. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. **Rev. Rene.**, v.15, n.4, p.578-584, 2014.
- LIMA, J. V. F. et al. Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. 4, e65022, 2016.
- LINDOLPHO, M.C. et al. Perfil dos idosos consultados pela enfermagem num programa Extensionista. **Rev enferm UFPE on line.**, v.8, n.8, p.2694-2701, 2014.

- LIRA, L. N., et al. Nursing diagnosis and prescriptions for hospitalized elderly. **Av. Enferm.** n. 33, n. 2, p. 251-260, 2015.
- MARTINS, A. C. F. Adaptação da escala do conforto térmico para a População portuguesa. 2015. 88 f. Dissertação (Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Escola Superior De Enfermagem Do Porto, Porto, 2015.
- MEDEIROS, A. R. **O conforto do idoso em pós-operatório na perspectiva do enfermeiro.** 2014. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- MELO, B.R.S. et al. Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. **Esc Anna Nery.**, v.21, n.4, p.1-8, 2017.
- MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.
- MONTEIRO, N.T.; CEOLIM, M.F. Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. **Texto contexto - Enferm.**, v.23, n.2, p.356-364, 2014.
- MORSE, J. M. On comfort and comforting. **American J. Nurs.**, v.100, n. 9, p. 34-38, 2000.
- NASCIMENTO, E.R.P. et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery.**, v.19, n.2, p.338-342, 2015.
- NASCIMENTO, T. et al. Acceptance of oral diets from a hospital of the South of Minas. **Rev UIIPS.**, v.5, n.5, p.141-148, 2017.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** Loures: Lusociência. 2005.
- OLIVEIRA, A.L.B.; MENEZES, T.M.O. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.2, p. 823-829, 2018.
- OLIVEIRA, T. M. J. de; ESPÍRITO SANTO, F. H.; CHIBANTE, C. L. de P.; NICOLAU, I. R. A hospitalização para o idoso: Contribuições da enfermagem gerontológica. **Rev. Kairós Gerontol.**, v.19, n.3, p.293-308, 2016.

- PAIVA, S. C. L. et al. A influência das comorbidades, do uso de medicamentos e da institucionalização na capacidade funcional dos idosos. **Rev. Inter. Est. exper.**, v. 6, p. 46-53, 2014.
- PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. **Rev. Dir. sanit.** v.19 n.1, p. 32-49, 2018.
- PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública.**, v.29, n. 4, p.723-734, 2013.
- PETERSON, S. J.; BREDOW, T.S. **Middle Range Theories**. 3.ed. Minnessota: LWW, 2012.
- PONTE, K. M. A.; SILVA, L. F. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online**. v. 7, n. 2, p. 2603-2614, 2015.
- REIS, C. C. A.; SENA, E. L. S.; MENEZES, T. M. O. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade*. **Esc Anna Nery.**, v. 20, n. 3, 2016.
- RIBEIRO, P.C.P.S.V. **A natureza do processo de conforto do doente idoso crônico em contexto hospitalar construção de uma teoria explicativa**. Tese (doutorado) – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2012.
- RIBEIRO, P.C.P.S.V.; MARQUES, R.M.D.; RIBEIRO, M.P. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. **Rev Bras Enferm.**, v.70, n.4, p. 865-872, 2017.
- ROSA, P. H. et al. Estressores vivenciados por idosos hospitalizados na perspectiva do Modelo de Sistemas de Neuman. **Esc Anna Nery.**, v.22, n.4., 2018.
- ROSSI, I.; BATIGÁLIA, F.; SANTOS JÚNIOR, R. Clown therapy: alteration of the pain profile and emotional profile of hospitalized geriatric patients. **Arq. Ciênc. Saúde.**, v.23, n.3, p.17-21, 2016.
- SANTOS, G.; SOUSA, L. Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. **Rev. Port. Sau. Pub.**, v.33, n.1, p.2-11, 2015.
- SANTOS, M.A.S. et al. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v.24, n.3, p.389-398, 2015.

