

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**SANNI MORAES DE OLIVEIRA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO DE PESSOAS IDOSAS  
HOSPITALIZADAS**

**JOÃO PESSOA**

**2024**

SANNI MORAES DE OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO DE PESSOAS IDOSAS  
HOSPITALIZADAS**

Tese a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção de título de Doutora em Enfermagem e Saúde.

**Área de Concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Fundamentos Teórico-Filosóficos de Enfermagem e Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes

**Coorientadora:** Profa. Dra. Maria Auxiliadora Pereira

**Projeto de pesquisa:** Dimensões objetivas e subjetivas do cuidado ao idoso – Fase II

JOÃO PESSOA

2024

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

O48c Oliveira, Sanni Moraes de.  
Construção e validação de um protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas / Sanni Moraes de Oliveira. - João Pessoa, 2024.  
215 f. : il.

Orientação: Maria das Graças Melo Fernandes.  
Coorientação: Maria Auxiliadora Pereira.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem - Idoso. 2. Diagnósticos de enfermagem. 3. Cuidado de Enfermagem - Paciente hospitalizado. 4. Teoria de enfermagem. I. Fernandes, Maria das Graças Melo. II. Pereira, Maria Auxiliadora. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083-053.9(043)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**ATA DA 149ª SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE**

01 Às 14:00 horas do dia 23 de Julho de 2024, realizou-se a sessão de defesa de tese do(a) discente  
 02 **SANNI MORAES DE OLIVEIRA**, regularmente matriculada no curso de **DOUTORADO EM ENFERMAGEM** da  
 03 Universidade Federal da Paraíba, que apresentou a tese intitulada **"PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE**  
 04 **ENFERMAGEM PARA O CONFORTO PREJUDICADO EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS"**, no  
 05 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. A banca examinadora foi composta pelos(as) docentes Dra.  
 06 Maria das Graças Melo Fernandes (Presidente), Dra. Kamilya Felix Oliveira Dos Santos (Membro  
 07 Externo - UNIPÊ), Dra. Adriana Marques Pereira De Melo Alves (Membro Externo - UFPB), Dra. Oriana  
 08 Deyse Correia Paiva Leadebal (Membro Interno), Dra. Katia Neyla De Freitas Macedo Costa (Membro  
 09 interno), Dra. Lara De Sá Neves (Membro Externo Suplente - UFRN), Dra. Jacira Dos Santos Oliveira  
 10 (Membro Interno Suplente). Após a exposição do trabalho, a aluna foi submetida à arguição, dispondo cada  
 11 membro da banca de 20 minutos. Encerrada a sessão pública de apresentação e de defesa do trabalho final, a  
 12 comissão examinadora, em sessão secreta, deliberou sobre o resultado e atribuiu ao trabalho o conceito  
 13 APROVADO. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada às 16:50 horas  
 14 e eu, Profa. Maria das Graças Melo Fernandes, presidi a banca examinadora da defesa da tese e lavrei a  
 15 presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos demais membros da banca.

João Pessoa, 23 de Julho de 2024.

MEMBRO	ASSINATURA
ORIENTADOR(A)	[Redacted Signature]
MEMBRO EXTERNO	[Redacted Signature]
MEMBRO EXTERNO	[Redacted Signature]
MEMBRO INTERNO	[Redacted Signature]
MEMBRO INTERNO	[Redacted Signature]
SUPLENTE EXTERNO	[Redacted Signature]
SUPLENTE INTERNO	[Redacted Signature]

SANNI MORAES DE OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO DE PESSOAS IDOSAS  
HOSPITALIZADAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção de título de Doutora em Enfermagem, na área de concentração Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 23 de julho de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes – Orientadora  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

---

Profa. Dra. Maria Auxiliadora Pereira – Coorientadora  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

---

Profa. Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves – Membro Externo Titular  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

---

Profa. Dra. Kamyla Félix Oliveira dos Santos – Membro Externo Titular  
Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW)

---

Profa. Dra. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal – Membro Interno Titular  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

---

Profa. Dra. Kátia Neyla de Freitas Macedo – Membro Interno Titular  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, cuja graça e misericórdia são infinitas na minha vida, guiando-me e sustentando-me em todos os momentos. Entrego meus fracassos e as vitórias dedico também.

Ao meu marido **Ivan Sidney de Oliveira** e à minha querida filha **Sarah Isis Moraes de Oliveira**, pelo amor incondicional, paciência e apoio constante, dispenderam força e motivação para me incentivar a continuar, mesmo nos momentos mais desafiadores.

À **Professora Maria das Graças**, cujas palavras e orientações foram um farol em meio às tempestades. Essa vitória é nossa!

Aos demais **professores e alunos** que cruzaram minha trajetória, cuja confiança em meu trabalho me inspira a buscar sempre o melhor e a continuar minha trajetória acadêmica com dedicação e paixão.

E, finalmente, às **pessoas idosas**, que serão beneficiadas de alguma forma por este trabalho. A esperança é que os modelos de atenção à saúde para essa população sejam mais efetivos e que se a hospitalização for inevitável que este estudo possa contribuir para uma assistência de enfermagem que honre suas histórias e ofereça-lhes o conforto respeitoso e digno que merecem.

Esta pesquisa é dedicada a todos aqueles que, como eu, buscam fazer a diferença na saúde da pessoa idosa.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, meu Amado Pai, minha fonte de toda força e inspiração, Àquele que me sustentou nos braços quando não pude caminhar e me guiou em cada passo desta jornada. Sua graça e misericórdia pela minha vida são imensuráveis. Obrigada por me dar à vida, o perdão, a salvação, a cura e restaurar meus sonhos, permitindo-me concluir este trabalho com dedicação e amor.

À **Universidade Federal da Paraíba, ao Centro de Ciências da Saúde e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, expresse minha imensa gratidão. Este lugar, que me fez crescer profissionalmente e me permitiu alcançar este momento através do estudo, proporcionou acolhimento, suporte e inúmeras oportunidades ao longo deste percurso acadêmico para a concretização desta pesquisa.

À minha orientadora, **Professora Maria das Graças Melo Fernandes**, que foi quase mãe para mim, nem todas as palavras de agradecimentos seriam suficientes para agradecê-la por tamanho significado na minha vida. Foi uma dádiva poder dividir minha trajetória com sua orientação sábia, apoio constante e palavras de conforto para o meu crescimento acadêmico, pessoal e espiritual. Sua dedicação à saúde do idoso e seu exemplo de humanidade e fé em Deus. Sua força, suas palavras assertivas, muitas vezes duras, mas sempre confortadoras, refletem a luz de Cristo e inspiraram-me a perseverar e buscar a excelência, além de me ensinar a confiar nos desígnios divinos, que são maiores do que nossos próprios planos.

À minha coorientadora, **Professora Maria Auxiliadora Pereira**, uma das minhas primeiras professoras da graduação, agradeço profundamente. É de admirar sua *expertise*, suas lutas, seu amor pelo que faz especialmente pelo cuidado aos seus pais idosos. Seu olhar agregou um valor inestimável a esta tese no momento mais oportuno.

À banca examinadora, composta pelas docentes **Adriana Marques, Kátia Neyla, Oriana Deyse e Kamilla Félix**, expresse minha gratidão por suas valiosas contribuições e pelo rigor acadêmico com que avaliaram meu trabalho. Suas sugestões e críticas foram essenciais para aprimorar esta tese. Jamais esquecerei a sensibilidade, empatia e cuidado que tiveram comigo quando mais precisei.

À todas as professoras do PPGENF, agradeço especialmente em nome da **Professora Mariam Miriam Nóbrega (in memoriam)**, uma pessoa ímpar e doce, grande referência para Enfermagem brasileira, que seu legado nunca seja esquecido. E em nome da **Professora Jacira Oliveira**, coordenadora do Programa, cuja amabilidade, dedicação e compreensão foram uma inspiração para mim, especialmente após o diagnóstico oncológico. O compromisso de vocês com a formação e desenvolvimento dos alunos é inspirador e fundamental para a excelência da Pós-graduação em Enfermagem da UFPB.

Aos colegas de trajetória do doutorado, **Cleane, Williana, Suelane e Arthur**, agradeço o apoio, amizade e companheirismo ao longo desta jornada. Compartilhar este percurso, em meio à pandemia e aos altos e baixos da vida, com vocês tornou-o mais leve e significativo.

Ao corpo de médicos que cuidaram de mim durante meu tratamento contra o câncer, minha eterna gratidão. A sensatez, agilidade e competência de vocês me permitiram estar hoje aqui para que eu pudesse concluir este sonho.

À minha família, especialmente ao meu pai **Adelmar Fernando**, um homem trabalhador que nunca nos deixou faltar nada, principalmente educação; à minha mãe, **Maria Solange** por todo seu cuidado e compreensão nos momentos mais difíceis; tê-la é um privilégio, pois independentemente é aquela que está sempre comigo, me colocando em suas orações; e aos meus irmãos, **Sonaly, Glauber e Silmara**, meus maiores amigos, que me amam incondicionalmente e estão comigo em todas as circunstâncias. Agradeço o amor, apoio sem medidas e encorajamento constante. Vocês são minha base e minha maior fonte de motivação.

Ao meu marido **Ivan** e à minha filha **Sarah**, minha gratidão eterna pelo amor, cuidado, paciência e compreensão frente as inúmeras renúncias durante este período do doutorado. Noites em claro estudando, finais de semana abdicados, mas vocês sempre me preenchendo de amor. Vocês são minha razão de viver, meu maior tesouro e motivação para esta conquista.

Ao amigo e amigas pessoais, **Pedro, Karol, Silvana e Lenilda**, agradeço o carinho, apoio e amizade verdadeira. Vocês estiveram ao meu lado em todos os momentos, proporcionando-me força e alegria.

Aos meus pacientes idosos, que compartilharam suas experiências, inspirando-me a cada dia na construção deste trabalho. Agradeço também às participantes do estudo, que validaram as intervenções e se dispuseram a contribuir com sua *expertise*.

*Muito obrigada!*

“Bendito seja o Deus e Pai de nosso Senhor Jesus Cristo, o Pai de misericórdias e Deus de toda consolação! É ele que nos conforta em toda a nossa tribulação, para podermos consolar os que estiverem em qualquer angústia, com a consolação com que nós mesmos somos contemplados por Deus. Porque, assim como os sofrimentos de Cristo se manifestam em grande medida a nosso favor, assim também a nossa consolação transborda por meio de Cristo. Mas, se somos atribulados, é para o vosso conforto e salvação; se somos confortados, é também para o vosso conforto, o qual se torna eficaz, suportando vós com paciência os mesmos sofrimentos que nós também padecemos. A nossa esperança a respeito de vós está firme, sabendo que, como sois participantes dos sofrimentos, assim o sereis da consolação.”

*2 Coríntios 1:3-7*

Cristo é o conforto de nossas vidas. Todas as nossas verdadeiras alegrias vêm dele; e em momentos de luta, Sua Presença é a nossa consolação.

*C. H. Spurgeon*

## APRESENTAÇÃO

É com muita emoção e compromisso com a Ciência da Enfermagem que apresento minha tese de doutorado intitulada "**Construção e Validação de um Protocolo de Intervenções de Enfermagem para Promoção do Conforto de Pessoas Idosas Hospitalizadas**". Esta pesquisa é fruto de uma trajetória profissional e acadêmica árdua, mas resiliente, dedicada à saúde da pessoa idosa, área pela qual desenvolvi um profundo interesse e compromisso ao longo dos anos.

Desde minha formação no curso de Graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de desenvolver projetos de iniciação científica que versavam sobre o processo do envelhecimento em colaboração com o Grupo de Pesquisas e Estudos em Saúde do Adulto e Idoso, sob a orientação da Professora Maria das Graças Melo Fernandes, inclusive no Trabalho de Conclusão de Curso. Este envolvimento inicial despertou-me o desejo de seguir carreira acadêmica e docente, assim como o interesse acentuado pelas especificidades do envelhecimento e pelas necessidades das pessoas idosas.

Minha prática como enfermeira em unidades de clínicas médica, cirúrgica e de terapia intensiva me proporcionaram uma visão clara das lacunas no atendimento às pessoas idosas. Observei que na maioria das internações, os tratamentos desconsideravam as particularidades do envelhecer, e tal situação me inquietava a buscar soluções que integrassem um cuidado mais humanizado e holístico. Esse desejo de oferecer um cuidado mais completo e sensível às pessoas mais idosas me conduziu a um caminho de constante aprendizado e dedicação.

Na caminhada acadêmica, no geral, temos alguém que se torna uma referência profissional. No meu caso, a Professora Maria das Graças foi essa pessoa, tanto na realização do curso de Mestrado em Enfermagem, bem como no curso de Doutorado na mesma área, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Seu vasto conhecimento e dedicação à saúde da pessoa idosa me impulsionaram a buscar novos desafios. Como descobrir um tesouro foi conviver com sua pessoa ao longo desses anos. Sua humanidade, sabedoria e fé em Deus, demonstradas tanto como orientadora quanto como amiga e serva do Senhor, tornou a caminhada leve e prazerosa.

Em 2017, iniciei o Mestrado no referido Programa, na linha de pesquisa de Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso, culminando na defesa da dissertação,

em 2019, que explorou as necessidades de conforto de idosos hospitalizados à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Este trabalho ampliou minha compreensão sobre o conceito de conforto e me impulsionou a aprofundar meus estudos relativos a Teoria, como também sobre Sistema de Linguagem Padronizada de Enfermagem. Estudar o conforto foi gratificante e disruptivo dado a sua magnitude e complexidade, mas também uma jornada que encheu meu coração ao idealizar um cuidado holístico e centrado nas necessidades individuais das pessoas idosas.

No entanto, ao idealizar um futuro perfeito, no auge da carreira, um Doutorado Sanduíche para maior compreensão do objeto de estudo juntamente com a própria Kolcaba, a qual trocávamos e-mails e projetos, foi durante um momento de grande adversidade pessoal que compreendi, de forma ainda mais precisa, o significado do conforto. Quando fui diagnosticada com câncer de mama em janeiro de 2023, prestes a realizar a defesa. Enfrentei um turbilhão de emoções e incertezas. Deus, com Sua infinita graça e misericórdia, trouxe-me o conforto necessário para enfrentar cada desafio. O medo iminente da morte foi, aos poucos, substituído por um lindo recomeço, repleto de esperança e renovação. Como jovem paciente aos 32 anos, vivenciei as dificuldades da hospitalização, os procedimentos dolorosos, invasivos e a distância da família, do lar e dos sonhos.

Naquele momento, a minha principal reação foi um choro incessante e um isolamento profundo. Desativei todas as minhas redes sociais, abri mão dos meus sonhos, mergulhando num abismo de desespero. Cada conquista na minha vida, cada gota de suor derramada, cada "não" que recebi, todas as portas que se fecharam quando eu acreditava que a carreira acadêmica abriria novas oportunidades, tudo parecia uma cruel ilusão. Repetia para mim mesmo e para os mais próximos: “A Enfermagem não é para mim. Vou deixar tudo o que conquistei aqui se perder no esquecimento. Desisto”.

Essa experiência me fez refletir profundamente sobre diversas questões. Primeiramente, percebi a falsa sensação de controle que temos sobre o futuro, acreditando que podemos prever e moldar nossos destinos. Em seguida, aprendi a valorizar minha essência como pessoa, independente de títulos, produções e resultados. Quem somos de verdade, quando tudo isso se desfaz? Além disso, compreendi a contradição da sociedade que nos impõe a ideia de fugir da zona de conforto, levando-nos frequentemente ao excesso de trabalho e à negligência com nossa própria saúde. E, por fim, pensei nas pessoas idosas. Que dádiva é envelhecer, carregar uma história, construir um legado e testemunhar a graça

do Senhor por tantos anos! Apesar disso, é doloroso constatar que muitas vezes essas pessoas enfrentam tais provações sem conhecer à Deus, com menos suporte e recursos.

O cuidado de Deus com a minha vida se manifestou de forma mais intensa através das pessoas que me ajudaram. Com uma empatia tocante, elas ultrapassaram os muros que eu ergui ao meu redor, seguraram minha mão e disseram com firmeza e carinho: “Você não vai desistir dos seus sonhos, você inspira, estamos com você”. Entre essas pessoas, não poderia deixar de mencionar a Professora Graça, um anjo de Deus no meu caminho, cuidando de mim com um zelo maternal e me orientando em cada passo que eu precisava dar. E as pessoas que hoje, compõem esta banca, também foram faróis de esperança e apoio em minha jornada.

Aos poucos os sonhos renasciam. O conforto de Deus, sublime e envolvente, transcendia a situação, aquecendo meu coração e infundindo nova esperança em minha alma. Em minhas orações, pedi a oportunidade de vida, de ver minha filha crescer, de poder ensiná-la no caminho da fé, e, ante a tantos pedidos, que me permitisse envelhecer com dignidade ou, ao menos, deixar uma contribuição significativa para a minha geração e para as futuras gerações que irão inevitavelmente envelhecer.

Esta tese representa a resiliência, a perseverança inabalável, o renascimento de sonhos e a realização de um grande desejo: que minha vida possa tocar outras vidas e testemunhar o infinito e grande amor do Pai, através do esforço dedicado para criar um protocolo que promova o conforto e melhore significativamente a qualidade do atendimento às pessoas idosas hospitalizadas.

Acredito que este trabalho poderá fornecer uma base sólida para intervenções de enfermagem que valorizem o conforto como um componente essencial do cuidado, contribuindo para uma prática mais humana e eficaz. Meu desejo é que os frutos desta pesquisa alcancem muitos idosos, proporcionando-lhes um cuidado digno, acolhedor, cheio de amor e com a oportunidade de conhecer a Deus.

*Com gratidão e amor,*

*Sanni.*

## RESUMO NA LÍNGUA VERNÁCULA

OLIVEIRA, Sanni Moraes de. **Construção e validação de um protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas.** 2024. 216f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introdução: A longevidade acarreta mudanças multidimensionais na população que envelhece e traz consigo maior susceptibilidade para a ocorrência de condições crônicas de saúde, com riscos de fragilidade e disfuncionalidade orgânica e conseqüentemente maior ocorrência de hospitalizações prolongadas e recorrentes. A hospitalização apesar de necessária para o restabelecimento da saúde, pode gerar ansiedade, medo e desconforto e constituir uma experiência desagradável para as pessoas idosas. Apesar da Enfermagem assumir um papel preponderante no cuidar das pessoas no contexto do internamento, por meio de ações para promoção do bem-estar e o conforto, verifica-se que essas ações, no geral, não seguem uma padronização o que implica na implementação de cuidados fragmentados e pouco eficientes. Assim, no intuito de subsidiar a prática do enfermeiro com vistas à promoção do conforto das pessoas idosas hospitalizadas, propõe-se um protocolo de intervenções subsidiado pela Teoria do Conforto de Kolcaba, por evidências científicas, bem como intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC. Objetivo: Construir um protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas à luz da Teoria de Kolcaba. Método: Trata-se de um estudo metodológico, partindo inicialmente de uma revisão integrativa da literatura para busca nas evidências científicas em Base de Dados no tocante às intervenções, atividades e cuidados de enfermagem voltadas para promover conforto em pessoas no âmbito hospitalar. Paralelamente utilizou-se do Sistema de Linguagem Padronizada da NIC para identificar as Intervenções propostas para o Diagnóstico de Enfermagem “Conforto Prejudicado” da NANDA-I versão 2021-2023. Em seguida realizou-se o Mapeamento Cruzado das intervenções e atividades validadas por especialistas na área de conhecimento. Por fim, a construção e validação final foi guiada pelo instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*. Para contemplar as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, foram respeitados todos os procedimentos e normas regulamentadoras preconizadas pela Resolução 466/2012 e 580/2018 do CNS/MS/BRASIL com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de CAAE: 56816022.7.0000.5183.

Resultados: 21 intervenções da NIC e as informações extraídas de 15 estudos foram analisadas e validadas por especialistas à luz da teoria nas dimensões física, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Obteve-se um total de 604 atividades de enfermagem propostas na NIC 7ª edição, das quais 176 foram mapeadas com 137 intervenções, atividades e cuidados evidenciadas na literatura, 13 atividades não apresentaram similaridade com as intervenções propostas, dentre as quais estiveram em sua maioria relacionadas ao contexto psicoespiritual, cabendo inclusão em outros DE da NANDA-I, constatado pela ausência dessa classe de conforto na citada taxonomia. Na validação da diretriz, os domínios ‘escopo e finalidade’, ‘envolvimento das partes’ e ‘clareza da apresentação’ foram avaliados com pontuação máxima, resultando em adequabilidade de 100% na avaliação dos especialistas. Nos domínios ‘rigor do desenvolvimento’ e ‘independência editorial’, alcançou-se uma porcentagem de 94% de concordância. No domínio ‘aplicabilidade’, a pontuação máxima correspondeu a 93%, sendo esse o domínio que necessitou de pequenos ajustes solicitados pelos juízes e para posterior validação clínica. Considerações finais: A relevância da Teoria do Conforto subsidiou o êxito no desenvolvimento do protocolo de intervenções de enfermagem destinado ao conforto de pessoas idosas hospitalizadas, demonstrando o predomínio do contexto psicoespiritual como principal foco de intervenção para essa população. O estudo possibilitou identificar as principais intervenções baseadas em evidências na enfermagem e correlacioná-las no Sistema de Linguagem Padronizada da Enfermagem. A continuidade deste estudo é essencial para validar sua aplicabilidade prática, assegurando o seu aprimoramento e o atendimento às reais necessidades das pessoas idosas hospitalizadas.

**Descritores:** Enfermagem; Idoso; Conforto do Paciente; Diagnósticos de Enfermagem; Cuidado de Enfermagem ao Paciente Hospitalizado; Teoria de Enfermagem.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, Sanni Moraes de. **Construction and validation of a protocol of nursing interventions to promote the comfort of hospitalized elderly people.** 2024. 216f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introduction: Longevity leads to multidimensional changes in the aging population and brings with it greater susceptibility to the occurrence of chronic health conditions, with risks of frailty and organic dysfunction and consequently a greater occurrence of prolonged and recurrent hospitalizations. Hospitalization, although necessary to restore health, can generate anxiety, fear and discomfort and constitute an unpleasant experience for elderly people. Although Nursing plays a preponderant role in caring for people in the context of hospitalization, through actions to promote well-being and comfort, it appears that these actions, in general, do not follow standardization, which implies the implementation of fragmented and inefficient care. Thus, in order to support nursing practice with a view to promoting the comfort of hospitalized elderly people, we propose an intervention protocol supported by Kolcaba's Comfort Theory, scientific evidence, as well as nursing interventions and activities proposed by the NIC. Objective: Build a protocol of nursing interventions to promote the comfort of hospitalized elderly people in light of Kolcaba's Theory. Method: This is a methodological study, initially starting from an integrative review of the literature to search for scientific evidence in the Database regarding interventions, activities and nursing care aimed at promoting comfort in people in the hospital environment. At the same time, the NIC Standardized Language System was used to identify the proposed Interventions for the "Impaired Comfort" Nursing Diagnosis of NANDA-I version 2021-2023. Next, Cross Mapping of interventions and activities validated by experts in the area of knowledge was carried out. Finally, the construction and final validation was guided by the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument. To meet the requirements of the Guidelines and Standards for Research on Human Beings, all regulatory procedures and standards recommended by Resolution 466/2012 and 580/2018 of the CNS/MS/BRAZIL were respected, with approval from the Research Ethics Committee under CAAE nº: 56816022.7.0000.5183. Results: 21 NIC interventions and information extracted from 15 studies were analyzed and validated by experts in light of theory in the physical, environmental, sociocultural and psychospiritual dimensions. A total of 604

nursing activities proposed in the NIC 7th edition were obtained, of which 176 were mapped with 137 interventions, activities and care evidenced in the literature, 13 activities did not show similarity with the proposed interventions, among which the majority were related to the psychospiritual context, with inclusion in other NANDA-I NDs, confirmed by the absence of this class of comfort in the aforementioned taxonomy. In validating the guideline, the domains 'scope and purpose', 'involvement of the parties' and 'clarity of presentation' were evaluated with maximum points, resulting in 100% suitability in the experts' assessment. In the domains 'rigor of development' and 'editorial independence', a percentage of 94% agreement was reached. In the 'applicability' domain, the maximum score corresponded to 93%, this being the domain that required small adjustments requested by the judges and for subsequent clinical validation. Final considerations: The relevance of the Comfort Theory supported the successful development of the nursing intervention protocol aimed at the comfort of hospitalized elderly people, demonstrating the predominance of the psycho-spiritual context as the main focus of intervention for this population. The study made it possible to identify the main evidence-based interventions in nursing and correlate them in the Standardized Nursing Language System. Continuing this study is essential to validate its practical applicability, ensuring its improvement and meeting the real needs of hospitalized elderly people.

**Descriptors:** Nursing; Elderly; Patient Comfort; Nursing Diagnoses; Nursing Care for Hospitalized Patients; Nursing Theory.

## RESUMEN

OLIVEIRA, Sanni Moraes de. **Construcción y validación de un protocolo de intervenciones de enfermería para promover el confort de personas mayores hospitalizadas.** 2024. 216fls. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introducción: La longevidad conduce a cambios multidimensionales en la población que envejece y trae consigo mayor susceptibilidad a la aparición de condiciones crónicas de salud, con riesgos de fragilidad y disfunción orgánica y en consecuencia una mayor ocurrencia de hospitalizaciones prolongadas y recurrentes. La hospitalización, aunque necesaria para restablecer la salud, puede generar ansiedad, miedo y malestar y constituir una experiencia desagradable para las personas mayores. Aunque la Enfermería juega un papel preponderante en el cuidado de las personas en el contexto de hospitalización, a través de acciones para promover el bienestar y el confort, parece que esas acciones, en general, no siguen una estandarización, lo que implica la implementación de cuidados fragmentados e ineficientes. Así, con el fin de apoyar la práctica de enfermería con miras a promover el confort de los ancianos hospitalizados, proponemos un protocolo de intervención sustentado en la Teoría del Confort de Kolcaba, evidencia científica, así como intervenciones y actividades de enfermería propuestas por el NIC. Objetivo: Construir un protocolo de intervenciones de enfermería para promover el confort del anciano hospitalizado a la luz de la Teoría de Kolcaba. Método: Se trata de un estudio metodológico, partiendo inicialmente de una revisión integradora de la literatura para buscar evidencia científica en la Base de Datos sobre intervenciones, actividades y cuidados de enfermería destinados a promover el confort de las personas en el ambiente hospitalario. Paralelamente, se utilizó el Sistema de Lenguaje Estandarizado del NIC para identificar las Intervenciones propuestas para el Diagnóstico de Enfermería “Confort Deteriorado” de la NANDA-I versión 2021-2023. A continuación, se realizó un Mapeo Cruzado de intervenciones y actividades validadas por expertos en el área de conocimiento. Finalmente, la construcción y validación final fue guiada por el instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Assessment II. Para cumplir con los requisitos de las Directrices y Estándares para la Investigación con Seres Humanos, se respetaron todos los procedimientos reglamentarios y estándares recomendados por las Resoluciones 466/2012 y 580/2018 del CNS/MS/BRASIL, con aprobación del Comité de Ética en Investigación del CAAE nº: 56816022.7.0000.5183.

Resultados: 21 intervenciones NIC e información extraída de 15 estudios fueron analizadas y validadas por expertos a la luz de la teoría en las dimensiones física, ambiental, sociocultural y psicoespiritual. Se obtuvieron un total de 604 actividades de enfermería propuestas en la NIC 7ª edición, de las cuales 176 fueron mapeadas con 137 intervenciones, actividades y cuidados evidenciados en la literatura, 13 actividades no mostraron similitud con las intervenciones propuestas, entre las cuales la mayoría estaban relacionadas con el contexto psicoespiritual, con inclusión en otros DE NANDA-I, confirmado por la ausencia de esta clase de consuelo en la taxonomía antes mencionada. En la validación de la directriz, los dominios 'alcance y finalidad', 'participación de las partes' y 'claridad de presentación' fueron evaluados con el máximo de puntos, resultando un 100% de idoneidad en la valoración de los expertos. En los ámbitos “rigor del desarrollo” e “independencia editorial”, se alcanzó un porcentaje de acuerdo del 94%. En el dominio “aplicabilidad”, la puntuación máxima correspondió al 93%, siendo este el dominio que requirió pequeños ajustes solicitados por los jueces y para su posterior validación clínica. Consideraciones finales: La relevancia de la Teoría del Confort apoyó el desarrollo exitoso del protocolo de intervención de enfermería orientado al confort de ancianos hospitalizados, demostrando el predominio del contexto psicoespiritual como principal foco de intervención para esta población. El estudio permitió identificar las principales intervenciones en enfermería basadas en evidencia y correlacionarlas en el Sistema Estandarizado de Lenguaje de Enfermería. Continuar con este estudio es fundamental para validar su aplicabilidad práctica, asegurando su mejora y satisfaciendo las necesidades reales de las personas mayores hospitalizadas.

**Descriptores:** Enfermería; Anciano; Comodidad del Paciente; Diagnósticos de Enfermería; Atención de Enfermería a Pacientes Hospitalizados; Teoría de la enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Mapa conceitual da Teoria de Kolcaba. João pessoa, 2024.	38
Figura 2.	Estrutura Conceitual da Teoria do Conforto. João Pessoa, 2022.	39
Figura 3.	Estrutura taxonômica do Conforto. João Pessoa, 2022.	42
Figura 4.	Contextos de conforto e Definições, segundo a Teoria de Kolcaba. João Pessoa, 2024.	43
Figura 5.	DE Conforto Prejudicado na NANDA-I 2021-2023. João Pessoa, 2024.	48
Figura 6.	Mapa Conceitual do Percurso Metodológico do Estudo. João Pessoa, 2024.	53
Figura 7.	Diagrama de fluxo PRISMA (2020) para revisões sistemáticas que incluíram pesquisas apenas em bases de dados. João Pessoa, Paraíba, 2023.	58
Figura 8.	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das intervenções, atividades e cuidados de enfermagem para conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2023	90
Figura 9.	Análise de Similitude das intervenções, atividades e cuidados de enfermagem para conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2023.	92
Figura 10.	Nuvem de palavras das intervenções, atividades e cuidados de enfermagem para conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2023.	93
Figura 11.	Capa do Protocolo de Intervenções de Enfermagem para Promoção do Conforto em Pessoas Idosas Hospitalizadas. João Pessoa, 2024.	119

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Domínio 12 – Conforto da NANDA-I- I 2021-2023. João Pessoa, 2022.	46
Quadro 2.	DE Conforto Prejudicado na NANDA-I 2021-2023. João Pessoa, 2022.	49
Quadro 3.	Estratégia PICO aplicada ao estudo em questão. João Pessoa, Paraíba, 2023.	55
Quadro 4.	Intervenções de Enfermagem elencadas pela NIC para o Diagnóstico de Enfermagem Conforto Prejudicado.	65
Quadro 5.	Síntese dos artigos selecionados da Revisão integrativa da Literatura. João Pessoa - PB, 2023.	76
Quadro 6.	Síntese dos cuidados de conforto para o contexto físico. João Pessoa – PB, 2023.	80
Quadro 7.	Síntese dos cuidados de conforto para o contexto ambiental. João Pessoa – PB, 2023.	82
Quadro 8.	Síntese dos cuidados de conforto para o contexto sociocultural. João Pessoa – PB, 2023.	84
Quadro 9.	Síntese dos cuidados de conforto para o contexto psicoespiritual. João Pessoa – PB, 2023.	87
Quadro 10.	Categorias temáticas do IRAMUTEQ das intervenções, atividades e cuidados de enfermagem para o conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2023.	93
Quadro 11.	Descrição dos domínios do AGREE II. João Pessoa, 2024.	106

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Intervenções sugeridas e respectivas definições apresentadas na NIC para o DE da NANDA-I “Conforto Prejudicado” validadas por especialistas. João Pessoa, 2023.	96
Tabela 2.	Validação das intervenções de enfermagem por especialistas. João Pessoa, 2024	100
Tabela 3.	Mapeamento Cruzados das atividades das Intervenções de Enfermagem da NIC mapeadas com as atividades evidenciadas pela RIL. João pessoa – PB, 2024.	103
Tabela 4.	Mapeamento Cruzados das atividades das Intervenções de Enfermagem por Classes de Conforto. João pessoa – PB, 2024.	104
Tabela 5.	Pontuação do domínio 1 – Escopo e Finalidade do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.	108
Tabela 6.	Pontuação do domínio 2 – Envolvimento das partes do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.	109
Tabela 7.	Pontuação do domínio 3 – Rigor do desenvolvimento do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.	109
Tabela 8.	Pontuação do domínio 4 – Clareza da apresentação do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.	110
Tabela 9.	Pontuação do domínio 5 – Aplicabilidade do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.	111
Tabela 10.	Pontuação do domínio 6 – Independência editorial do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.	111
Tabela 11.	Análise dos Cálculos das pontuações dos domínios do AGREE-II. João Pessoa, 2024.	112

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AGREE-II** – *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*

**AVDs** – Atividades de Vida Diária

**CA** – Condições Associadas

**CD** – Características Definidoras

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CHD** – Categoria Hierárquica Descendente

**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem

**COREN** – Conselho Regional de Enfermagem

**CVP** – Coeficiente de Variação de Pearson

**DECs** – Descritores em Ciências da Saúde

**FR** – Fatores Relacionados

**QCG** – Questionário de Conforto Geral

**GEPSAI** – Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde do Adulto e Idoso

**HULW** – Hospital Universitário Lauro Wanderley

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IC** – Índice de Concordância

**JBI** – *Instituto Joanna Briggs*

**MeSH** – *Medical Subject Headings*

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PBE** – Prática Baseada em Evidências

**PICO** – Paciente ou Problema, Intervenção, Comparação e Desfechos

**RASPI** – Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

**RIL** – Revisão Integrativa da Literatura

**SLP** – Sistema de Linguagem Padronizada

**ST** – Segmentos de Texto

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	24
2	OBJETIVOS.....	33
	Objetivo geral .....	33
	Objetivos específicos .....	33
3	REFERENCIAL TEÓRICO .....	34
	3.1 Conforto: evolução temporal e definição do conceito.....	34
	3.2 Teoria do Conforto de Kolcaba .....	38
	3.3 Diagnóstico de Enfermagem “Conforto Prejudicado” da NANDA-I .....	46
4	PERCURSO METODOLÓGICO .....	53
	CAPÍTULO 1 .....	58
	Revisão Integrativa da Literatura.....	58
	Processo de análise qualitativa dos artigos com o uso IRAMUTEQ .....	65
	Categorização dos dados.....	67
	Interpretação da análise do IRAMUTEQ .....	82
	CAPÍTULO II.....	87
	Estruturação do fenômeno Conforto na NANDA-I e NIC .....	87
	Validação do conteúdo por especialistas .....	89
	CAPÍTULO III .....	99
	Mapeamento Cruzado (Cross-mapping).....	99
	CAPÍTULO IV .....	107
	Validação do Protocolo pelo AGREE-II.....	107
	Análise dos Dados .....	108
	Validação do Protocolo pelo AGREE-II.....	109
	Protocolo de Intervenções de Enfermagem para Promoção do Conforto de Pessoa Idosas Hospitalizadas .....	117
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	124
	REFERÊNCIAS .....	200
	ANEXOS .....	209
	APÊNDICES .....	213

## 1 INTRODUÇÃO

As transformações demográficas e sociais evidenciam o aumento exponencial no quantitativo de idosos na perspectiva mundial, com índices acentuados nas sociedades desenvolvidas, constituindo-se como um fenômeno, progressivo, sistemático e irreversível. Esse fenômeno vem alterando significativamente a configuração da pessoa idosa na sociedade e implica consequências sociais, previdenciárias, bem como repercussões na saúde e na qualidade de vida destas, suscitando novos desafios inerentes a este processo (Minayo, 2019).

Segundo as estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), a tendência de crescimento aponta que a proporção de idosos represente mais de um terço (34,6%) da população mundial até o ano de 2100 (Alves, 2019). O Brasil enfrenta uma das taxas mais rápidas de envelhecimento populacional do mundo. Em 2022, o país registrou um total de 32.113.490 pessoas com 60 anos ou mais, representando 15,6% da população, e um aumento de 56,0% em relação à 2010 (IBGE, 2022). Esses dados destacam a urgência de planejamento e implementação de políticas que atendam às necessidades específicas dessa crescente população idosa (IBGE, 2022; Salibi, Freitas, 2023).

As principais causas do envelhecimento residem principalmente no declínio das taxas de fertilidade. Antecipa-se que essa transição seja mais rápida e profunda no Brasil, devido à estrutura etária mais jovem da população, além de ser influenciada pelas disparidades históricas, socioeconômicas e regionais (Duarte, Macena, Oliveira, 2017; Neumann, Albert, 2018). É possível também atribuir esse incremento social de idosos à redução das taxas de mortalidade, assim como às melhorias nas condições de vida e saúde (Azeredo Passos *et al.*, 2017; Araújo, 2020).

A abordada transição demográfica traz consigo oportunidades e desafios, requerendo a implementação de políticas e medidas específicas governamentais para novos desdobramentos nos modelos de atenção e cuidado à pessoa idosa (Neumann, Albert, 2018; Lima-Costa, 2019, Araújo, 2020).

Conseqüentemente ao aumento na expectativa de vida, a longevidade acarreta mudanças multidimensionais na população que envelhece e traz consigo maior susceptibilidade e vulnerabilidade para ocorrência de condições crônicas de saúde, tais

como doenças cardiovasculares, Alzheimer, transtornos de humor, dores musculoesqueléticas, deficiências sensoriais (Gomes, Paiva, 2021).

A complexidade das condições crônicas de saúde, incluindo possíveis agudização das mesmas, experimentada pelas pessoas idosas demandam cuidados contínuos intensivos, hospitalizações prolongadas e constantes, altos custos para o sistema de saúde pública e aumento da mortalidade (Santos, Moreira, 2022). Observa-se um crescimento na proporção de anos vividos com fragilidade, limitações e enfermidades que são percebidas como potencialmente incapacitantes, conduzindo ao declínio funcional, repercussões negativas e disfuncionalidade orgânica (Castro *et al.*, 2013; Coutinho *et al.*, 2015).

Convém destacar um breve panorama histórico que pôs a discussão do envelhecimento e às questões de saúde em pauta. Desde a Lei nº 8.842/94, que trata da Política Nacional do Idoso e estabelece diretrizes para garantir os direitos sociais dos idosos no Brasil, perpassando pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, visando assegurar direitos sociais à pessoa idosa nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), soma-se à esta, o Estatuto do Idoso, que vêm, por conseguinte, regulamentado pela Lei nº 10.741/2003 com o propósito de oferecer uma proteção abrangente as questões de saúde, assistência social e questões legais aos idosos (Bordin *et al.*, 2022).

As referidas legislações representam um marco histórico para a população idosa no Brasil, porém não foram capazes de gerar mudanças significativas no cenário epidemiológico das condições de saúde evidenciada pelas pessoas idosas, pois sua implementação enfrenta desafios, como a necessidade de coordenação e intervenções clínicas adequadas (Szwarcwald, Stopa, Malta, 2022; Bordin *et al.*, 2022).

A partir de 2010 as discussões envolviam a reestruturação do sistema de redes de saúde como uma necessidade premente, demandando uma mudança de paradigma capaz de nortear toda a assistência com um enfoque direcionado para integralidade, ampliando as perspectivas para a multidimensionalidade. A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI) surge como uma estratégia de organização e integração dos serviços, constituída por diferentes níveis de atenção à saúde, que abrangem desde a atenção básica a atenção especializada e hospitalar, a fim de promover ações que trabalhem pela

educação e promoção da saúde, visando assegurar acesso à vida saudável, longa e de qualidade (Lopes *et al.*, 2023).

Nesse interim, todos os pontos da RASPI se integram por meio das diversas frentes e ações. No tocante aos serviços hospitalares, nos modelos de saúde atuais, na maioria das vezes, as pessoas idosas recebem, cuidados fragmentados e incompletos, porém, uma vez necessário, devem estar adaptados às necessidades específicas para a instrumentalização de um cuidado humanizado e integral, dada a fragilidade biológica, psicológica e social que o processo as conduz (Queiroz, Boente, 2022; Santana *et al.*, 2023).

Vários fatores influenciam a ocorrência de hospitalizações em pessoas idosas, não apenas as condições crônicas de saúde, mencionadas anteriormente, mas também quedas, infecções (Palleschi, Galdi, Pedoni, 2018; Scherrmann, 2023). Salienta-se também que a hospitalização constitui-se um marco crítico para essa população, pois, quando hospitalizados os idosos são particularmente vulneráveis à resultados adversos para a saúde, como a perda da capacidade funcional, delirium, recorrências de quedas, lesões por pressão, eventos adversos à medicamentos, infecções do trato urinário, infecções hospitalares, além da morbidade e mortalidade associadas a estas consequências negativas (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Estudos desenvolvidos sobre a hospitalização de pessoas idosas, identificaram que 32% das pessoas com mais de 70 anos e aproximadamente 50% das pessoas com mais de 80 anos apresentaram uma incapacidade em uma ou mais Atividades de Vida Diária (AVDs) durante uma hospitalização de forma irreversível (Flaherty, Rodin, Morley, 2022).

A confluência de comorbidades, declínio da função física e cognitiva, síndromes geriátricas e as questões psicossociais próprias das pessoas idosas resultam em uma situação clínica hospitalar distinta daquelas encontradas em muitas subespecialidades, que em suma, concentram-se órgãos ou sistemas específicos. Ademais, os procedimentos hospitalares convencionais promovem uma cultura de assistência padronizada para todos os adultos, desconsiderando as particularidades inerentes ao processo de envelhecimento (Growdon, Shorr, Inouye, 2017; Flaherty, Rodin, Morley, 2022).