- SANTOS, N.C.; ABDALA, G.A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.17, n.4, p.795-805, 2014.
- SANTOS, R.A.A.S.; CORREA, R.G.C.F.; ROLIM, I.L.T.P.R.; COUTINHO, N.P. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. **Rev Pesq Saúde.**, v.17, n.3, p.179-183, 2016.
- SATO, T.O. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis em Usuários de Unidades de Saúde da Família - Prevalência, Perfil Demográfico, Utilização de Serviços de Saúde e Necessidades Clínicas. **Rev. Bras. Ci. Saúde.**, v.21, n.1, p.35-42, 2017.
- SCHMIDT, M.I. et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.**, v. 377, n.9781, p.1949-61, 2011.
- SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Psicol. Ci. Prof.**, v. 36 n.3, p.637-652, 2016.
- SILVA, F.V.F.; SILVA, L.; RABELO, A.C.S. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. **Aquichan.**, v.15, n.1, p.116-128, 2015.
- SILVA, J. M. C. **Construção e validação de uma escala de avaliação de conforto da pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização.** 2016. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2016.
- SIMÕES, C.C. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população.** IBGE - Coordenação de População e Indicadores Sociais, p.119, 2016.
- SOUSA, I. C. P. et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev. Mineira de Enfer.**, v.18, n.1, p.164-180, 2014.
- SOUSA-MUÑOZ, R. L. et al. Satisfação do paciente idoso com internação em um hospital universitário. **Rev. Adm. Saúde.**, v.17, n.68, 2017.
- SOUZA, A.S. **As profissionais de enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas: estudo etnográfico.** Tese (doutorado), 2015. 368 f - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador, 2015.

- SOUZA, M.M.S. et al. Sentimentos de idosos hospitalizados pelo câncer: expectativas sobre alta hospitalar e a influência familiar. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v.10, n.10, p.3720-6, 2016.
- STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa:** estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.
- STORTI, L. B. et al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto contexto - Enferm.**, v.22, n.2, p.452-59, 2013.
- TAMBARA, D.R. et al. Perfil multidimensional dos idosos participantes da campanha de vacinação contra influenza. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.18, n.4, p.845-54, 2015.
- TAVARES, D. I.; STALLBAUMA, J. H.; PEDROSA, W.; BADORÓA, A. F. V. Relação entre o profissional de saúde e o paciente idoso: questões bioéticas. **Rev. Ci. Saúde – Vitale**, n.2, p.107-115, 2017.
- WHO. **Non communicable diseases country profiles 2011**. World Health Organization. Geneva; 2011.
- WIETZKE, M. et al. Comparação das atividades básicas de vida diária entre idosos hospitalizados e hígidos da região sul do Brasil. **Rev. Unisc.** v.18, n.4, 2017.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A
FORMULÁRIO DE ENTREVISTA
INSTRUMENTO I

INICIAIS: _____

Nº: _____

TÓPICO I – ASPECTOS QUALIFICADORES DAS PESSOAS IDOSAS	
1-IDADE: _____ anos (Data de nascimento ____/____/____)	2-SEXO 1. () Masculino 2. () Feminino
3- ETNIA 1. () Preta 2. () Branca 3. () Parda 4. () Oriental 5. () Indígena	4- ESTADO CIVIL 1. () Solteiro 2. () Casado / União estável 3. () Viúvo 4. () Separado
5- RELIGIÃO 1. () Católico 2. () Evangélico 3. () Espírita 4. () Outra. Especifique: _____	6 – O SR. FREQUENTOU A ESCOLA? 1. () Sim 2. () Não 7- SE SIM, QUANTOS ANOS FREQUENTOU? (Marcar 0 se não tiver frequentado) _____
8- RENDA FAMILIAR (Valor atual do salário mínimo= R\$ 954,00) 1. () Um salário mínimo 2. () 2 a 3 salários mínimos 3. () 4 ou mais	9- OCUPAÇÃO 1. () Trabalho remunerado 2. () Trabalho voluntário 3. () Aposentado/Pensionista 4. () Autônomo
10- ARRANJO FAMILIAR 1. () Sozinho 2. () Cônjuge 3. () Conjuge e filhos e/ou netos 4. () Filhos e/ou netos 5. () Amigos	11. POSSUI ACOMPANHANTE 1. () Sozinho 2. () Cônjuge 3. () Filhos e/ou netos 4. () Amigos 5. () Cuidador