Para mitigar a incidência de incapacidades decorrentes da hospitalização e melhorar os desfechos, é nesse sentido que a RASPI se insere, preconizando um novo modelo de atenção à saúde, incluindo o atendimento hospitalar e que nesse contexto as ações sejam desenvolvidas direcionadas em avaliações e protocolos geriátricos para o estado funcional e implementação de planos terapêuticos eficazes de alta hospitalar para a pessoa idosa (Palleschi, Galdi, Pedoni, 2018; Scheerman, 2023).

É importante considerar, que a experiência de hospitalização é um processo multifacetado e complexo, permeado por uma série de percepções subjetivas, tanto positivas quanto negativas, pode representar uma oportunidade para a interação entre outras pessoas idosas e seus familiares cuidadores, resultando em novas perspectivas sobre a vida, relacionamentos e novos comportamentos de saúde (Reis, Sena, Menezes, 2016). Entretanto, apesar de necessária para o restabelecimento da saúde, a hospitalização pode gerar ansiedade, medo e desconforto, constituindo uma experiência desagradável, especialmente para a pessoa idosa, em virtude da separação do seu ambiente familiar e enfrentamento do processo do adoecimento, conduzindo-a facilmente a experimentar sentimentos de isolamento, impotência e solidão, pois tende a reforçar os sentimentos negativos, gerando situações que ameaçam o bem-estar, a qualidade de vida e o conforto (Silva, 2016; Oliveira *et al.*, 2016).

Com o intuito de proporcionar à pessoa idosa uma efetiva adequação da assistência no enfrentamento do processo saúde-doença, o enfermeiro assume um papel preponderante e privilegiado no seu processo de cuidar e no estabelecimento de um plano de cuidados, que envolve proporcionar a pessoa cuidada, sensações de confiança, de segurança, de tranquilidade, bem como de alívio, por meio de ações praticadas para promover o bem-estar e o conforto (Lima *et al.*, 2016; Lira *et al.*, 2015).

De acordo com Kolcaba (2003), o conforto ocorre como um resultado holístico da prática da Enfermagem e compreende a satisfação das necessidades humanas básicas, proporcionada por meio de intervenções, denominadas medidas de conforto, sendo estes elementos chaves na prestação de cuidados de enfermagem. Assim sendo, destaca-se a relevância de compreender o fenômeno ante a multidimensionalidade da pessoa idosa, como uma experiência intrínseca imediata, fortalecida por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos da experiência humana, de natureza física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

A estrutura conceitual do conforto fundamenta-se em necessidades que emergem de situações ou estímulos, que causam desconfortos na pessoa, as quais devem ser identificadas a partir dos contextos ora mencionados e dirimidos por meio da implementação de intervenções de enfermagem, considerando as variáveis intervenientes, ao tempo em que se avalia a satisfação de conforto proporcionada por cada ação praticada, com o objetivo de deslocar os desconfortos para o sentido positivo por meio de forças facilitadoras (Kolcaba, 2003).

O aumento do conforto indica que as tensões negativas diminuirão conduzindo o seu receptor, consciente ou inconscientemente, a desenvolver comportamentos de busca pelo bem-estar, que podem ser internos, sejam função homeostática ou autoimune, fé; e externas, tais quais, atividades de saúde e busca pelo conhecimento; podendo também ser proporcionado uma morte serena. Tais atitudes corroboram para a integridade institucional, quando esta e a equipe de cuidados são preparadas eticamente para aperfeiçoar a qualidade dos serviços, proporcionando a satisfação do paciente, redução de custos, redução de morbidade e reinternações, assim como melhores políticas e práticas de saúde (Kolcaba, 2003).

Considerando o exposto, Kolcaba (2003), afirma que a integridade institucional envolve a adoção de melhores práticas e políticas baseadas em evidências científicas implementadas por meio de protocolos e procedimentos desenvolvidos por uma instituição para aplicações específicas a pacientes e famílias. Considerando essa perspectiva, a teórica Kolcaba sugere que a utilização da Teoria do Conforto proverá às instituições abordagens mais qualificadas, sendo o conforto importante, não apenas para os destinatários de cuidado, mas para a valorização das próprias instituições (Sousa, 2018).

Nesta linha de pensamento e na procura da melhor compreensão relativa à natureza do processo de conforto da pessoa idosa, faz-se necessário considerar o fenômeno enquanto processo, cuidado que procura responder às necessidades dos idosos hospitalizados, esclarecendo as suas especificidades nas interrelações entre as condições (estrutura), as ações (processo) e as consequências (resultado). Assim, considerando que o fenômeno em análise não tem uma existência interdependente das pessoas, é possível compreendê-lo por meio da interpretação pessoal de quem a experiencia (Sousa, 2020).

Ressalta-se que quando o enfermeiro está centrado no contexto da prática, é possível encontrar novos caminhos e novas respostas, para situações e problemas existentes, promovendo um melhor entendimento da pessoa idosa hospitalizada, na sua relação com o fenômeno do conforto, além de obter um melhor conhecimento sobre a construção do processo, contribuindo para uma melhor qualidade da prática dos cuidados em saúde. Em situação de hospitalização, a pessoa idosa está cercada de inúmeros fatores geradores de instabilidade, de limitações e de regras, proporcionado pelo contexto hospitalar (Dias *et al.*, 2014).

Ao explorar o significado do termo conforto na perspectiva de pessoas idosas hospitalizadas verifica-se que o conforto compreende sua perspectiva holística, estando relacionado com aspetos relativos ao processo de doença, à vida hospitalar, ao posicionamento, às abordagens e às atitudes da equipe e ainda à autoestima (Oliveira *et al.*, 2020). O conforto é associado também a vivências, tais como, a melhoria da condição física, o sentido mais elevado de autoestima, autoconfiança, autoconceito e autocontrole, a maior paz de espírito e maior relaxamento corporal, mais alegria e satisfação, prazer, presença de familiares e rede de apoio. Todas as evidências apontam para formas de positividade e, por isso, são desejáveis e acrescentam sentido confortador (Yousefi, Abedi, Yarmohammadian, Elliott, 2009; Ribeiro, Marques, 2017).

Nesta perspectiva, o conforto como ação intencional e objetivo dos cuidados prestados pelos enfermeiros, contempla as necessidades individuais, situacionais e dependentes do contexto ao receptor de cuidado. Dada essa magnitude do fenômeno, considera-se que o desenvolvimento de competências subjacentes ao processo de conforto, bem como o reconhecimento de estratégias e intervenções que o promovam, são aspetos essenciais na prática, na gestão de cuidados e na formação dos profissionais de enfermagem. A procura da satisfação das necessidades de conforto do paciente enquanto pessoa pressupõe uma ação norteada pela intencionalidade e individualização e pelos requisitos de atitude e competência destes atores (Freitas *et al.*, 2014).

O desconforto, por sua vez, resultado de um processo de adoecimento e sofrimento podem estar relacionados a algumas intervenções dos profissionais de saúde, enquanto a percepção do conforto pode variar em função da cultura, do sexo, das circunstâncias que desencadeiam sua necessidade, do estado de saúde, da experiência da

doença, do ambiente, das expectativas, desejos ou necessidades individuais (Cardoso *et al.*, 2020).

Desse modo, é possível vislumbrar um processo que visa contribuir para o alívio do sofrimento e do desconforto da pessoa idosa hospitalizada no concernente ao seu estado de saúde-doença, promovido em resposta às necessidades e exigências da pessoa, sendo um indicador relevante da qualidade de cuidados.

Diante do exposto, a busca por melhores práticas advindas do uso de intervenções de saúde com base em evidências científicas deve ser constante na *práxis* da Enfermagem, pois além de melhorar o cuidado oferecido, também favorecem o crescimento científico, o reconhecimento e a valorização da profissão (Sousa, 2018).

Convém destacar que, para o aditamento da cientificidade da Enfermagem, a classificação NANDA-I 2021-2023, define o Diagnóstico de Enfermagem Conforto Prejudicado como “Percepção de falta de tranquilidade, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.” (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021, p.508, p.517, p.519). Dentre as intervenções de enfermagem padronizadas para resolução deste problema, destacam-se as intervenções propostas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

A NIC define intervenção de enfermagem como “qualquer tratamento baseado em conhecimento e julgamento clínico que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente” (Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner, 2020, p. 14). Dessa forma, para que os profissionais de enfermagem atuem eficientemente, devem incorporar no Processo de Enfermagem, intervenções capazes de melhorar o fenômeno do DE “Conforto Prejudicado” como um dos resultados esperados na prática cotidiana, que não devem ser limitadas à competência técnica, mas subsidiadas em conhecimentos científicos (COREN, 2017; Barbosa *et al.*, 2014; Medeiros, 2014).

Salienta-se que os protocolos constituem diretrizes que necessitam ser elaboradas de forma ordenada, fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, facilitando o manejo clínico de problemas ou condições de saúde. A aplicação desses protocolos promove a qualificação do atendimento; a organização e otimização da assistência; a economia de tempo ao evitar a duplicação de tarefas; a racionalização dos cuidados, procedimentos, condutas e materiais; a adaptação das evidências científicas ao

contexto local; e conseqüentemente a satisfação dos pacientes (Brasil, Silva, Moura, 2018).

Os protocolos tornam-se ferramentas para a utilização na área da saúde, pois descrevem detalhes sobre as ações operacionais e especificações sobre o modo de agir do profissional reduzindo a variabilidade de conduta entre os profissionais envolvidos na assistência à saúde e proporcionando maior segurança para o paciente e para o profissional. Além disso, permitem a elaboração de indicadores de processos e resultados, assim como aprimoram a qualidade da assistência e o uso racional de recursos (Brasil, Silva, Moura, 2018).

Destarte, a criação de protocolos para direcionar as práticas de cuidado e intervenções de Enfermagem torna-se fundamental para à busca pela qualidade da assistência. Vale ressaltar que as ações preconizadas nesse tipo de material são elaboradas por especialistas na área de atuação a que se propõe e estão embasadas na mais alta evidência científica (Dantas, Roncalli, 2019).

Por conseguinte, a relevância deste estudo se configura pela sua potencialidade de gerar um produto útil e inovador inerente do conhecimento próprio da área da Enfermagem, baseado em evidências científicas, fundamentado na Teoria de Médio Alcance do Conforto, bem como nas intervenções e atividades de enfermagem propostas pela NIC, que contribuirá para promoção do conforto da pessoa idosa hospitalizada ante a sua multidimensionalidade, garantindo a satisfação das suas reais necessidades e melhores respostas individuais e/ou institucionais.

Ante o exposto, pretende-se que a pesquisa contribua para a ciência da Enfermagem e para o despertar dos profissionais de enfermagem para uma maior atenção relativa ao conforto da pessoa idosa hospitalizada, pois tal ação complementa, qualifica e, em algumas circunstâncias, extrapola o cuidado de enfermagem.

Em face das considerações ora mencionadas, esta pesquisa está imbuída em responder a seguinte questão de pesquisa:

A estruturação e validação de um protocolo de intervenções para promoção do conforto guiado pela Teoria de Kolcaba e pelas intervenções de enfermagem da NIC subsidiarão os enfermeiros na validação clínica para a assistência à pessoa idosa hospitalizada?

Tendo em vista essa questão, a tese fundamenta-se na seguinte hipótese:

O protocolo de intervenções de enfermagem contribuirá para orientar e qualificar a assistência de enfermagem com vistas à promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Construir um protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas à luz da Teoria de Kolcaba, com evidências de validade.

### **Objetivos específicos**

1. Sintetizar por meio de revisão integrativa da literatura: intervenções, atividades e cuidados de enfermagem para o conforto de pessoas idosas hospitalizadas;
2. Identificar as intervenções de enfermagem contempladas em Sistema de Linguagem Padronizada para o diagnóstico “Conforto Prejudicado” em pessoas idosas hospitalizadas;
3. Estruturar o protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto na assistência à pessoa idosa hospitalizada;
4. Validar a qualidade, rigor metodológico e transparência do protocolo por meio de instrumento de avaliação de diretriz.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Conforto: evolução temporal e definição do conceito

A palavra "conforto" tem sua origem no latim "*confortare*", que significa "fortalecer muito". O prefixo "con" indica "completude" ou "intensificação", enquanto "*fortare*" deriva de "*fortis*", que significa "forte". Portanto, etimologicamente, "conforto" está ligado à ideia de fortalecer ou dar força, o que reflete o sentido inicial de proporcionar alívio, consolação ou bem-estar a alguém necessitado, mas possível encontrar o termo "bem-estar" frequentemente atribuído como um sinônimo para o conforto nas respostas humanas (Silva, Carvalho, Figueiredo, 2011).

Para ampliar a compreensão do termo, ao longo do tempo, as definições de "conforto" evoluíram, variando ligeiramente dependendo do contexto cultural e linguístico. No século XVIII referia-se ao bem-estar material e era associado aos conceitos de "confortos da criatura" e "confortos da vida" (Bernez, 2013). Já em meados do século XIX o conforto passou a ser visto como uma sensibilidade política compartilhada, essencial para a reforma habitacional e a melhoria das condições de vida. A introdução de comodidades modernas nas residências europeias também contribuiu para a mudança na percepção de conforto, associando-o ao aumento dos padrões de vida e ao desejo legítimo por luxos (Bernez, 2014).

Embora seja comum encontrar conceituações do termo "conforto" referentes aos aspectos ambientais, especialmente na arquitetura, em que é buscado por meio de projetos adequados às condições climáticas e térmicas para o bem-estar das pessoas, o conforto vai além disso (Gallardo et al., 2021). Envolve também fatores como a relação entre a arquitetura e a fisiologia humana, bem como a concepção de natureza, espaço e materialidade. E nesse contexto, o conforto é uma noção complexa, que consiste em várias camadas entrelaçadas, incluindo aspectos fisiológicos, construtivos, estéticos, existenciais e sociais, podendo ser visto como uma versão condensada da história da cultura (González, 2013).

Referente aos significados, nos dicionários da língua vernácula, "conforto" é definido ato ou efeito de confortar(-se); bem-estar; comodidade material; aconchego; consolação

ou auxílio nas aflições; aquilo que fortalece ou revigora; o que alivia; lenitivo, bálsamo; medicamento que acalma e traz lenitivo (Michaelis, 2023).

Em inglês, "*comfort*" é definido como a sensação de alívio físico ou emocional, tranquilidade ou bem-estar. Pode se referir ao estado proporcionado por condições ou circunstâncias que promovam relaxamento, segurança ou comodidade. Também pode significar o ato de consolar alguém em momentos de dificuldade ou aflição (Oxford University Press, 2019).

Em espanhol, "conforto" é geralmente traduzido como "*confort*" ou "*comodidad*". Significa uma sensação de bem-estar físico ou emocional, alívio ou tranquilidade proporcionada por condições que promovam relaxamento ou comodidade. Também pode se referir a objetos, instalações ou serviços que contribuem para essa sensação de bem-estar (Real Academia Española, 2014).

Por conseguinte, do ponto de vista cultural, o conforto abrange várias dimensões, incluindo ambiente físico, economia, empreendedorismo, estruturas sociais, políticas e sistemas de crenças. É influenciado pelos valores e condições sociais de uma determinada sociedade, como o nível de bem-estar material, acesso à educação e satisfação das necessidades espirituais pessoais. Compreender o conforto de uma perspectiva cultural é essencial para lidar com suas crenças e consequências sociais promovendo interações interétnicas inclusivas e enriquecedoras (Hickey, 2018; Potsyurko, 2021).

Logo, percebe-se que a experiência de conforto é uma questão transitória e multidimensional. Devido à sua natureza corporativa e variada, o conceito é intrinsecamente complexo e desafiador para definir, operacionalizar e avaliar. Sua dinamicidade, variabilidade e individualidade tornam-no ainda mais difícil de categorizar. Apesar de haver uma multiplicidade de significados atribuídos ao termo, ainda não foi alcançada uma definição consensual e abrangente. Ao longo do tempo, várias tentativas foram feitas para elucidar o conceito, evidenciando sua aplicação como substantivo, verbo, adjetivo e como estado, processo e resultado. Dessa forma, é fundamental que estudos continuem a explorar e esclarecer sua utilização em diferentes contextos.

No campo da Enfermagem, as interpretações históricas do termo conforto foram modificando-se ao longo do tempo, com diferentes concepções teóricas e determinantes. O conceito também era limitado e carecia de uma definição clara e consistente, sendo comum a maioria dos pacientes e enfermeiros atribuírem o significado ao bem-estar, indicando que a dimensão física-biológica predominava (Silva, Carvalho, Figueiredo, 2011).

O conforto foi inicialmente descrito como uma série de aspectos, incluindo alívio, bem-estar, satisfação e facilitação da vida. Nos estágios iniciais da Enfermagem, o conforto era visto como um simples ritual de cuidado, focado em proporcionar conforto à alma do paciente. No entanto, com o surgimento da medicina moderna e a influência das normas médicas, os procedimentos de enfermagem ficaram mais alinhados com tais práticas (Mussi, 2005).

Como uma pioneira na Enfermagem moderna, Florence Nightingale fez contribuições monumentais para o estabelecimento de uma nova profissão para mulheres durante o século XIX, além de desenvolver métodos e critérios essenciais para a prática de Enfermagem. Em sua obra "Notas sobre Enfermagem", Nightingale provocou uma revolução com seus escritos que proporcionaram uma compreensão inicial da importância do conforto na preservação da vida e na promoção da saúde dos pacientes, ressaltando a necessidade de uma abordagem compassiva e dedicada no atendimento ao paciente (Nightingale, 1969).

A teoria ambiental da Enfermagem de Nightingale, desenvolvida durante sua atuação na Guerra da Crimeia, enfatiza a relevância do conforto no cuidado aos soldados, evidenciando a importância de proporcioná-lo em conjunto com os tratamentos médicos. Posteriormente, emergiu o movimento de humanização dos cuidados de saúde, que contrastava com a abordagem puramente biomédica, destacando a importância do conforto como um elemento central no cuidado ao paciente (Nightingale, 1969).

O conforto, a partir de 1900 a 1929 foi considerado um foco central e um imperativo moral da Enfermagem. De 1930 a 1959, o conceito foi visto como uma estratégia para atender aos requisitos fundamentais da profissão. A expansão da Enfermagem especializada, particularmente da oncológica, reconheceu o conforto como uma estratégia fundamental nos cuidados paliativos de pessoas com câncer, devido à natureza

desafiadora e muitas vezes dolorosa do tratamento. Apesar disso, entre 1960 e 1980, houve um declínio perceptível na ênfase dada ao conforto, tornando-se um aspecto secundário na prática dos enfermeiros. Apresentava relevância apenas para uma parcela limitada de profissionais, com maior prioridade dada aos procedimentos e ao tratamento médico em detrimento do conforto emocional e psicológico (Chia, Chin, Lin, 2010).

Entre 1980 e 2010, o conceito de conforto foi primariamente associado aos cuidados prestados no final da vida, enquanto sua importância em outros estágios do cuidado ao paciente era frequentemente negligenciada. A atenção ao conforto emocional continuava particularmente destacada em contextos paliativos ou quando o tratamento médico curativo não era mais viável. A literatura especializada em Enfermagem se concentrava em abstrações sobre o conforto, com iniciativas limitadas para o promovê-lo ativamente (Chia, Chin, Lin, 2010).

A obscuridade do tema proporcionava a impressão de que o conforto podia estar imerso na experiência do paciente, dificultando o acesso, ou que os enfermeiros não desempenhavam um papel claro em promovê-lo. Em determinados estudos, os enfermeiros concebiam o conforto principalmente como um meio de aliviar o desconforto, em vez de considerá-lo um aspecto terapêutico integral da prática de enfermagem ou um elemento fundamental na interação enfermeiro-paciente (Tutton, Seers, 2003).

Durante o século XX, o avanço da racionalidade científica no campo da saúde e a crescente ênfase na prática embasada em evidências, requereu demandas institucionais, como a busca por cuidados eficientes e padronizados, e tal contexto, provavelmente, desempenhou um papel significativo no resgate de uma compreensão mais genuína e a aplicação mais efetiva do conforto na prática da Enfermagem. Além disso, influências políticas e econômicas, incluindo as de saúde e alocação de recursos, podem ter exercido impacto para reintegrá-lo na prática clínica e enfatizar sua importância na humanização do cuidado e no bem-estar dos pacientes (Mussi, 2005; Martins, Sousa, Marques, 2022).

Autoras como McIlveen e Morse (1995) reconheceram o cuidado como um elemento essencial do conforto, destacando a importância das ações dos enfermeiros na provisão deste aos pacientes. Elas enfatizaram a necessidade de compreender e avaliar o conforto

como resultado das intervenções de enfermagem, contribuindo para a valorização desse aspecto no cuidado ao paciente.

Reconheceu-se, então, a importância real do conforto no contexto da promoção da qualidade de vida das pessoas que careciam de cuidados, com o enfoque predominantemente percebido da perspectiva dos próprios enfermeiros, expandindo-se para além do conforto físico e abrangendo também aspectos psicológicos, emocionais e espirituais, tornando-se um componente intrínseco do cuidar em Enfermagem, reconhecido como um fator fenômeno multidimensional (Mussi, 2005).

Paralelamente, na mesma década, o conceito de conforto foi redefinido por Kolcaba em seu construto teórico de médio alcance:

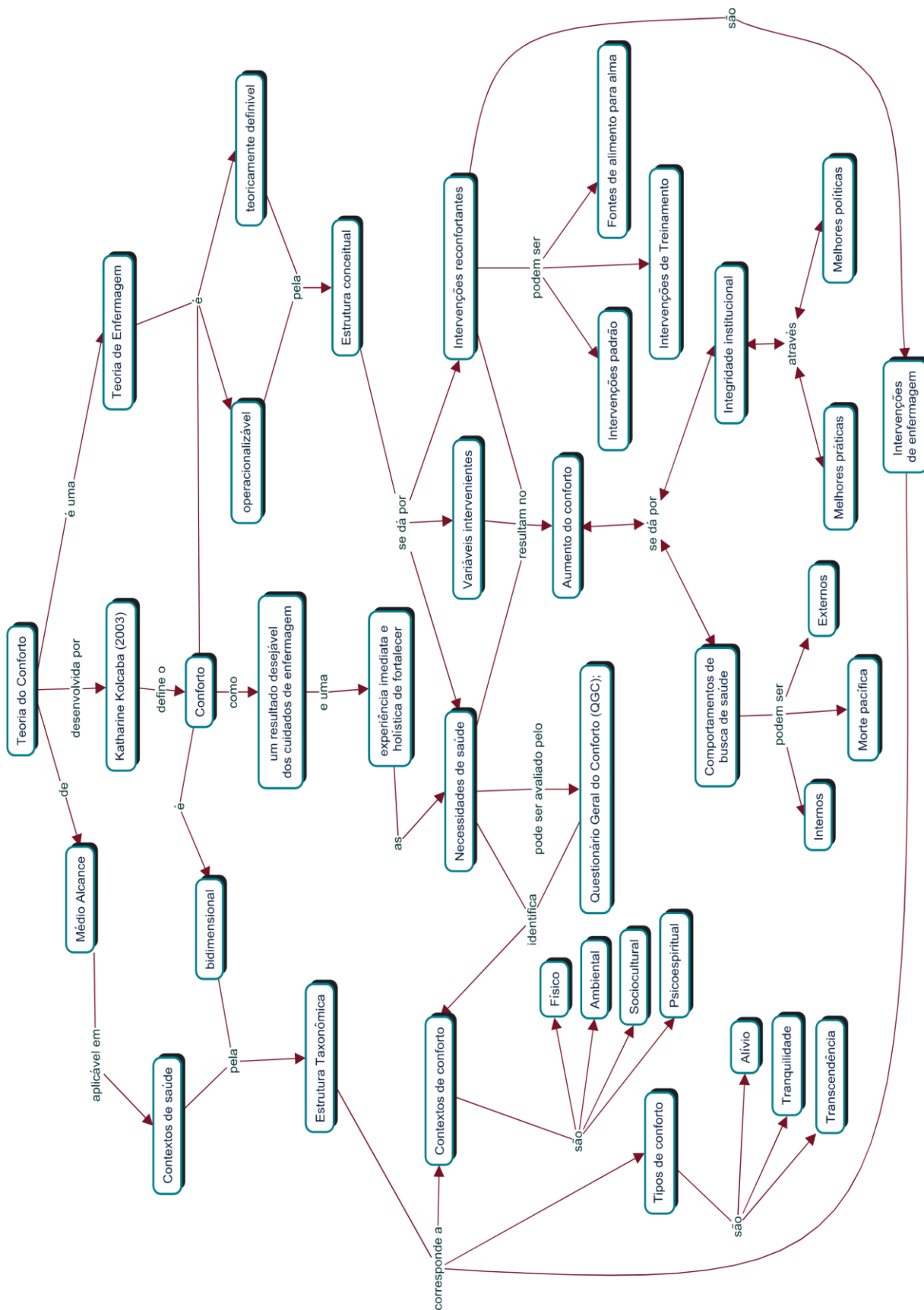
O conforto é experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade ou transcendência em quatro contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual (Kolcaba, 2003, p.14).

### **3.2 Teoria do Conforto de Kolcaba**

Como vimos anteriormente, acompanhando a evolução e cientificidade da Enfermagem, a Teoria do Conforto desenvolvida por Katharine Kolcaba (Kolcaba, 2003) veio a direcionar a assistência de enfermagem às necessidades de conforto dos pacientes em quaisquer ambientes de saúde, sendo amplamente reconhecida por sua conceitualização e impacto nas práticas de cuidados de conforto em todo o mundo, subsidiando o conhecimento científico das publicações que abordam o tema no âmbito da Enfermagem (Pinto et al., 2017).

Trata-se de uma teoria de médio alcance que abarca um modelo conceitual abrangente (Figura 1) incorporando o conforto holístico inicialmente elaborada no contexto dos cuidados aos idosos, assistência domiciliar e cuidados de longo prazo nos Estados Unidos. Foi amplamente difundida e aplicável para a promoção da saúde e bem-estar dos demais campos de atuação da enfermagem.

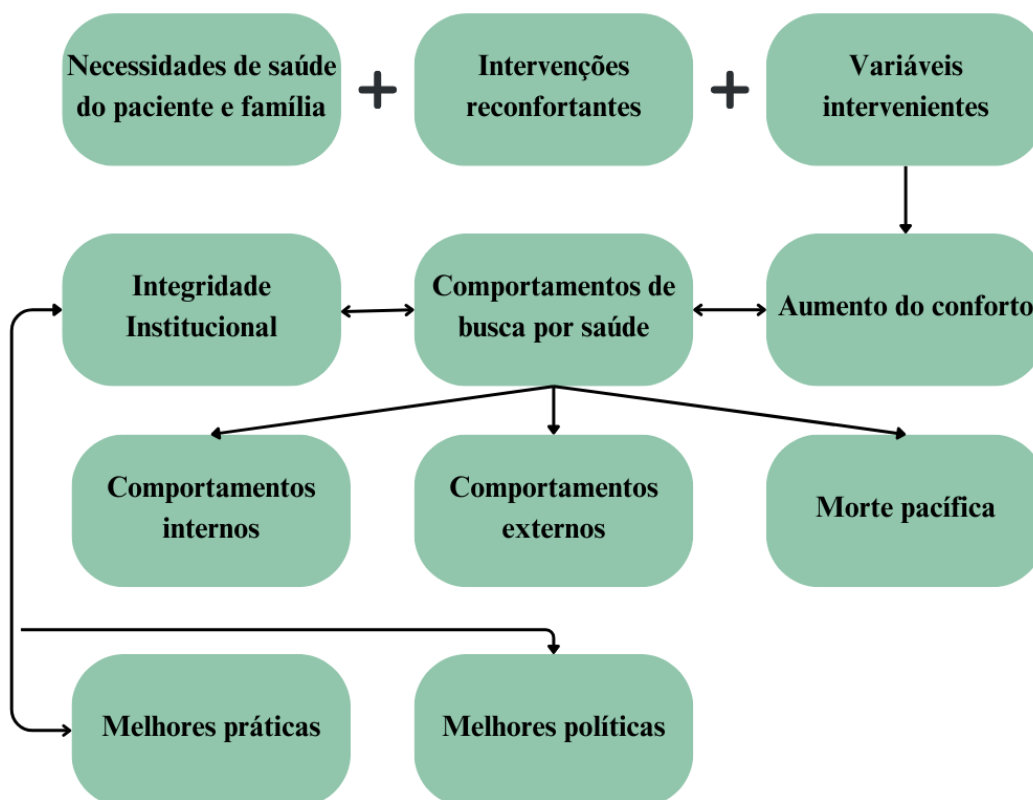
Figura 1. Mapa conceitual da Teoria de Kolcaba. João pessoa, 2024.



Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Conforme descrito por Kolcaba (2003), a estrutura conceitual da Teoria do Conforto é composta por três componentes principais, exemplificados no esquema abaixo (Figura 2):

Figura 2. Estrutura Conceitual da Teoria do Conforto. João Pessoa, 2022.



Fonte: Adaptado do *Conceptual Framework for Comfort Theory*, 2022.

Para esclarecer os conceitos essenciais dessa estrutura, inicialmente situamos o conforto diante das necessidades do paciente. A teórica propõe que o enfermeiro reconheça as dimensões do conforto das pessoas que estão sob seus cuidados a partir de uma abordagem abrangente e sistemática dos contextos. Nesse sentido, a equipe de enfermagem concebe intervenções que são compreendidas como medidas terapêuticas voltadas para ampliar o conforto do paciente, ao tempo em que avalia a satisfação de conforto proporcionada por cada ação praticada. Associado a isso torna-se imperante

investigar as variáveis intervenientes, que se referem aos elementos que os profissionais de saúde não conseguem modificar facilmente em determinado contexto, como o suporte social e os recursos financeiros disponíveis.

Esses aspectos, uma vez considerados, irão promover resultados que podem ser observados e avaliados em termos dos efeitos das intervenções. Logo, são intensificadas e o paciente é preparado consciente ou inconscientemente, a desenvolver comportamentos de busca em saúde, os quais podem se manifestar tanto internamente, através de processos de cura a nível celular ou orgânico, quanto externamente, por meio de práticas de autocuidado. Além disso, a consideração da morte pacífica como um desfecho possível é relevante, na qual os conflitos são resolvidos, os sintomas são bem conduzidos e ocorre a aceitação por parte dos membros da família e do paciente, de modo a permitir que realize sua passagem em silêncio e com dignidade. Quando a instituição e equipe de cuidados são preparadas eticamente para a tentativa de aperfeiçoar a qualidade dos serviços, conseqüentemente essas variáveis exercem um impacto substancial na integridade institucional, a qual abarca valores, estabilidade financeira e a integridade geral das organizações de saúde em todos os níveis de cuidado sob melhores práticas e melhores políticas (KOLCABA, 2003).

Dessa forma a teoria (Kolcaba, 2003) propõe que:

1. Os profissionais de saúde realizam uma avaliação das necessidades de conforto dos pacientes e seus familiares que não estão sendo atendidas adequadamente;
2. Com base nessa avaliação, os profissionais de saúde desenvolvem intervenções destinadas a atender essas necessidades identificadas;
3. As variáveis intervenientes, tais como fatores ambientais e sociais, são cuidadosamente consideradas durante o planejamento das intervenções;
4. Antes e após a implementação das intervenções, os profissionais de saúde realizam medições do nível de conforto dos pacientes e familiares;
5. Se houver uma melhoria no conforto percebido, os pacientes e suas famílias tendem a se envolver mais ativamente em comportamentos que promovem a busca pela saúde;
6. Com a melhoria dos comportamentos de busca pela saúde, observa-se um impacto positivo na integridade geral da instituição de saúde.

Logo, os pressupostos desta teoria (Kolcaba, 2003) asseguram que:

1. Os seres humanos possuem respostas holísticas à estímulos complexos;
2. O conforto é resultado holístico desejável natural dos cuidados de enfermagem;
3. Os seres humanos buscam satisfazer suas necessidades básicas de conforto ou para que sejam satisfeitas;
4. A melhora do conforto dá ânimo aos pacientes para que sejam implementados comportamentos de busca em saúde de sua escolha;
5. Os pacientes que implementam estes comportamentos ativamente estão satisfeitos com os cuidados de saúde;
6. A integridade institucional está norteada num sistema de valores orientados para as pessoas que recebem o cuidado.

A aplicação da Teoria do Conforto na prática de enfermagem é conhecida como cuidado de conforto, uma abordagem filosófica na área da saúde que se concentra na satisfação das necessidades individuais ou de grupos em termos de conforto. Essa abordagem adota um padrão de cuidado holístico, porém adaptado individualmente a cada destinatário. O cuidado de conforto consiste em três componentes principais:

- a) intervenções eficazes,
- b) uma entrega atenciosa dessas intervenções, e
- c) o objetivo final de aumentar o conforto do paciente.

As necessidades de conforto vão abranger as dimensões do ser, nos contextos físicos, ambientais, socioculturais e psicoespirituais, e os tipos de conforto são definidos como alívio, tranquilidade e transcendência. Os três tipos de conforto, quando combinados com os quatro contextos, formam uma estrutura taxonômica conhecida como 3x4, resultando em 12 células distintas (Figura 3). Estas representam o conforto total, abordando diversas perspectivas das necessidades do paciente e visando satisfazer todas as suas demandas relacionadas.

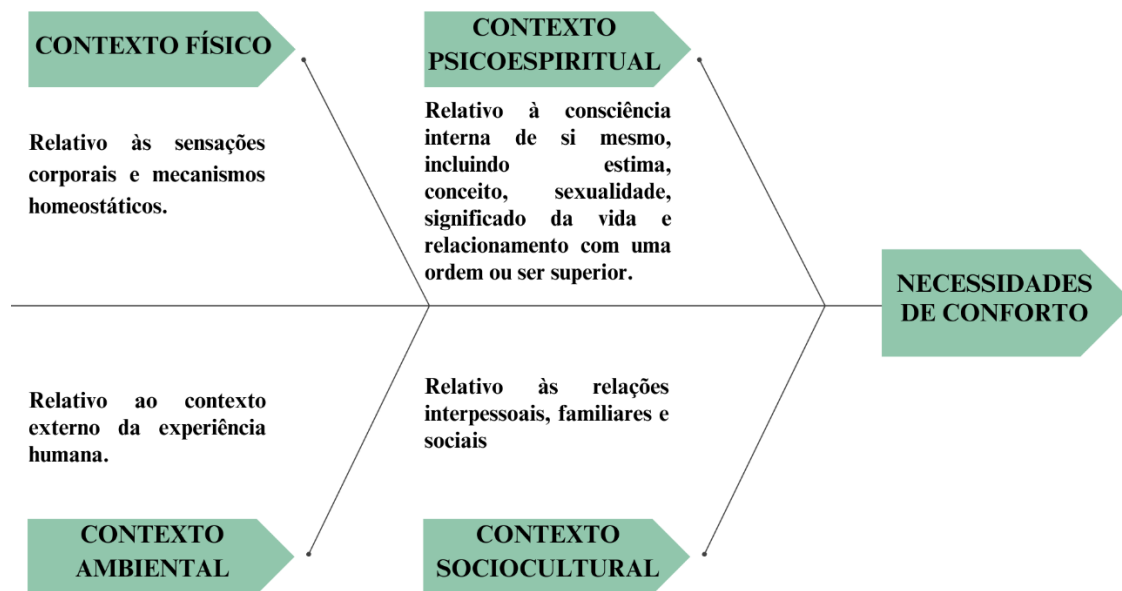
Figura 3. Estrutura taxonômica do Conforto. João Pessoa, 2022.

<b>CONFORTO</b>	<b>Alívio</b>	<b>Transcendência</b>	<b>Tranquilidade</b>
<b>Físico</b>			
<b>Ambiental</b>			
<b>Sociocultural</b>			
<b>Psicoespiritual</b>			

Fonte: The Comfort Line, 2022.

Relacionando-se aos contextos em que se produz conforto, Kolcaba (2003) descreve como sendo quatro domínios principais que devem ser considerados para proporcionar um conforto abrangente e eficaz aos pacientes (Figura 4).

Figura 4. Contextos de conforto e Definições, segundo a Teoria de Kolcaba. João Pessoa, 2024.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

No que diz respeito ao contexto físico é conceituado como um elemento multifacetado que abrange sensações corporais e mecanismos homeostáticos. Refere-se às necessidades fundamentais do paciente, como conforto térmico, alimentação adequada, higiene, controle da dor (Martins, Sousa, Marques, 2022; Kolcaba, 2003).

Com relação ao contexto ambiental, em geral, corresponde ao contexto externo da experiência humana e desempenha um papel fundamental na otimização dos ambientes de saúde para o bem-estar e satisfação dos indivíduos. Ele engloba elementos como espaço individual, controle de temperatura, redução de ruído, estímulo visual e integração da tecnologia em um ambiente físico propício e relaxante, que promova a cura e o conforto geral dos pacientes (Kolcaba, 2003).

Referente ao contexto sociocultural, este está relacionado às dinâmicas interpessoais, familiares e sociais que influenciam a experiência de cuidado. Ao considerá-lo os profissionais podem estabelecer um ambiente positivo que respeite os valores, tradições e crenças dos pacientes, contribuindo para aprimorar a qualidade do cuidado prestado, incluindo o apoio social e a presença de familiares e amigos durante o processo de

assistência e envolve a criação de um ambiente o qual o paciente se sinta ouvido, compreendido e emocionalmente apoiado (Kolcaba, 2003).

No tocante ao contexto Psicoespiritual, abrange a consciência interna do indivíduo, envolvendo aspectos como autoestima, identidade, sexualidade, busca de sentido na vida e conexão com uma ordem ou ser superior. Refere-se às necessidades emocionais e cognitivas dos pacientes, contemplando a busca por significado e propósito na vida, bem como o respeito às crenças e práticas religiosas do paciente. Além disso, envolve o fornecimento de suporte psicológico para ajudar o paciente a lidar com medo, ansiedade, estresse e outras emoções negativas associadas à sua condição de saúde (Kolcaba, 2004).

Quanto aos tipos de conforto, o alívio refere-se ao estado de satisfação de uma necessidade específica de conforto. A tranquilidade enfatiza a importância da prevenção de fatores de risco conhecidos que impediriam uma pessoa de se sentir confortável, considerado um estado de calma ou contentamento. Já a transcendência indica a capacidade de “superar” os desconfortos quando eles não podem ser erradicados ou evitados. Um estado em que alguém pode estar acima dos problemas ou da dor (Kolcaba, 2004).

Kolcaba também desenvolveu o Questionário de Conforto Geral (GCQ) que se configura como uma ferramenta fundamental para medir o conforto de pessoas em estado geral de doença. Ele consiste em uma série de perguntas que avaliam diferentes aspectos do conforto físico, emocional, sociocultural e espiritual dos indivíduos, continua sendo a base de muitos estudos e a origem de outras ferramentas que são uma adaptação a contextos e populações específicas.

A Teoria do Conforto teve um impacto notável na pesquisa, na prática clínica e na educação da Enfermagem. A teórica evidenciou a importância da compreensão do fenômeno, implementação de intervenções e avaliação de seus resultados para garantir um aumento real e efetivo no conforto nos pacientes (Kolcaba, 2003).

### 3.3 Diagnóstico de Enfermagem “Conforto Prejudicado” da NANDA-I

A NANDA-I (*International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification* 2021-2023) é uma ferramenta de diagnóstico de enfermagem que surgiu em 1982 e é atualizada a cada dois anos com o objetivo de padronizar os diagnósticos de enfermagem, facilitando a comunicação e a prática clínica entre os profissionais de saúde. Ela é composta por 244 diagnósticos de enfermagem, organizados em 13 domínios e 47 classes, que representam grandes grupos de necessidades humanas básicas e suas subdivisões.

Os diagnósticos de enfermagem podem ser focados em problemas de saúde, na promoção da saúde ou em riscos potenciais. Além disso, a NANDA-I inclui diagnósticos de Síndrome, que são grupos de diagnósticos que ocorrem simultaneamente e requerem intervenções semelhantes. Outro componente importante da NANDA-I são os eixos, que representam a resposta humana dentro do processo de diagnóstico, totalizando 7 eixos.

A construção de um diagnóstico de enfermagem baseia-se no raciocínio clínico e no pensamento crítico, refletindo as condições do paciente de forma precisa. Os diagnósticos são compostos por um descritor ou modificador e um foco ou conceito-chave e incluem indicadores diagnósticos que ajudam na seleção do melhor diagnóstico para o paciente. Esses indicadores incluem características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco.

O domínio 12 da NANDA-I para o período de 2021-2023 é denominado "Conforto" e tem por definição “sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social” (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021, p.507). Este domínio foca na promoção do conforto e no alívio do desconforto como componentes inerentes a prática de Enfermagem, contemplados em três classes distintas: conforto físico, conforto ambiental e conforto social. A abordagem da NANDA-I em relação ao conforto reflete uma compreensão abrangente do bem-estar humano, enfatizando a importância de proporcionar cuidados que não apenas tratem doenças ou sintomas, mas também promovam o conforto e a qualidade de vida.

Nesse domínio, as classificações de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I 2021-2023, fornecem uma estrutura para identificar problemas de conforto, avaliar suas causas e desenvolver intervenções adequadas para promover o bem-estar do paciente. Para Classe 1. Conforto físico, define-se por “sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre de dor”. A Classe 2. Conforto Ambiental é explicada por “sensação de bem-estar ou

tranquilidade no/com o próprio ambiente”. Já a Classe 3. Conforto social refere-se a “sensação de bem estar ou tranquilidade com a própria situação social” (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021, p.507).