0. () Outros. Especificar: _____	0. () Outros. Especificar: _____
TÓPICO II – ASPECTOS CLÍNICOS	
11. Diagnóstico médico/Hipótese diagnóstica: _____	
12. ACOMETIMENTO 1. () Cardiovascular 2. () Respiratório 3. () Renal	4. () Gastrointestinal 5. () Oncológico 6. () Neurológico 0. () Outro. Especificar: _____
13. MOTIVO DO INTERNAMENTO 1. () Internamento Programado 2. () Agudização da condição crônica 3. () Diagnóstico 4. () Outro Especificar: _____	14- HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ INTERNADO:
14. SITUAÇÃO DE SAÚDE Neste momento, de 1 a 5, como considera sua situação de saúde? <div style="text-align: center;">MUITO FRACA 1 2 3 4 5 MUITO BOA</div>	
15. ESTEVE ACAMADO NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS? 1. () Sim 2. () Não	
16. PRECISOU DE ATENDIMENTO MÉDICO NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS? 1. () Sim 2. () Não	
17. ESTEVE INTERNADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? 1. () Sim 2. () Não Quantas vezes (Marcar 0 se não tiver sido internado): _____	
18. POSSUI OU JÁ TEVE ALGUM TIPO DE PATOLOGIA? 1. () Sim 2. () Não Se sim, especificar: 	

INSTRUMENTO II

QUESTÕES COM VISTAS A APREENDER AS NECESSIDADES DE CONFORTO
1) Por favor, gostaria que falasse como o(a) senhor(a) se sente confortável ou desconfortável em relação a hospitalização.
2) O que lhe faz sentir desta maneira em relação a internação?
3) O que lhe ajuda a se sentir mais confortável em relação ao ambiente hospitalar?
4) O que falta para o senhor(a) sentir-se mais confortável durante a hospitalização?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando a V. Sa. a participar da pesquisa intitulada **NECESSIDADE DE CONFORTO PERCEPCIONADOS POR IDOSOS HOSPITALIZADOS: UMA ANÁLISE À LUZ DA TEORIA DE KOLCABA** de autoria da Sra. Sanni Moraes de Oliveira, Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba sob a orientação da Pesquisadora Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Melo Fernandes. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer a necessidade de Conforto na percepção de pessoas idosas hospitalizadas; Identificar a necessidade de Conforto percebida por idosos na condição de paciente em uma unidade de internação hospitalar; Relacionar as situações vivenciadas com os contextos de experiência de Conforto físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual, proposto pelo referencial teórico de Kolcaba.

O (a) senhor (a) terá plena liberdade para aceitar ou não o convite para participar, assim como, a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir e cancelar seu consentimento sem nenhum prejuízo moral, físico ou social. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com a pesquisadora e nem prejuízo para atendimentos neste serviço. Sua participação será através de respostas a um formulário de caracterização sociodemográfica e de condições de saúde e uma escala com perguntas sobre seu estado de Conforto, entrevistas e consulta de enfermagem, permitindo que a pesquisadora examine seu corpo. Informo que este encontro será gravado se você concordar, e informo que sua participação não é obrigatória.

Os riscos do estudo serão mínimos e se ocorrer algum desconforto ou mal estar a pesquisadora estará atenta para minimizá-lo ou resolvê-lo. Quanto aos benefícios do estudo, pretende-se gerar informações importantes sobre o Conforto do idoso hospitalizado diante da sua multidimensionalidade. Sua privacidade e a proteção de sua imagem estarão garantidas e sempre que as informações prestadas forem utilizadas, será mantido sigilo de sua identidade. Sua participação é voluntária, portanto, o(a) senhor(a) não receberá remuneração, assim como não terá nenhum gasto com o estudo.

Mais uma vez, garantimos manter em sigilo sua identidade e as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para os fins deste estudo. Os resultados serão enviados a Gerência de Ensino e Pesquisa do HULW como subsídio para a melhoria da prestação de serviço e posteriormente será publicado em revistas científicas e apresentado em eventos científicos da área. Para esclarecer quaisquer dúvidas sobre esta pesquisa, favor se comunicar com a pesquisadora responsável Sanni Moraes de Oliveira pelo telefone: (83) 988426810 ou na Rua Bancário Lourenço Vieira de Souza, nº 41, Bancários, João Pessoa ou ainda, comunicar-se com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley 2º andar – Biblioteca Setorial/GEP Fone: 3216-7955, E-mail: g.ensinoepesquisa@hulw.ufpb.br.

Este Termo será preenchido e assinado em duas vias sendo uma para o(a) senhor(a) e a outra para arquivamento pela pesquisadora.