Isso inclui os diagnósticos para: Classe 1: Conforto prejudicado (00214); Disposição para conforto melhorado (00183); Dor aguda (00132); Dor crônica (00133); Síndrome da dor crônica (00255); Dor no trabalho de parto (00256); Náusea (00134); Classe 2: Conforto prejudicado (00214); Disposição para conforto melhorado (00183); Classe 3: Conforto prejudicado (00214); Disposição para conforto melhorado (00183); Isolamento social (00053); e Risco de solidão (00054), apresentados no quadro a seguir (Quadro 1):

Quadro 1. Domínio 12 – Conforto da NANDA-I- I 2021-2023. João Pessoa, 2022.

NANDA-I- I 2021-2023		
Domínio 12	Diagnóstico	Definição
<b>Classe 1 - Conforto Físico</b>	Conforto Prejudicado (00214)	Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.
	Disposição para conforto melhorado (00183)	Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.
	Dor aguda (00132)	Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão ( <i>International Association for the Study of Pain</i> ); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.
	Dor crônica (00133)	Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão ( <i>International Association for the Study of Pain</i> ); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término

*Continua*

		antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.
	Síndrome da dor crônica (00255)	Dor recorrente ou persistente há no mínimo 3 meses e que afeta significativamente o funcionamento diário ou o bem-estar.
	Dor no trabalho de parto (00256)	Experiência sensorial e emocional, que varia de agradável a desagradável, associada ao trabalho de parto e nascimento da criança.
	Náusea (00134)	Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago que pode ou não resultar em vômito.
<b>Classe 2 - Conforto Ambiental</b>	Conforto Prejudicado (00214)	Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.
	Disposição para conforto melhorado (00183)	Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.
<b>Classe 3 - Conforto Social</b>	Conforto Prejudicado (00214)	Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.
	Disposição para conforto melhorado (00183)	Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.
	Isolamento social (00053)	Solidão sentida pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.

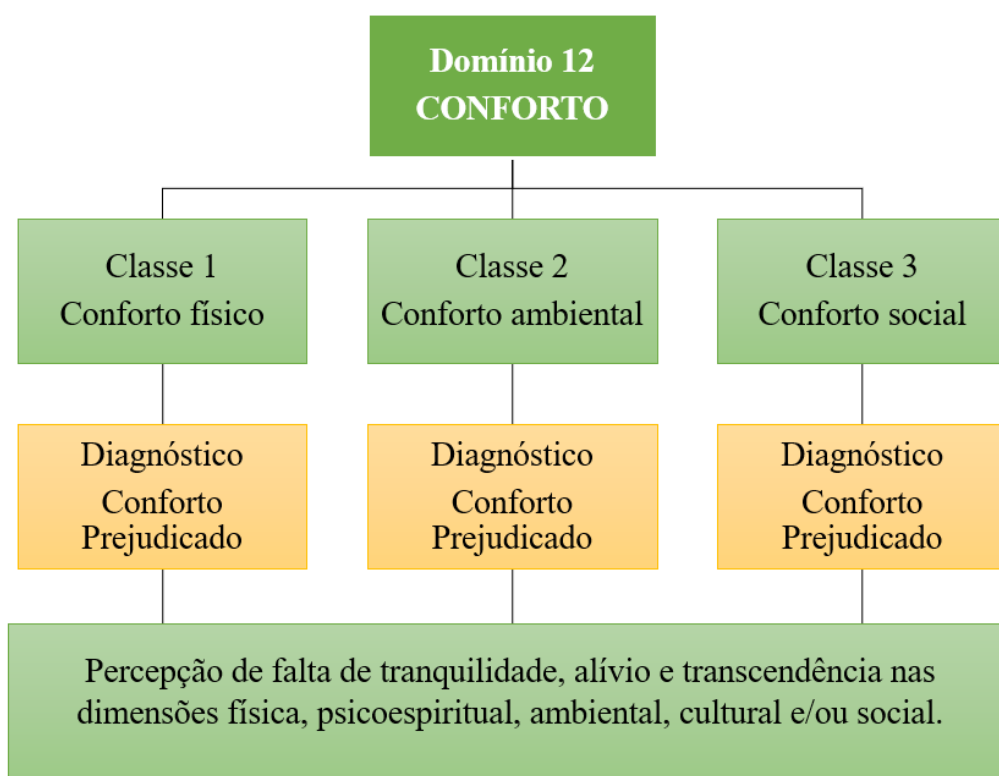
Continuando

	Risco de solidão (00054)	Suscetibilidade a desconforto associado a desejo ou necessidade de ter mais contato com os outros que pode comprometer a saúde.
--	--------------------------	---

Fonte: Adaptado da NANDA-I 2021-2023, 2022.

O diagnóstico de enfermagem "Conforto Prejudicado" (*Impaired Comfort*), selecionado no quadro ora apresentado é um conceito presente na Taxonomia II da NANDA-I desde 2008, alocado neste domínio 12 (Conforto) e configura-se como um diagnóstico que perpassa as três classes distintas com a mesma definição: "percepção de falta de tranquilidade, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social" (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021, p.508, p.517, p.519), apresentando forte relação com o objeto de estudo e a teoria de base utilizada. Podemos visualizar o DE e sua disposição na NANDA-I conforme representado pela figura 5, que se segue:

Figura 5. Diagnóstico de Enfermagem Conforto Prejudicado na NANDA-I 2021-2023. João Pessoa, 2024.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

O foco do diagnóstico refere-se ao conforto, teve sua revisão em 2010 e 2017 e apresenta nível de evidência 2.1 que é sustentado por dados obtidos a partir de estudos longitudinais de coorte ou estudos de caso-controle, os quais fornecem uma evidência sólida, embora não tão forte quanto os ensaios clínicos randomizados (nível de evidência 1).

O diagnóstico contempla título (enunciado), definição, características definidoras e fatores relacionados e condições associadas. A sua utilização é importante para alicerçar a prática clínica do enfermeiro, pois com a devida identificação e intervenção adequada corrobora para minimizar desconfortos e uma melhor adaptação do paciente, especialmente da pessoa idosa no ambiente hospitalar (Gonçalves, Brandão, Duran, 2016; Costa, Cruz, 2017).

Esse título aponta sua estrutura etiológica voltada para elementos mais gerais envolvidos no processo do conforto. Entre as Características Definidoras tem-se: agitação psicomotora, ansiedade, choro, desconforto com a situação, dificuldade para relaxar, expressa desconforto, expressa descontentamento com a situação, expressa medo, expressa prurido, expressa sentir calor, expressa sentir frio, expressa sofrimento psicológico, humor irritável, lamento, relata ciclo sono-vigília alterado, relata fome, suspiros. Nota-se que tais elementos estão associados a expressões subjetivas e objetivas de desconforto evidente, o qual considera uma estrutura de ações e expressões, as quais podem ser faciais, corporais, queixas verbais e não-verbais, alterações fisiológicas indicativos de desconforto, alterações no padrão de sono, comportamento alterados, manifestações emocionais, mudanças no apetite ou na aceitação de alimentos, entre outros.

Quanto aos Fatores Relacionados do fenômeno, traz elementos como: controle ambiental inadequado, controle situacional inadequado, estímulos ambientais desagradáveis, privacidade insuficiente e recursos de saúde inadequados, considerados elementos que podem afetar diretamente o bem-estar e o conforto de um paciente ou indivíduo em um ambiente de cuidados de saúde.

Ademais, as Condições Associadas são descritas como regime de tratamento e sintomas relacionados a doença, por exemplo efeitos adversos do tratamento, limitações impostas pelo tratamento, sintomas da doença e suas consequências emocionais, a complexidade do regime do tratamento imposto e o seu impacto nos hábitos de vida. A descrição *Ipsi letris* da

taxonomia da NANDA-I para os aspectos do DE “Conforto Prejudicado” correspondem ao Quadro 2, a seguir:

Quadro 2. Diagnóstico de Enfermagem Conforto Prejudicado na NANDA-I 2021-2023. João Pessoa, 2022.

---



---

### **Conforto Prejudicado (00214)**

---

#### **Características Definidoras**

---

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| • Agitação psicomotora                     | • Expressa sentir calor              |
| • Ansiedade                                | • Expressa sentir frio               |
| • Choro                                    | • Expressa sofrimento psicológico    |
| • Desconforto com a situação               | • Humor irritável                    |
| • Dificuldade para relaxar                 | • Lamento                            |
| • Expressa desconforto                     | • Relata ciclo sono-vigília alterado |
| • Expressa descontentamento com a situação | • Relata fome                        |
| • Expressa medo                            | • Suspiros                           |
| • Expressa prurido                         |                                      |

---

#### **Fatores Relacionados**

---

- |                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| • Controle ambiental inadequado      | • Privacidade insuficiente      |
| • Controle situacional inadequado    | • Recursos de saúde inadequados |
| • Estímulos ambientais desagradáveis |                                 |

---

#### **Condições Associadas**

---

- |                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| • Regime de tratamento | • Sintomas relacionados a doença |
|------------------------|----------------------------------|

Fonte: NANDA-I, 2021-2023.

Considerando que a no âmbito hospitalar diversos estressores são passíveis de intervenções, o domínio da compreensão do DE “Conforto Prejudicado” favorece as etapas subsequentes do Processo de Enfermagem, promove um ambiente de cuidado mais sensível e humano, centrado nas reais particularidades que a pessoa idosa enfrenta em seu processo de hospitalização (Costa, Cruz, 2017).

Embora em sua definição o DE “Conforto Prejudicado” se refira à dimensão psicoespiritual, o domínio 12 da NANDA-I não contempla o contexto de forma implícita e clara, assim como foi explicitado na Teoria do Conforto, suscitando assim o desenvolvimento deste estudo.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo metodológico, que se propõe ao desenvolvimento e validação de um protocolo de intervenções para promoção de conforto para pessoas idosas hospitalizadas. Este tipo de estudo refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, o qual discorre acerca da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como objetivo a construção de um guia que seja confiável, preciso e utilizável por outros pesquisadores. Classifica-se como uma pesquisa não experimental que envolve diferentes métodos de coleta, organização e análise de dados e tem como escopo a identificação de um construto indiscutível com vistas a torná-lo discutível e prático, representado a partir de um fluxograma, protocolo, lista de passos ou considerações a serem seguidas e aplicáveis na prática (Polit, Beck, 2011; Lobiondo-Wood, Haber, 2001).

A elaboração do protocolo envolveu uma sequência de etapas, sendo a primeira a sustentação teórica, operacionalizada pela Revisão Integrativa da Literatura em bases de dados para identificar intervenções, atividades ou cuidados de enfermagem relevantes para a promoção de conforto de pessoas idosas hospitalizadas. Como referencial teórico utilizou-se a Teoria de Conforto de Kolcaba (2003), juntamente com uma busca sistematizada sobre a temática do conforto em Sistema de Linguagem Padronizada (SLP) da NANDA-I, classificação 2021-2023 e na NIC com princípios da Prática Baseada em Evidências, para análise crítica das publicações (Pimenta *et al.*, 2017). Após realizado o compilado das informações, realizou-se validação por especialistas, Mapeamento Cruzado de conteúdo por profissionais experientes acerca do teor do protocolo. Após alcance do suporte teórico foi iniciada a estruturação do protocolo e por último validação da diretriz utilizando o AGREE-II.

### **4.2 Aspectos éticos e legais**

Para contemplar as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, no âmbito desta investigação, foram respeitados todos os procedimentos e normas regulamentadoras preconizadas pela Resolução 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, respeitando-se todos os procedimentos e normas

regulamentadoras preconizadas, especialmente o sigilo e a confidencialidade das informações e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações sobre os benefícios, direitos e possíveis riscos (BRASIL, 2012).

Ademais, foram respeitadas as responsabilidades e deveres contidos COFEN na Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017), como também foi mantida a autenticidade de ideias, conceitos e definições dos autores dos trabalhos utilizados na Revisão Integrativa para embasamento do processo de construção do protocolo, preservando todos os direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998). Na fase de contato com os especialistas a pesquisadora sustenta-se eticamente pela Carta Circular nº 1/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa que orienta o contato com participantes e/ou coleta de dados em ambiente virtual, visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa (BRASIL, 2021). Pretende-se que os dados desta pesquisa sejam publicados na forma de artigos, nacionais e/ou internacionais, *E-book*, e apresentação de trabalhos em eventos científicos.

O projeto, primeiramente, passou por uma apresentação no Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde do Adulto e Idoso (GEPSAI) da Universidade Federal da Paraíba, para emissão de parecer com autorização de prosseguimento do mesmo. Em seguida foi encaminhado ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da mesma instituição para homologação. Posteriormente, foi encaminhado a Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB) para análise e emissão do Termo de Anuência. Após isso, foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HULW/UFPB, que após aprovação do CEP (ANEXO) e obtenção do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, em março de 2022, sob Parecer Consubstanciado do CEP nº 5.375.472 e CAAE: 56816022.7.0000.5183, iniciou-se a pesquisa.

Considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco mínimo previsível, salientou-se a possibilidade de imediato desconforto psicológico no que tange a extensão e exaustão do instrumento, no entanto, buscou-se minimizar ao máximo, preservando a individualidade de cada participante e seus limites fornecendo um tempo necessário para realização.

Tendo em vista as particularidades teóricas e metodológicas próprias para o alcance dos objetivos deste estudo, seus tópicos sequenciais consistirão em quatro capítulos inter-relacionados, intitulados “**Capítulo I: Revisão Integrativa da Literatura**”, “**Capítulo II: Estruturação do fenômeno Conforto na NANDA-I e NIC**”, “**Capítulo III: Mapeamento Cruzado (*Cross-mapping*)**” e “**Capítulo IV: Validação do Protocolo pelo AGREE-II**”. Ressalta-se que cada um desses capítulos contém seu referencial teórico-metodológico, o método, os resultados e a discussão. Como desfechos dos resultados obtidos no estudo, serão apresentadas suas conclusões.

### **Construção do Protocolo**

Em todas as etapas foi observada a estrutura taxonômica de Kolcaba (2003), abarcando os contextos de Conforto (Físico, Ambiental, Sociocultural e Psicoespiritual), organizando assim as evidências encontradas em cada contexto referente ao conforto, obedecendo a premissa da clareza, simplicidade e objetividade, que oferece uma comunicação de fácil entendimento, afim de proporcionar a realização de uma avaliação objetiva e de um acompanhamento efetivo (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2016; Johnson *et al.*, 2009).

Para esta etapa, foi utilizado considerados as seguintes legislações e normativas:

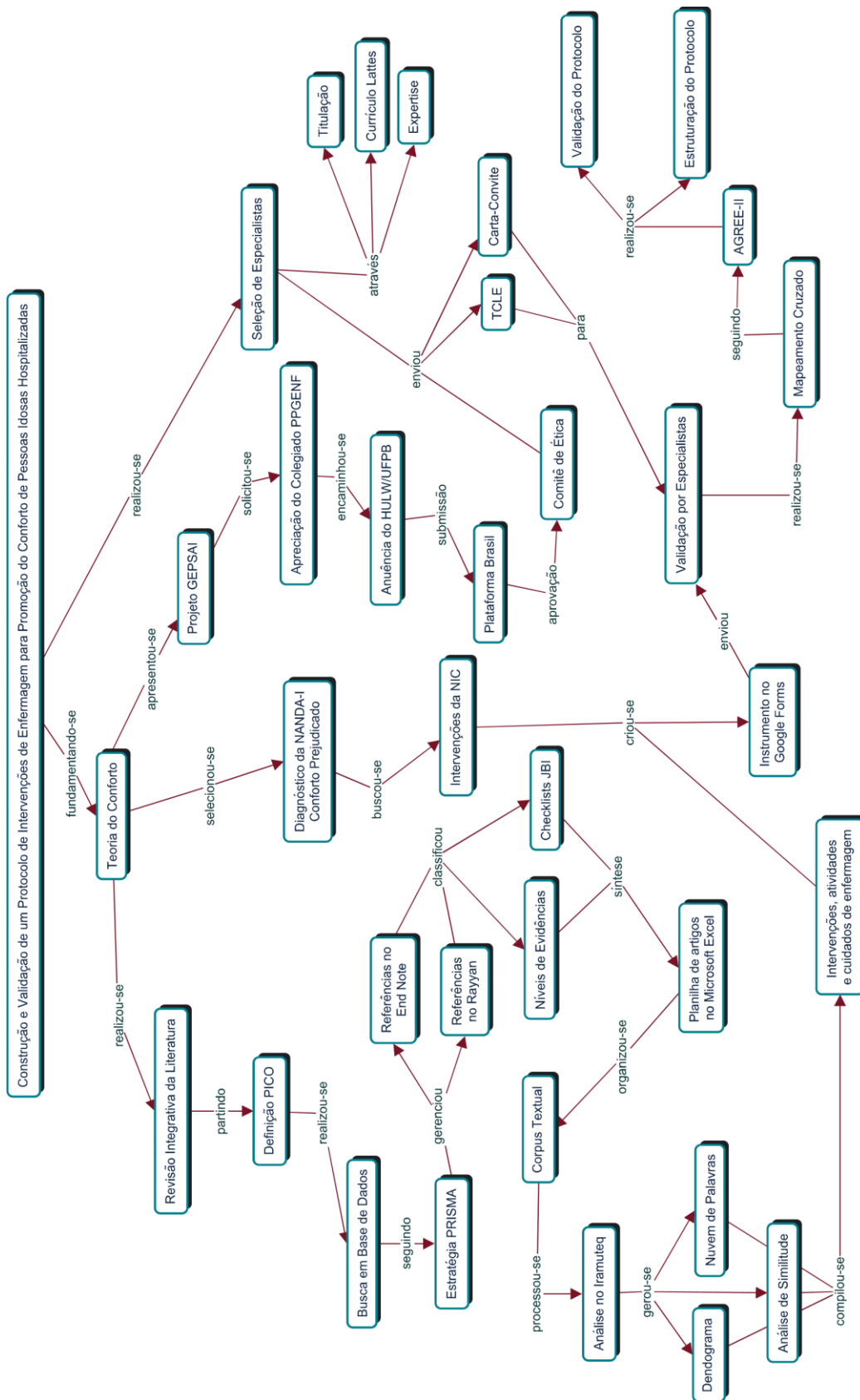
- **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986** que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil e estabelece as normas para a atuação dos profissionais de enfermagem, definindo as atribuições e competências dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras, e regula as condições para o exercício da profissão.
- **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987** que detalha as atribuições e competências dos diferentes profissionais de enfermagem e estabelece normas complementares para o exercício da profissão.
- **Resolução COFEN nº 564/2017** que regulamenta as competências do Enfermeiro no contexto dos Programas, Protocolos, Diretrizes e outras normativas técnicas instituídas por instituições de saúde pública e privada, em âmbito nacional, estadual e municipal.
- **Resolução COFEN nº 736/2024** que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.
- **Manual do COREN-SP sobre Protocolos de Enfermagem (2018)** que constitui um documento com o objetivo de orientar e padronizar a criação e a implementação de protocolos de enfermagem em instituições de saúde, fornecendo diretrizes para o

desenvolvimento de protocolos clínicos e assistenciais, visando melhorar a qualidade e a segurança do atendimento prestado pelos profissionais de enfermagem.

O protocolo foi estruturado com a utilização contendo todas as informações julgadas como necessárias pelas pesquisadoras para compreensão do fenômeno conforto de forma clara e concisa, com a elaboração de fluxogramas, do uso de desenhos esquemáticos e quadros sistematizados (ANEXO).

O mapa conceitual do percurso metodológico está detalhado na página seguinte (Figura 6):

Figura 6. Mapa Conceitual do Percurso Metodológico do Estudo. João Pessoa, 2024.



Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

## CAPÍTULO 1

### Revisão Integrativa da Literatura

Para o desenvolvimento da Revisão Integrativa da Literatura seguiu-se as recomendações propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), a saber: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da RI; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

As etapas metodológicas realizadas na Revisão Integrativa da Literatura que buscou encontrar evidências científicas em publicações nas Bases de Dados sobre intervenções, atividades e cuidados de enfermagem a fim de fundamentar à construção de um protocolo para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas.

Para a elaboração da questão norteadora e construção das estratégias de busca, utilizou-se a estratégia PICO que representa Paciente ou Problema, Intervenção, Comparação e Desfechos (Santos, Pimenta, Nobre, 2007). Os descritores foram delimitados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), *Medical Subject Headings* (MeSH), como também foram utilizados os não controlados (palavras-chave) para cada um dos componentes da PICO (Quadro 3) e suas combinações com o uso dos operadores booleanos, AND e OR, conforme apresentado no quadro a seguir conforme Quadro 1, resultando na pergunta de pesquisa:

Quais evidências científicas fundamentam a construção de um protocolo de intervenções de enfermagem para o conforto de pessoas idosas hospitalizadas?

Quadro 3. Estratégia PICO aplicada ao estudo em questão. João Pessoa, Paraíba, 2023.

Objetivo/Problema	Quais evidências científicas fundamentam a construção de um protocolo de intervenções de enfermagem para o conforto de pessoas idosas hospitalizadas?			
	<b>P (População/ Problema)</b>	<b>I (Intervenção)</b>	<b>C (Comparador/ Controle)</b>	<b>O (“Outcomes”/ Desfechos)</b>
Extração	Pessoas idosas hospitalizadas	Intervenções, atividades ou cuidados que utilizem teoria	Nenhum	Conforto e variáveis relacionadas ao conforto e

		de enfermagem		Teoria do Conforto de Kolcaba
Conversão Decs/MesH Português	Idoso; Hospitalização; Serviços de Saúde para Idosos; Hospitais Geriátricos; Saúde do Idoso.	Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Assistência Centrada no Paciente; Teoria de Enfermagem; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado.	Nenhum	Conforto do Paciente
Conversão Decs/MesH Inglês	Aged Hospitalization Health Services for the Aged Geriatric Hospitals Health of the Elderly	Nursing Nursing Care Patient-Centered Care Nursing Theory Nurses Improving Care for Health System Elders	Nenhum	Patient Comfort
Combinação	aged; hospitalization; health services for the aged geriatric hospitals; hospitalized elderly; elderly person hospitalized; hospitalization of the elderly; elderly people in hospital; elderly people in geriatric hospital; elderly hospital	Nursing Nursing Care Patient-Centered Care Nursing Theory Nurses Improving Care for Health System Elders nursing interventions, nursing care, nursing activities, patient-centered nursing, nursing interventions for elderly people, comfort theory, nursing interventions and comfort theory	Nenhum	patient comfort; health of the elderly; comfortable patient; comfort of the elderly; elderly health; elderly well-being; comfort care; comfort assistance;

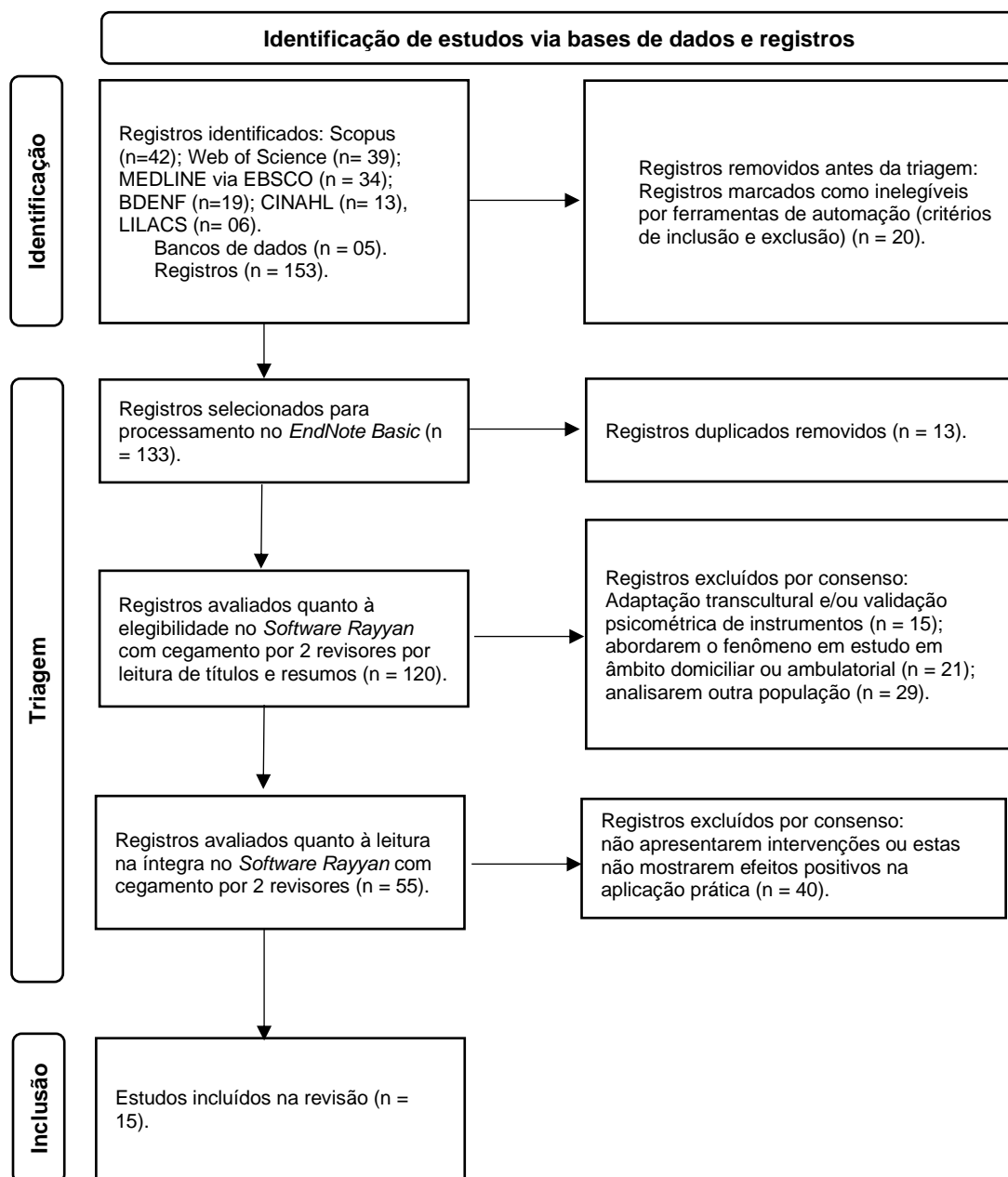
<p>Construção</p> <p><i>Continuando</i></p>	<p>(“aged” OR “hospitalization” OR “health services for the aged geriatric” OR “hospitals” OR “hospitalized elderly” OR “elderly person hospitalized” OR “hospitalization of the elderly” OR “elderly people in hospital” OR “elderly people in geriatric hospital” OR “elderly hospital” OR “health of the elderly” “elderly health” OR “elderly well-being”)</p>	<p>(“nursing” OR “nursing care” OR “patient-centered care” OR “nursing theory” OR “nurses improving care for health system elders” OR “nursing interventions” OR “nursing care” OR “nursing activities” OR “patient-centered nursing” OR “nursing interventions for elderly people”)</p>	<p>Nenhum</p>	<p>(“patient comfort” OR “comfort*” OR “comfortable patient” OR “comfort of the elderly” OR “comfort care” OR “comfort assistance” OR “comfort theory” OR “nursing interventions AND comfort theory”)</p> <p><i>Continua</i></p>
<p>Uso</p>	<p>(“aged” OR “hospitalization” OR “health services for the aged geriatric” OR “hospitals” OR “hospitalized elderly” OR “elderly person hospitalized” OR “hospitalization of the elderly” OR “elderly people in hospital” OR “elderly people in geriatric hospital” OR “elderly hospital” OR “health of the elderly” “elderly health” OR “elderly well-being”) AND (“nursing” OR “nursing care” OR “patient-centered care” OR “nursing theory” OR “nurses improving care for health system elders” OR “nursing interventions” OR “nursing care” OR “nursing activities” OR “patient-centered nursing” OR “nursing interventions for elderly people” AND (“patient comfort” OR “comfort*” OR “comfortable patient” OR “comfort of the elderly” OR “comfort care” OR “comfort assistance” OR “comfort theory” OR “nursing interventions AND comfort theory”)</p>			

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Para a busca na literatura, foram selecionadas as seguintes bases de dados: Scopus, Web of Science, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via Psychology and Behavioral Sciences Collection (MEDLINE via EBSCO), Base de dados de Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Apresentados no diagrama de fluxo do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-*

*Analysis* (PRISMA) elaborado para relatar o processo de busca e seleção dos estudos (Moher *et al.*, 2009; Mourad, 2016) (Figura 7).

Figura 7. Diagrama de fluxo PRISMA (2020) para revisões sistemáticas que incluíram pesquisas apenas em bases de dados. João Pessoa, Paraíba, 2023.



Fonte: Adaptado do PRISMA pela autora (2023).

Quanto a amostragem, os critérios de inclusão foram baseados nas características de pesquisas científicas que abordem pergunta de pesquisa do estudo. Em relação aos critérios baseados nas características da publicação considerou-se: publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, sem limitação geográfica ou cultural, e com delimitação temporal de dez anos (2003 a 2023), considerando o ano de surgimento da Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003). Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, artigos de

confiabilidade e validade das propriedades psicométricas de instrumentos, artigos que abordaram o fenômeno em estudo em outro nível de atenção à saúde que não a hospitalar, artigos referentes à outras populações, artigos que não apresentaram intervenções ou estas não mostraram efeitos significativos na aplicação prática, cartas ao editor, teses e dissertações.

Após procedimentos ora mencionados, selecionou-se 153 artigos na primeira etapa, dos quais 42 na Scopus, 39 na Web of Science, 34 na MEDLINE via EBSCO, 19 na BDNF, 13 na CINAHL e 09 no LILACS. Dentre esses 20 foram considerados inelegíveis por ferramentas de automação (critérios de inclusão e exclusão). Após a busca, todas as citações identificadas foram anexadas no gerenciador de referências *EndNote Basic* e após análise do software 13 artigos duplicados foram removidos. Em seguida o total de 133 publicações foram importadas no *Software Rayyan* por dois revisores independentes a fim de evitar vieses na seleção dos artigos, um terceiro revisor foi definido para o caso do consenso entre os primeiros revisores não ser alcançado. Para a 1ª análise foram analisados para inclusão inicialmente por leitura flutuante de títulos e resumos e destes foram excluídos 65, 15 por se tratar de adaptações transcultural e/ou validação psicométrica de instrumentos, 21 que abordaram o fenômeno em estudo em âmbito domiciliar ou ambulatorial, 29 correspondia à análise em população distinta da referente ao estudo em questão. Na 2ª análise no *Rayyan* 55 artigos foram avaliados com leitura na íntegra com o uso dos instrumentos propostos pela *Joanna Briggs Institute* (Aromataris, Munn, 2017; Santos, Secoli, Püschel, 2018), 40 foram retirados da revisão por não apresentarem intervenções, atividades ou cuidados ou estas não mostrarem efeitos positivos na aplicação prática. Desta forma, o corpus da presente revisão foi composto por 15 artigos, cujo conteúdo aborda os temas intervenções, atividades e cuidados de enfermagem para conforto em pessoas idosas hospitalizadas.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) alicerça-se nos princípios: trabalhar com as melhores evidências disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do paciente. Assim, não é alienada das condições da realidade, mas propõe que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado (Pimenta *et al.*, 2017).

A Pirâmide dos Níveis de Evidência propõe hierarquia de qualidade da informação para estudos clínicos. Atualmente essa hierarquia é menos estática e considera a qualidade metodológica dos estudos e não só o seu desenho. O topo da pirâmide anteriormente

composto pelas revisões sistemática e metanálises foi destacado e esses desenhos de estudo passaram a ser avaliados de maneira diferenciada dos demais. A lógica permanece a de que estão no topo os estudos de maior qualidade e na base, os de menor, na seguinte ordem decrescente: ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos de coorte, estudos caso-controle, série de casos e, por fim, opiniões de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas. A linha que separa esses estudos foi substituída por ondas. Dessa forma, a hierarquia inicialmente proposta pode ser alterada já que estudos de boa qualidade podem ser avaliados em nível de hierarquia mais alto que o inicial ou ainda em nível mais baixo caso apresente baixa qualidade metodológica (Murad *et al.*, 2016).

Para a elegibilidade das evidências, ressalta-se que os estudos foram classificados quanto aos níveis de evidência, com base na classificação do *Instituto Joanna Briggs* (Peters *et al.*, 2015). Com a leitura na íntegra, foi realizada a avaliação segundo nível de evidência dos artigos incluídos classificados da seguinte forma: Nível 1 – Desenhos de pesquisas experimentais: 1.a) Revisão sistemática de ensaios randomizados controlados; 1.b) Revisão sistemática de ensaios randomizados, controlados e outros desenhos de estudo; 1.c) Ensaio controlado randomizado; 1.d – Pseudo ensaios controlados, randomizados; Nível 2 – Desenhos quase-experimentos: 2.a) Revisão sistemática de estudos quase experimentais; 2.b) Revisão sistemática de quase experimento e outros desenhos de estudo de menor evidência; 2.c) Estudos prospectivamente controlados de quase-experimentos; 2.d) Pré-teste e pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos; Nível 3 – Observacional – desenhos analíticos: 3.a) Revisão sistemática de estudos de coortes comparáveis; 3.b) Revisão sistemática de coortes comparáveis e outros desenhos de estudo de menor evidência; 3.c) Estudo de coorte com grupo-controle; 3.d) Estudo de caso controle; 3.e) Estudos observacionais sem um grupo controle; Nível 4 – Observacional – estudos descritivos: 4.a) Revisão sistemática de estudos descritivos; 4.b) Estudo transversal; 4.c) Séries de casos; 4.d) Estudo de caso; Nível 5 – Opinião de especialistas – Pesquisas de bancada em laboratório: 5.a) Revisão sistemática de opinião de especialistas; 5.b) Consenso de especialistas; 5.c) Pesquisa de bancada de laboratório/opinião de um especialista (Peters *et al.*, 2015).

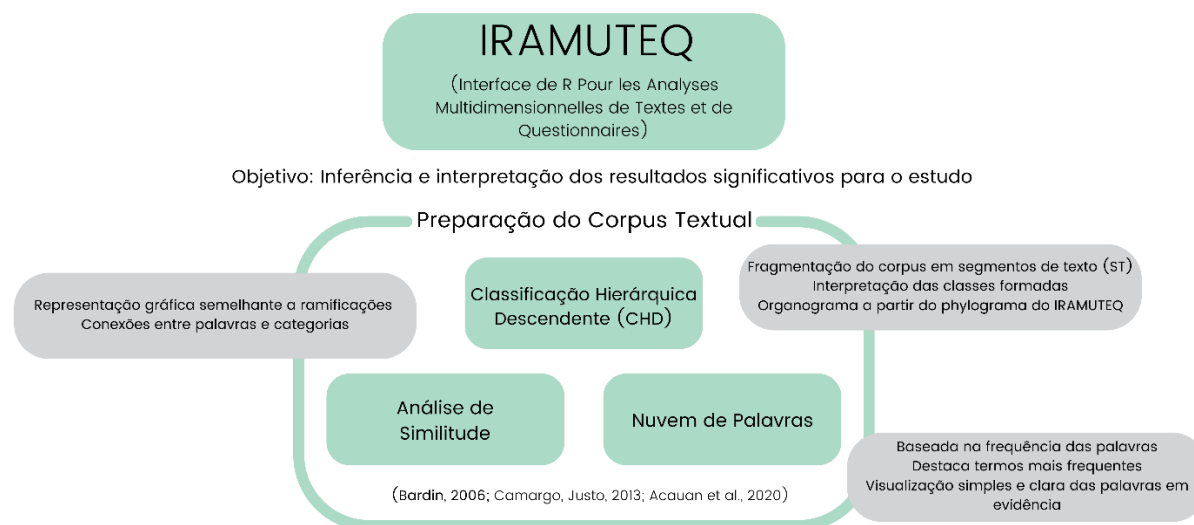
Vale salientar que a pirâmide de níveis de evidência foi desenvolvida principalmente para pesquisas clínicas e biomédicas, em que o objetivo é testar intervenções específicas e gerar resultados generalizáveis sobre eficácia. Estudos qualitativos, por outro lado, têm

como objetivo aprofundar o entendimento de fenômenos complexos e contextualizados. Segundo a Cochrane (2023) atualmente a contribuição potencial de evidências qualitativas para a tomada de decisão está bem estabelecida (Glenton et al 2016, Booth 2017, Carroll 2017). Uma síntese de evidências nesta perspectiva pode agregar valor ao fornecer aos tomadores de decisão evidências adicionais para melhorar a compreensão da complexidade da intervenção, variações contextuais, implementação e preferências e experiências das partes interessadas (Noyes, *et al.*, 2023).

Um estudo de revisão implica a fiabilidade e a fidelidade da informação contida nos documentos originais que a suportam. Esses aspectos foram assegurados por meio da metodologia de pesquisa efetuada, da adequação da referenciação e do rigor do tratamento. Após identificação dos níveis de evidência, realizou-se uma análise da qualidade metodológica com o uso dos instrumentos propostos pela JBI (Aromataris, Munn, 2017; Santos, Secoli, Püschel, 2018) que contêm um checklist de perguntas para cada tipo de estudo com as seguintes opções de respostas: Sim; Não; Não se aplica ou Não está claro. Para extração e síntese das informações dos estudos incluídos na revisão, elaborou-se uma planilha no software *Microsoft Office Excel*, contendo título/autores, idioma/País, nível de evidência, qualidade metodológica e tipo de estudo.

### **Processo de análise qualitativa dos artigos com o uso IRAMUTEQ**

Buscando desvelar as principais intervenções, atividades e cuidados de enfermagem encontrados na Prática Baseada em Evidências, optou-se pela utilização de uma ferramenta de análise lexical, o software *Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) para o tratamento do conteúdo fornecido pelos participantes, no sentido de realizar a inferência e interpretação dos resultados que apresentam teor mais significativo para o estudo. No primeiro momento o software realizou a análise estatística do “*corpus textual*”, previamente preparado e tratado para que pudesse ser submetido ao programa, e obtivesse êxito na leitura. O *corpus* foi construído por 15 textos que representa cada um dos artigos encontrados na RI e resultou em algumas análises, dentre as quais selecionamos três: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude e a Nuvem de Palavras.



Para preparação do *corpus* a CHD (Categoria Hierárquica Descendente) foi utilizada etapas detalhadas a seguir, inicialmente foi realizada a preparação do texto inicial (*corpus* textual); em seguida a CHD, realizada pelo software, e a interpretação das classes. Houve fragmentação do *corpus* pelo software em segmentos de texto (ST), sendo constituído das palavras encontradas em trechos do *corpus* textual.

Para haver melhor compreensão do que foi descrito antes sobre a organização do Corpus, elaborou-se um organograma a partir do *phylograma* fornecido pelo IRAMUTEQ que demonstra as classes e listas de palavras. Após isso, foi apresentada graficamente a formação do Corpus, do fragmento do texto em seguimentos, do grau de aproveitamento e apresentada a lista de palavras, formas de vocabulário agrupados por classe e as ocorrências diferentes agrupadas.

As partições ou interações foram computadas e atribuídas a uma lista de palavras mais significativas que as traduzem e através do teste qui-quadrado ( $X^2$ ) e  $p < 0,0001$ , foi atribuída força estatística e a frequência ( $f$ ) de suas ocorrências.

Em seguida foi realizada a Análise de Similitude, que gera uma imagem que remete à ramificação de uma árvore ou ramificação de vasos sanguíneos, onde percebe-se conexões entre todas as partes, no entanto, em algumas delas essas conexões são mais evidentes. Para o gráfico foram selecionadas as primeiras categorias das palavras de acordo com que o software processa e posteriormente disponibilizou-se uma espécie de ramificação que facilita para uma melhor visualização de suas conexões ou ramificações.

Após essa análise foi realizada a última representação gráfica realizada no *corpus*, a Nuvem de Palavras que se baseia na frequência das palavras para destacar àquelas mais frequentes para ficar em evidência no agrupamento realizado pelo software. De acordo com Camargo e Justo (2013) essa é uma análise mais simples, mas conforme constatamos a seguir ela tem um aspecto visual interessante deixando em evidência os termos mais frequentes e articulando no agrupamento os demais termos.

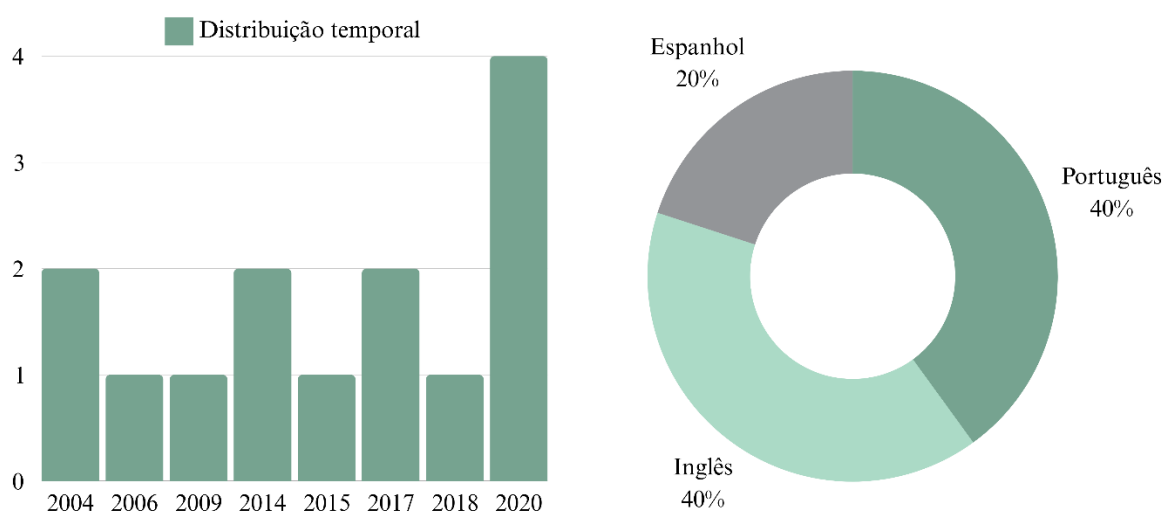
Para o estudo, pautou-se na intenção da investigação, seguindo o método de Bardin, de modo a produzir inferências que sejam válidas. Diante da releitura dos segmentos de texto do material que foi transcrito associado à interpretação da ocorrência das palavras com maior força, os domínios foram identificados e o tema central foi inferido em cada uma das classes emergentes, formando as categorias sendo sustentadas pelas produções existentes sobre o objeto de estudo (Acauan *et al.*, 2020).