Sanni Moraes de Oliveira
Enfermeira - Pesquisadora

Eu, _____, declaro que depois de ser esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, como será minha participação, os objetivos e as garantias éticas, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura ou Digital do Pesquisado
Espaço para impressão dactiloscópica





UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NECESSIDADE DE CONFORTO E CUIDADOS PARA CONFORTAR PERCEPCIONADOS POR IDOSOS HOSPITALIZADOS: UMA ANÁLISE À LUZ DA

Pesquisador: Sanni Moraes de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95270418.2.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.853.889

Apresentação do Projeto:

O projeto: Necessidade de conforto e cuidados para confortar percepçionados por idosos hospitalizados: uma análise à luz da teoria de Kolcaba é um projeto de pesquisa do tipo dissertação de mestrado, de Sanni Moraes de Oliveira, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFPB, sob a orientação da Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, em que a população será constituída de pessoas com sessenta anos ou mais, de ambos os sexos, em internamento hospitalar nas Unidades de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa – Paraíba, a ser desenvolvido no período de 20/08/2018 a 19/10/2018. A amostra será não probabilística do tipo intencional, delimitada quando os dados encontrados refletirem a totalidade e dimensão do objeto de estudo e demonstrarem a saturação. Serão incluídos na pesquisa 10 indivíduos com sessenta ou mais anos, que falem e compreendam o português, estejam lúcidos com mais de cinco dias de internamento, além de ter capacidade cognitiva para responder os questionamentos do estudo. A entrevista semiestruturada será utilizada como instrumento de coleta de dados, com questões objetivas e subjetivas, e será dividido em duas partes: a primeira terá a finalidade de registrar os dados sociodemográficos, com questões que proporcionarão o conhecimento do paciente estudado, tais como: idade, estado civil, sexo, residência, arranjo familiar, nível de instrução, profissão, religião, motivo do internamento, quantos dias de

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.853.889

hospitalização e situação de saúde considerada. A segunda parte compreenderá questões abertas referentes às necessidades de conforto e os cuidados para confortar oferecidos pela enfermagem baseado na teoria procurando dar resposta as experiências significativas durante a hospitalização. Para o tratamento dos dados, pretende-se utilizar a técnica de análise de conteúdo, especificamente, a análise temática proposta por Laurence Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a necessidade de conforto e os cuidados para confortar na percepção de pessoas idosas hospitalizadas.

Objetivos Secundários: Conceituar conforto a partir de predicações de idosos hospitalizados; Identificar a necessidade de conforto proposto por Kolcaba mais comuns em idosos no ambiente hospitalar; Conhecer os cuidados para confortar percebidos por pessoas idosas internadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Determinadas perguntas poderá causar desconforto no participante, porque as informações serão sobre suas experiências pessoais. Assim, o mesmo poderá escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

Benefícios: Gerar informações importantes sobre o objeto de estudo em questão e proporcionar para a profissão de enfermagem um conhecimento maior no que tange a necessidade de conforto e os cuidados para confortar numa probabilidade teórica que focalize o conforto do idoso hospitalizado diante da sua multidimensionalidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante tendo em vista que a longevidade acarreta mudanças multidimensionais nos idosos e traz consigo maior susceptibilidade e vulnerabilidade para ocorrência de condições crônicas de saúde, as quais necessitam de cuidados contínuos e conseqüentemente a maior ocorrência de hospitalizações. Apesar de necessária para o restabelecimento da saúde, a hospitalização pode gerar ansiedade, medo e desconforto e se revelar como uma experiência desagradável para os idosos.

O protocolo de pesquisa apresenta-se bem instruído, permitindo adequada avaliação dos aspectos éticos.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.853.889

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após análise detalhada do protocolo de pesquisa, constatamos que todos os termos foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Recomenda-se que o pesquisador responsável e os colaboradores cumpram, em todas as fases do estudo, a metodologia proposta e aprovada pelo CEP/HULW.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica e encontra-se em consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer APROVADO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em Reunião Ordinária, realizada em 14 de agosto de 2018.

. O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha.

. O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo à assistência que esteja recebendo.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

. Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até maio de 2019.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.853.889

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar , online via Plataforma Brasil, através de Notificação, o Relatório final ao CEP/HULW para emissão da Certidão Definitiva por este CEP.. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1194309.pdf	06/08/2018 19:11:16		Aceito
Outros	CERTIDAO.pdf	06/08/2018 19:10:31	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOPB.pdf	06/08/2018 19:09:30	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	06/08/2018 19:08:17	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Outros	CADASTRO.pdf	06/08/2018 19:07:33	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	05/08/2018 00:21:49	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	04/08/2018 23:27:58	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/08/2018 23:25:51	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04/08/2018 23:24:34	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/08/2018 23:23:40	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA.pdf	04/08/2018 23:21:37	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.853.889

Não

JOAO PESSOA, 29 de Agosto de 2018

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador)

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com