### **Categorização dos dados**

A categorização trata-se de uma operação de classificação dos elementos participantes de um conjunto, iniciando pela diferenciação e, seguidamente por reagrupamento, segundo um conjunto de critérios. São rubricas ou classes que reúnem um conjunto de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado segundo os caracteres comuns destes elementos (Bardin, 2006).

### **Resultados**

O processo evidenciou 15 (quinze) artigos no recorte temporal de 2003 a 2023, período em que Kolcaba publicizou a Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003), os anos que tiveram mais publicações foram 2020 (4), 2017 (2) e 2014 (2), dos quais 6 (seis) em idioma português, 6 (seis) em inglês e 3 (três) em espanhol, nos países Brasil (5), Chile (2), Portugal, Estados Unidos, China, Suécia, Reino Unido, Peru, Austrália e Irã. Os periódicos foram: *Journal of Advanced Nursing* (3), *Revista Brasileira de Enfermagem* (3), *Ciencia y Enfermeria*, *Gerokomos*, *Revista de Enfermagem Referência*, *BMJ Quality and Safety*, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *International Journal of Nursing Practice*, *Enfermagem em Foco*, *Horizonte de Enfermeria* e *Journal of Nursing Studies*.



As principais abordagens de estudos encontrados correspondiam à análise qualitativa, dos quais, qualitativo (7), transversal (6), correlacional descritivo e estudo de caso, com nível de evidência 3.e, 4.b, 4.d e 5.c e qualidade metodológica da JBI entre 4 e 8 avaliados pelo *Checklist Analytical Cross Sectional Studies*, entre 6 e 8 do *Checklist Critical Appraisal Checklist for Case Reports* e 7 e 10 no *Checklist For Qualitative Research Checklist*, dispostos no quadro abaixo (Quadro 5):

Quadro 5. Síntese dos artigos selecionados da Revisão integrativa da Literatura. João Pessoa - PB, 2023.

Nº	Título/Autores	Idioma/ País	Nível de Evidência	Qualidade Metodológica	Tipo de estudo
1.	Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados com base na Teoria do Conforto de Kolcaba (Barreto Cardoso et al., 2020).	Português/ Brasil	4.b	5 de 8 Pontos no Checklist For Analytical Cross Sectional Studies da JBI*	Transversal
2.	<i>Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African-Americans</i> (Conner, Eller, 2004).	Inglês/ Estados Unidos	3.e	8 de 8 Pontos no Checklist For Analytical Cross Sectional Studies da JBI*	Correlacional descritivo
3.	Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação	Português/ Brasil	4.b	5 de 8 Pontos no Checklist For Analytical Cross Sectional	Transversal

	do paciente atendido em um hospital de ensino (Freitas et al., 2014).			Studies da JBI*	
4.	<i>Extensive human suffering: a point prevalence survey of patients' most distressing concerns during inpatient care</i> (Fridh et al., 2015).	Inglês/ Suécia	4.b	4 de 8 Pontos no Checklist For Analytical Cross Sectional Studies da JBI*	Transversal
5.	<i>Nurses' knowledge and attitudes on comfort nursing care for hospitalized patients</i> (Hou et al., 2014).	Inglês/ China	4.b	7,5 de 8 Pontos no Checklist For Analytical Cross Sectional Studies da JBI*	Transversal
6.	Cuidado de Enfermagem à Idosa com Síndrome da Fragilidade fundamentado na Teoria do Conforto (Lucena et al., 2020).	Português/ Brasil	4.d	6 de 8 Pontos no Checklist Critical Appraisal Checklist For Case Reports da JBI*	Estudo de caso
7.	<i>Impacto de un proyecto piloto de estimulación cognitiva sobre el bienestar psicoespiritual en adultos mayores</i> (Jiménez et al., 2018)	Espanhol/ Chile	4.b	4 de 8 Pontos no Checklist For Analytical Cross Sectional Studies da JBI*	Transversal
8.	<i>Participation of family caregivers for the Comfort of hospitalized elderly people</i> (Medina et al., 2020).	Espanhol/ Peru	5.c	7,5 de 10 Pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	Qualitativo
9.	Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa (Oliveira, Menezes, 2017).	Português/ Brasil	5.c	7 de 10 Pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	Qualitativo <i>Continua</i>
10. <i>Continua</i>	Necessidade de conforto percebida por idosos hospitalizados:	Português/ Brasil	4.b	8 de 10 Pontos no Checklist For Qualitative Research	Transversal

	uma análise à luz da teoria de Kolcaba (Oliveira et al., 2020).			Checklist da JBI*	
11.	O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar (Ribeiro, Marques, 2017).	Português/ Portugal	5.c	10 de 10 Pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	Qualitativo
12.	<i>Percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidado importantes</i> (Saavedra, Galvez, 2017).	Espanhol/ Chile	5.c	7,5 de 10 Pontos no Checklist for Qualitative Research Checklist da JBI*	Qualitativo
13.	<i>Comfort on a ward for older people</i> (Tutton, Seers, 2004).	Inglês/ Reino Unido	5.c	10 de 10 Pontos no Checklist for Qualitative Research Checklist da JBI*	Qualitativo
14.	<i>Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic context</i> (Williams, Irurita, 2006).	Inglês/ Austrália	5.c	9 de 10 Pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist Da JBI*	Qualitativo
15.	<i>Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study</i> (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).	Inglês/ Irã	5.c	9,5 de 10 Pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	Qualitativo

\*No checklist, algumas respostas foram classificadas como: “Não se aplica” ou “Não está claro”.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Ao considerar o objetivo, os resultados e as conclusões dos estudos, foi possível levantar as principais informações iniciais, algumas pesquisas trataram especificadamente das intervenções de enfermagem (Conner, Eller, 2004; Lucena et al., 2020), as demais, em geral, referiam-se às atividades e cuidados (Freitas et al., 2014; Hou et al., 2014; Ribeiro,

Marques, 2017; Saavedra, Galvez, 2017; Lucena et al., 2020; Oliveira et al., 2020;). A compreensão da perspectiva do conforto considerou a ótica dos profissionais de enfermagem (Conner, Eller, 2004; Hou et al., 2014; Saavedra, Galvez, 2017; Barreto Cardoso et al., 2020; Lucena et al., 2020), bem como dos pacientes (Tutton, Seers, 2004; Williams, Irurita, 2006; Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009; Freitas et al., 2014; Fridh et al., 2015; Oliveira, Menezes, 2017; Ribeiro, Marques, 2017; Saavedra, Galvez, 2017; Oliveira et al., 2020) e também dos familiares (Saavedra, Galvez, 2017). A maioria dos estudiosos trataram do fenômeno conforto em seu aspecto multidimensional, porém alguns autores abordaram mais especificadamente o contexto psicoespiritual (Conner, Eller, 2004; Fridh et al., 2015; Oliveira, Menezes, 2017; Jiménez et al., 2018) e sociocultural (Williams, Irurita, 2006).

Como visualizado nos estudos ora mencionados, a Teoria do Conforto pode ser amplamente aplicada, ela enfatiza a importância de conhecer às necessidades de conforto dos pacientes para assim poder intervir e melhorar os resultados de saúde, nesse caso, das pessoas idosas hospitalizadas. A abordagem holística da teoria postula que os cuidados de conforto são intervenções de conforto padrão, treinamento e fontes de conforto para a alma. Logo, essas complementam o atendimento clínico, destacando o papel significativo da Enfermagem na garantia da experiência confortável ao paciente (Kolcaba, 2003).

As intervenções de conforto padrão são intervenções destinadas a manter a homeostase, enquanto o objetivo do coaching é aliviar a ansiedade, fornecer garantias e informações, promover a esperança, ouvir e estabelecer um plano terapêutico, a integração ou a morte de uma forma culturalmente sensível (Kolcaba, DiMarco, 2005) e as fontes reconfortantes para a alma são atos especiais que os enfermeiros realizam para os pacientes alcançarem a transcendência, como dar massagens, dar as mãos, mudar o ambiente, fornecer terapias de toque e música, fazendo com que os pacientes se sintam fortalecidos de uma forma intangível e individualizada (Wilson, Kolcaba, 2004).

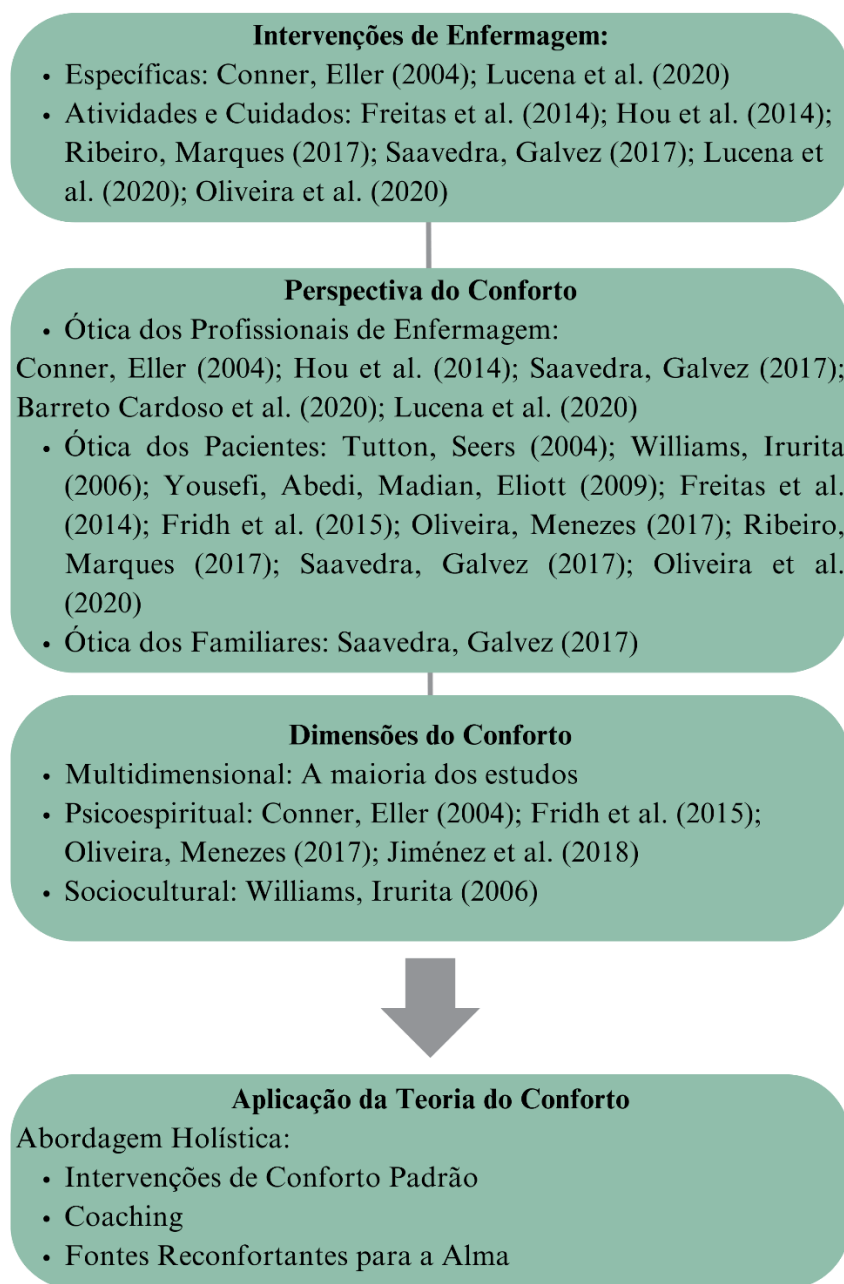
### **Conforto Físico**

O conforto físico, sendo um dos quatro contextos de conforto, ao lado do conforto psicoespiritual, sociocultural e ambiental, segundo a Teoria de Kolcaba é essencial nos cuidados de enfermagem, com o objetivo de aliviar o desconforto, a dor e o estresse físico vivenciados pelos pacientes, refere-se às sensações corporais e mecanismos homeostáticos, ao atendimento quanto às necessidades físicas dos pacientes para melhorar seu conforto

geral. Ao se concentrar no conforto, obtém-se a facilitação quanto a identificação das necessidades do paciente e a provisão de intervenções pelos enfermeiros podem ajudar os pacientes a sentir alívio, tranquilidade e transcendência, contribuindo, em última instância, para seu bem-estar e processo de cura (Kolcaba, 2003).

Foram extraídos os cuidados de enfermagem e organizados em palavras-chaves nos quadros que se apresentam adiante:

**Quadro 6. Síntese dos cuidados de conforto para o contexto físico. João Pessoa – PB, 2023.**



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

As intervenções de conforto físico visam melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos pacientes através de múltiplas estratégias. Isso inclui aliviar sintomas e controlar a dor de forma eficaz (Fridh et al., 2015; Oliveira et al., 2020; Lucena et al., 2020; Medina et al., 2020), garantindo a administração oportuna de medicamentos e tratamentos, exames frequentes e resposta rápida às necessidades do paciente (Saavedra, Galvez, 2017). Além disso, há ênfase na promoção de uma vida saudável com controle adequado de dieta e

alimentação (Hou et al., 2014; Oliveira et al., 2020; Medina et al., 2020), conforto postural com mudança regular de posição (Hou et al., 2014; Medina et al., 2020), cuidados higiênicos como troca de curativos e higiene corporal meticulosa (Tutton, Seers, 2004; Ribeiro, Marques, 2017) e atenção especializada aos cuidados com sondas e cateteres (Medina et al., 2020). Adicionalmente, atividades como exercícios terapêuticos dentro das capacidades do paciente, assistência às atividades de vida diária, e técnicas de relaxamento e massagem (Conner, Eller, 2004; Hou et al., 2014; Lucena et al., 2020; Medina et al., 2020) são empregadas para promover conforto físico.

Destarte, o conforto físico, de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba postula que as intervenções de conforto físico vão além dos aspectos técnicos, complementando o atendimento clínico para atender às necessidades humanas básicas dos pacientes.

### **Conforto Ambiental**

O conforto ambiental corresponde às relações externas que circundam experiência humana (Kolcaba, 2003). A Teoria do Conforto de Kolcaba enfatiza a importância de criar um ambiente confortável para os pacientes, pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a satisfação do paciente e para uma recuperação mais eficaz. Ao incorporar fatores ambientais, como níveis de ruído, iluminação e limpeza, os profissionais de enfermagem podem contribuir para uma atmosfera mais agradável influenciando sua capacidade de se sentirem mais tranquilos, seguros e capazes de se concentrar em suas necessidades de cuidado, melhorando, em última análise, seu conforto e experiência durante o tratamento.

A partir dos estudos encontrados, a promoção do conforto ambiental é uma parte integrante da prática de enfermagem e as intervenções de cuidado podem garantir uma experiência de conforto holística para os pacientes.

Quadro 7. Síntese dos cuidados de conforto para o contexto ambiental. João Pessoa – PB, 2023.

<b>Categorias de cuidados de conforto</b>	<b>Revisão integrativa da literatura</b>
---	--

<b>Intervenções de conforto padrão:</b>  <i>Continuando</i>	Silêncio a noite para evitar ruídos desconfortáveis que impeçam o descanso e o sono adequado (Tutton, Seers, 2004; Fridh et al., 2015; Medina et al., 2020) e manutenção da temperatura corporal do idoso (Medina et al., 2020).
<b>Intervenções de treinamento</b>	Quartos de hospital agradáveis e atraentes (Fridh et al., 2015); limpeza e organização, conforto na cama, roupa de cama de casa, roupas limpas e livres de maus odores (Medina et al., 2020); elementos naturais e ou artificiais do ambiente, privacidade e individualidade do paciente (Oliveira et al., 2020).
<b>Intervenções de fontes de conforto para a alma</b>	Alívio do sofrimento em um ambiente calmo (Yousefi et al., 2009).

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

As intervenções de conforto para o contexto ambiental para as pessoas idosas hospitalizadas focam em criar um ambiente propício ao descanso e bem-estar. A manutenção do silêncio durante a noite para evitar ruídos perturbadores que prejudiquem o sono e o descanso adequado (Tutton, Seers, 2004; Fridh et al., 2015; Medina et al., 2020), além da regulação cuidadosa da temperatura corporal (Medina et al., 2020). A configuração dos quartos é projetada para ser agradável e atraente, com limpeza adequada, organização eficiente, conforto na cama e roupa de cama de qualidade sem maus odores (Medina et al., 2020). Elementos naturais ou artificiais são incorporados ao ambiente para promover uma sensação de calma e conforto, garantindo também a privacidade e a individualidade do paciente (Oliveira et al., 2020). Essas medidas visam aliviar o sofrimento dos idosos em um ambiente hospitalar mais acolhedor e tranquilo (Yousefi et al., 2009).

### **Conforto Sociocultural**

A Teoria do Conforto enfatiza que o conforto reconhece que o conforto não é derivado apenas de aspectos físicos, mas também está profundamente entrelaçado com elementos psicoespirituais, ambientais e socioculturais. Assim a teórica define o conforto sociocultural como um aspecto significativo que enfatiza a influência de fatores sociais e culturais na abrangência das relações interpessoais, familiares e sociais, que influenciam o conforto dos indivíduos (Kolcaba, 2003).

Ao integrar aspectos socioculturais às práticas de cuidado, considerando as normas sociais, as crenças culturais e o apoio da comunidade a fim de elevar o nível geral de conforto do paciente, os enfermeiros podem atender melhor às necessidades dos pacientes por meio da compreensão e respeito de suas origens culturais e contextos sociais o qual se inserem. Essa abordagem holística dos cuidados de conforto reconhece a importância dos fatores socioculturais na formação da experiência confortável de pessoas idosas hospitalizadas (Mendes et al., 2015).

Quadro 8. Síntese dos cuidados de conforto para o contexto sociocultural. João Pessoa – PB, 2023.

<b>Categorias de cuidados de conforto</b>	<b>Revisão integrativa da literatura</b>
<b>Intervenções de conforto padrão:</b>	Envolvimento de familiares, amigos e pessoas significativas (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009; Kimberly et al., 2019; Medina et al., 2020; Oliveira et al., 2020); interações interpessoais (Williams, Irurita, 2006); integrar o idoso à família como parceiro de cuidados, garantir visita da família (Ribeiro, Marques, 2017; Saavedra, Galvez, 2017), realizar chamadas com a família (Conner, Eller, 2004); desenvolver atividades, exercícios físicos, caminhada (Hou et al., 2014); atividades envolva trabalho corporal (Tutton, Seers, 2004).
<b>Intervenções de treinamento</b>	Garantir um contato inaugural, com interação e comunicação positiva e verbal direcionada, falar com paciente com linguagem acessível e compreensível sobre seu estado e tratamento (Tutton, Seers, 2004; Williams, Irurita, 2006; Ribeiro, Marques, 2017; Saavedra, Galvez, 2017); acolhimento (Barreto Cardoso et al., 2020), conhecer o paciente, fornecer apoio (Tutton, Seers, 2004); promover a adaptação hospitalar (Medina et al., 2020), permitir materiais de banho próprios e objetos próprios trazidos de casa, incentivo para voltar para casa, manter vínculo com o lar (Medina et al., 2020) e preferências

<p><i>Continuando</i></p>	<p>(Tutton, Seers, 2004), evitar exposição desnecessária no banho (Lucena et al., 2020); ouvir as preocupações (Conner, Eller, 2004; Fridh et al., 2015); ouvir queixas (Saavedra, Galvez, 2017); prestar informações e esclarecimentos práticos e assistenciais (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009; Fridh et al., 2015; Saavedra, Galvez, 2017; Oliveira et al., 2020; Ribeiro, Marques, 2017); promover compreensão dos processos ocorridos no hospital (Tutton, Seers, 2004); planejar e atuar com antecipação, saber momento de acionar o médico (Saavedra, Galvez, 2017); realizar palestras, entrevistas, orientação após alta (Hou et al., 2014), promover o autocuidado, o conhecimento do paciente sobre o próprio corpo, controle sobre seus cuidados (Tutton, Seers, 2004; Hou et al., 2014); garantir a autonomia (Oliveira et al., 2020), participação ativa nas decisões, ações e condução das terapias necessárias (Williams, Irurita, 2006); ofertar uma abordagem otimista da vida, promover felicidade e humor elevado (Williams, Irurita, 2006).</p>
<p><b>Intervenções de fontes de conforto para a alma</b></p>	<p>Respeito, fornecer cuidado gentil (Tutton, Seers, 2004; Conner, Eller, 2004; Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009), solidariedade, tranquilidade, encorajamento, paciência, compreensão (Conner, Eller, 2004); cortesia, sensibilidade (Fridh et al., 2015), enfrentamento, (Hou et al., 2014), gestos de carinho (Conner, Eller, 2004; Medina et al., 2020), musicoterapia, toque, sorriso, presença incondicional (Conner, Eller, 2004; Ribeiro, Marques, 2017), relação de empatia e cumplicidade (Ribeiro, Marques, 2017); humanidade, bondade (Tutton, Seers, 2004), empatia (Barreto Cardoso et al., 2020).</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

No contexto sociocultural as intervenções para o conforto visam promover um ambiente de cuidado integral e apoio emocional. Isso inclui o envolvimento ativo de

familiares, amigos e pessoas significativas no processo de cuidado (Yousefi et al., 2009; Kimberly et al., 2019; Medina et al., 2020; Oliveira et al., 2020), garantindo interações interpessoais positivas e integrando o idoso à dinâmica familiar através de visitas e comunicação frequente (Ribeiro, Marques, 2017; Saavedra, Galvez, 2017; Conner, Eller, 2004). Sugerem-se realizar atividades terapêuticas e exercícios físicos para promover bem-estar e manter a conexão com suas rotinas habituais (Hou et al., 2014; Tutton, Seers, 2004). É fundamental um acolhimento caloroso e sensível, com comunicação clara sobre o estado de saúde e tratamento (Tutton, Seers, 2004; Williams, Irurita, 2006; Ribeiro, Marques, 2017), além de permitir o uso de itens pessoais e materiais de banho próprios para manter um vínculo com o lar e preservar as preferências individuais (Medina et al., 2020; Lucena et al., 2020). As intervenções também incluem o respeito às preocupações e queixas dos pacientes, oferecendo informações claras e apoio prático durante todo o processo hospitalar (Fridh et al., 2015; Saavedra, Galvez, 2017; Oliveira et al., 2020). Gestos de carinho, música terapia e uma abordagem empática e solidária são essenciais para promover conforto emocional, respeito à dignidade e encorajamento para uma recuperação tranquila e positiva (Conner, Eller, 2004; Yousefi et al., 2009; Ribeiro, Marques, 2017).

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na prestação de cuidados culturalmente sensíveis que respeitem as diversas origens socioculturais dos indivíduos. Dessa forma, incorporar o conforto sociocultural na prática de enfermagem com base na teoria de Kolcaba pode levar a resultados de cuidado mais holísticos e efetivos.

### **Conforto Psicoespíritual**

A Teoria do Conforto de Kolcaba engloba o conforto psicoespíritual como um componente para atender às necessidades holísticas dos pacientes em ambientes de saúde. Segundo a teórica envolve a consciência interna de si mesmo, incluindo estima, conceito, sexualidade, significado da vida e relacionamento com uma ordem ou ser superior. Dessa forma, o conforto psicoespíritual é um conceito complexo dentro da teoria, com foco em abordar o bem-estar emocional, espíritual e psicológico dos pacientes para melhorar seu conforto geral e a excelência da assistência de enfermagem (Kolcaba, 2003).

Estudos voltados para intervenções guiadas pela Teoria do Conforto de Kolcaba, incluindo aspectos psicoespírituais, podem melhorar significativamente os níveis de conforto das pessoas idosas hospitalizadas e as experiências gerais de saúde.



Quadro 9. Síntese dos cuidados de conforto para o contexto psicoespiritual. João Pessoa – PB, 2023.

Categorias de cuidados de conforto	Revisão integrativa da literatura
<b>Intervenções de conforto padrão</b>	Estímulo e respeito a fé e busca por Deus (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009; Barreto Cardoso et al., 2020; Medina et al., 2020); respeito aos preceitos religiosos, crenças e às atividades religiosas (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); apoio à necessidade espiritual ou religiosa (Medina et al., 2020); conexão com Deus e conexão com os outros (Conner, Eller, 2004), conexão mente-corpo (Williams, Irurita, 2006); receber visita de pastor ou ministro (Conner, Eller, 2004); aconselhar espiritualmente (Hou et al., 2014); oferecer tratamento eficaz de saúde mental (Kimberly et al., 2019); avaliar estresse psicológico (Hou et al., 2014);
<b>Intervenções de treinamento</b>	diálogo (Barreto Cardoso et al., 2020; Medina et al., 2020), conversas religiosas (Medina et al., 2020); ensinamentos religiosos (Oliveira, Menezes, 2017); auxiliar na resolução entre o tratamento e as crenças espirituais (Freitas et al., 2014), fazer encaminhamentos (Conner, Eller, 2004); contatar um conselheiro espiritual (Freitas et al., 2014); compartilhar boas novas (Conner, Eller, 2004); alternativas que expliquem, acalmem e confortem a ideia de finitude (Oliveira, Menezes, 2017); proporcionar um ambiente adequado para cerimônias religiosas (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); promover a participação de atividades espirituais (Conner, Eller, 2004); facilitação da

*Continua*

*Continuando*

	prática de uma religião (Freitas et al., 2014). elaboração de atividades didáticas com material audiovisual, estimulação funções cognitivas (MINSAL: orientação, atenção, longo prazo memória, memória de curto prazo, função executiva e linguagem) (Jiménez et al., 2018).
<b>Intervenções de fontes de conforto para a alma</b>	Cuidado holístico (Tutton, Seers, 2004); oferecer oração (Conner, Eller, 2004; Williams, Irurita, 2006; Medina et al., 2020;) leitura da escritura, bíblia (Conner, Eller, 2004; Oliveira, Menezes, 2017); permitir música gospel ou espiritual (Conner, Eller, 2004), permitir santinhos, terços e crucifixos (Medina et al., 2020); prestar apoio psicológico (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Na dimensão psicoespiritual as atividades visam atender suas necessidades espirituais e emocionais. O estímulo e respeito à fé e busca por conexão espiritual (Yousefi et al., 2009; Barreto Cardoso et al., 2020; Medina et al., 2020), apoiando suas práticas religiosas e oferecendo espaço para atividades espirituais como orações, leituras da escritura e música gospel (Conner, Eller, 2004; Oliveira, Menezes, 2017; Medina et al., 2020). O cuidado holístico também envolve o diálogo aberto sobre questões espirituais e a conexão mente-corpo (Williams, Irurita, 2006), além do apoio psicológico para lidar com o estresse emocional e a avaliação do bem-estar psicológico (Hou et al., 2014; Kimberly et al., 2019). É importante proporcionar um ambiente propício para cerimônias religiosas e facilitar a participação em práticas espirituais significativas (Yousefi et al., 2009; Conner, Eller, 2004), garantindo que o tratamento médico respeite e considere suas crenças espirituais (Freitas et al., 2014). Essas medidas visam promover conforto emocional, fortalecer a conexão espiritual e apoiar o bem-estar integral dos pacientes idosos durante o período hospitalar.

A evolução do conceito de conforto psicoespiritual nas teorias de enfermagem, bem como nas taxonomias de enfermagem e a necessidade das pessoas idosas neste aspecto carecem de maior aprofundamento, visto que essa dimensão de conforto não consta na NANDA-I 2021-2023 especificamente, dificultando uma sistematização direcionada na

prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade e na melhoria dos resultados dos pacientes nesse sentido.

### **Interpretação da análise do IRAMUTEQ**

As principais intervenções, atividades e cuidados de enfermagem encontrados na Revisão Integrativa da Literatura foram analisadas pela ferramenta de análise lexical, o software *Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) para o tratamento do conteúdo fornecido pelos participantes, no sentido de realizar a inferência e interpretação dos resultados que apresentam teor mais significativo para o estudo.

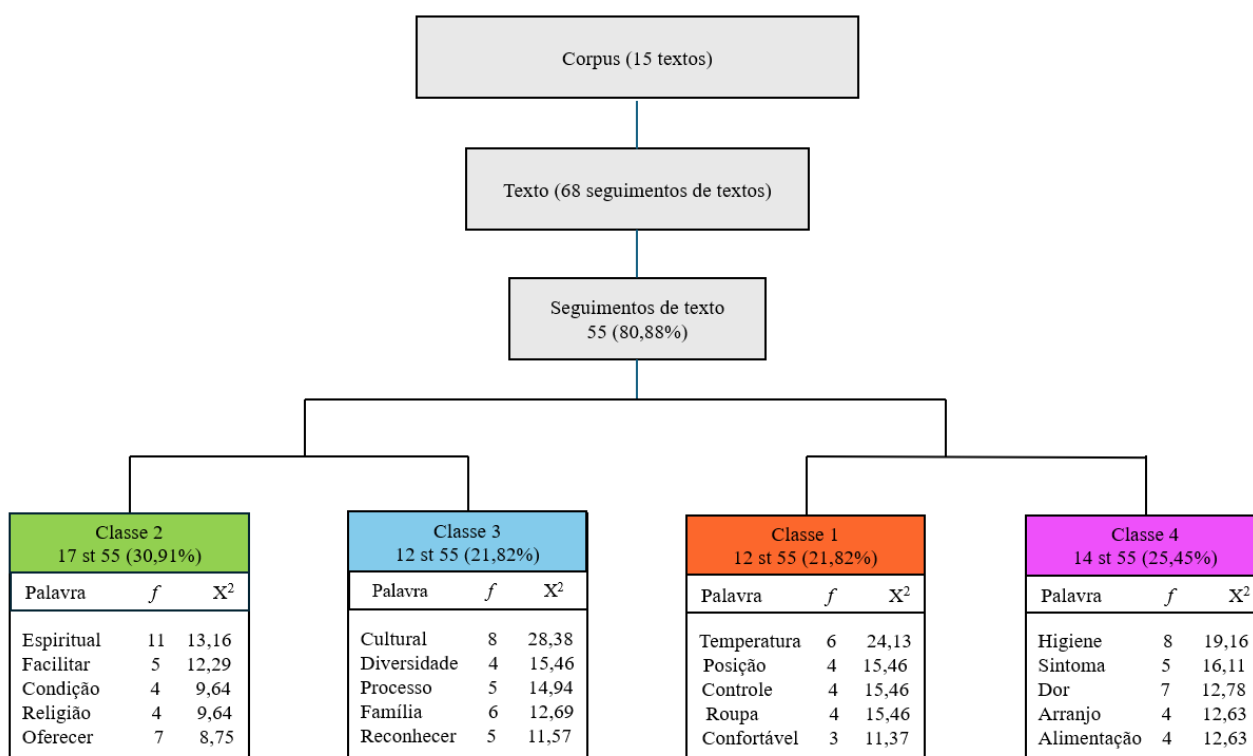
No primeiro momento o software realizou a análise estatística do “corpus textual”, previamente preparado e tratado para que pudesse ser submetido ao programa, e obtivesse êxito na leitura. O corpus foi construído por 15 textos que representa cada um dos artigos encontrados na RI e resultou em algumas análises, dentre as quais selecionamos três: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude e a Nuvem de Palavras.

Para preparação dos Corpus a CHD (Categoria Hierárquica Descendente) foi utilizada etapas detalhadas a seguir, inicialmente foi realizada a preparação do texto inicial (corpus textual); em seguida a CHD, realizada pelo software, e a interpretação das classes. Houve fragmentação do corpus pelo software em 68 segmentos de texto (ST), onde 55 ST foram aproveitados o que representou 80,88% desse total. Sendo cada ST, constituído das palavras encontradas em trechos do corpus textual.

O CHD evidenciou como as publicações analisadas possuem uma estrita conexão com a Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003), apresentando quatro classes, correspondendo aos domínios propostos pela teórica. A primeira divisão consistiu na Classe 2 que corresponde à 30,91% dos vocábulos presentes no corpus analisado, nela encontrou-se os termos relacionados ao contexto do conforto psicoespiritual e a Classe 3 com 21,82% correspondendo a termos do domínio sociocultural. Na segunda divisão encontramos as Classes 1 e 4 (com 21,82 % e 25,45 % respectivamente) nas duas classes que surgem a partir dessa divisão encontramos os termos relacionados ao contexto ambiental e físico.

Para haver melhor compreensão do que foi descrito acima sobre a organização do Corpus, elaborou-se um organograma a partir do *phylograma* fornecido pelo IRAMUTEQ que demonstra as classes e listas de palavras, apresentados na figura a seguir (Figura 1):

Figura 8. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das intervenções, atividades e cuidados de enfermagem para conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2023.



Fonte: Análise de dados pelo IRAMUTEQ, 2023. Elaborado pela autora (2023).

Nessa representação gráfica, que deve ser lida da esquerda para a direita, temos quatro partições ou interações e para cada uma delas foi computada e atribuída uma lista de palavras mais significativas.

Na Classe 1, palavras como “temperatura”, “posição”, “roupa”, “confortável”, “cama”, “banho”, “limpo”, “corporal” e “adequado” sugerem uma interação entre a ambiência e o conforto das pessoas idosas. Termos como “controlar” e “fornecer” indicam a necessidade da enfermagem gerenciar cuidadosamente tais aspectos de modo atento e cuidadoso. Palavras como “ambiente”, “verbal”, “uso”, “comunicação”, “familiar”, “respeito”, “preferência” e “acolhedor” sugerem uma relação próxima entre o conforto ambiental e as questões físicas e socioculturais, sendo importante não apenas considerar os

aspectos externos, mas relações que permitem que esse ambiente seja acolhedor, respeitoso e compreensível.

Correspondente à Classe 2, os termos “espiritual”, “religião”, “crença”, “religioso” e “oração” destacam o significado que as pessoas idosas atribuem nesse processo de transição às necessidades espirituais e religiosas. Integrar práticas religiosas, respeitar as crenças individuais e facilitar momentos de oração são intervenções significativas que podem melhorar a experiência hospitalar desses idosos. As palavras “facilitar”, “oferecer”, “auxiliar”, “suporte”, “apoio”, “valor” e “lidar” evidenciam a importância da enfermagem não executar, mas ser um elo de apoio emocional e espiritual por meio de intervenções que tornem mais fácil o acesso à esses interesses.

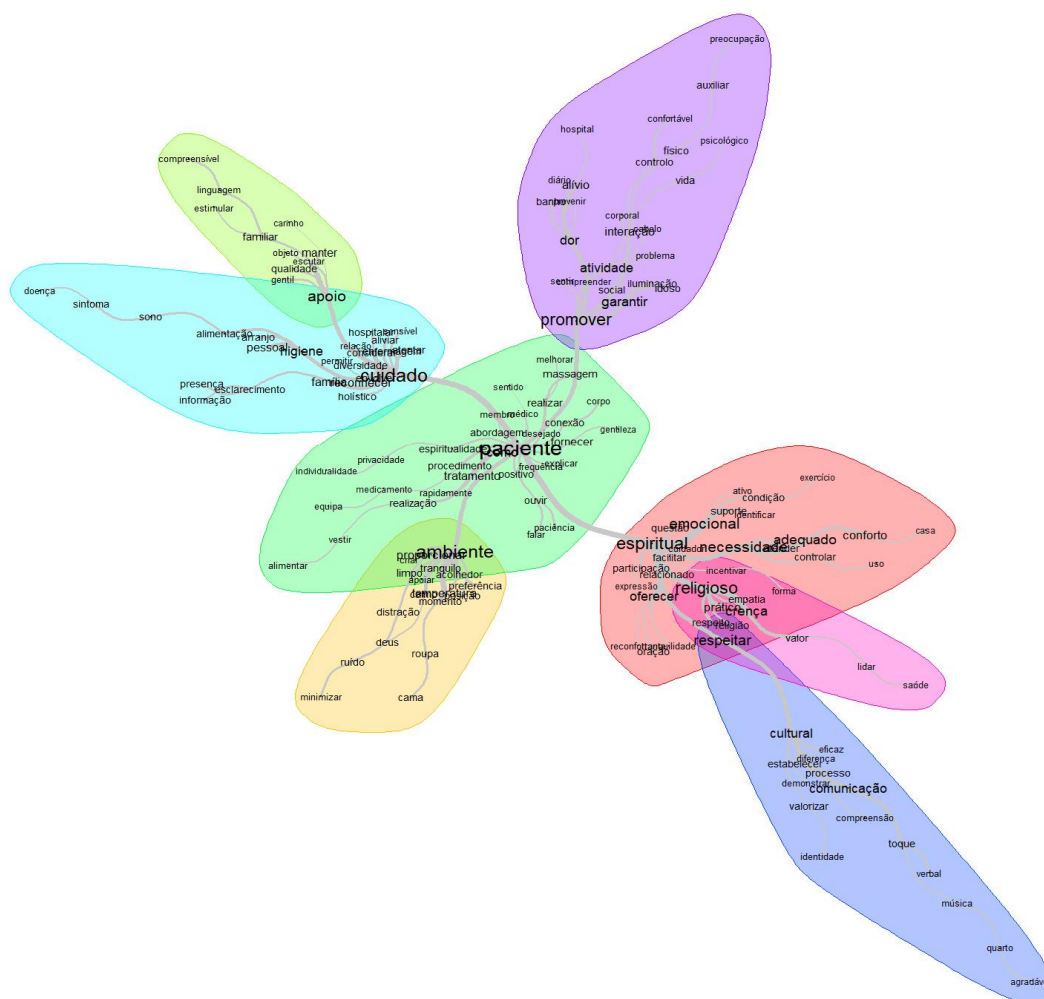
No tocante a Classe 3, as palavras “cultural”, “diversidade”, “reconhecer”, “valorizar”, “considerar” e “respeito” trazem atributos de um cuidado sensível à diversidade cultural que envolve reconhecer e respeitar as diferentes tradições, crenças e práticas que as pessoas idosas trazem consigo, permitindo uma participação ativa dos idosos nas escolhas e decisões sobre seus cuidados. As menções de “família”, “envolver”, “social”, “interação”, “comunicação”, “conexão” e “presença” enfatiza a importância do envolvimento, da presença da família e das interações sociais no processo de cuidado. A promoção da comunicação assertiva entre o paciente, a família e a equipe de saúde fortalecem as conexões sociais e proporciona um apoio cultural significativo.

Por último e não menos importante, a Classe 4 traz termos como “higiene”, “cabelo” e “arranjo pessoal” corroborando para que os cuidados voltados para higiene pessoal e dos cuidados com a aparência contribuem para o conforto físico. Os termos “sintoma”, “dor” e “alívio” reportam a importância que a enfermagem possui em desenvolver formas de proporcionar o alívio de dor e sintomas específicos. As palavras “alimentação” e “sono” são aspectos que precisam ser considerados pelas particularidades próprias, uma nutrição balanceada e um ambiente que favoreça o descanso e o sono reparador não devem ser desconsiderados. Além disso “massagem”, “prevenir” e “melhorar” remetem à cuidados alternativos, terapêuticos e estratégias preventivas.

Após essa análise, temos a representação denominada de Análise de Similitude, nela temos a imagem dos termos mais representativos e encontram-se interligados. De acordo com a representação gráfica percebeu-se uma conexão mais forte ou em outros termos uma

vinculação mais evidente entre os termos ‘paciente’, ‘cuidado’, ‘espiritual’, ‘promover’ e ‘ambiente’. Deixando nas regiões mais periféricas da imagem aqueles termos que menos se aproximam, como vemos a seguir (Figura 2):

Figura 9. Análise de Similitude das intervenções, atividades e cuidados de enfermagem para conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2023.



Fonte: Análise de dados pelo IRAMUTEQ, 2023.

Partimos para a última representação gráfica do *software* realizada no corpus que é a Nuvem de Palavras, pode-se inferir dado aos termos, uma forte relação especialmente entre ‘paciente’ e ‘espiritual’ (Figura 3).



## CAPÍTULO II

### Estruturação do fenômeno Conforto na NANDA-I e NIC

De acordo com os DE da NANDA-I propostos no Domínio 12, optou-se por delimitar o estudo quanto a utilização do DE: “Conforto Prejudicado”, visto que este perpassa as 3 Classes: física, ambiental e social, generalizando o cuidado nessa perspectiva.

Considerando que as informações referentes à busca sistemática são subsídios valiosos para a construção do protocolo, assim como, para consubstanciar e operacionalizar as intervenções de enfermagem padronizadas por sistema de linguagem, mediante atividades específicas, foi incluída a busca de evidências das intervenções e atividades de enfermagem respaldadas pela versão mais recente da NIC, 7ª edição publicada em 2020 (Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner, 2020).



A NIC é um Sistema de Linguagem Padronizada que sistematiza as intervenções de enfermagem em categorias baseadas em sua natureza, objetivo, e método de execução. A NIC apresenta as ligações com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, considerada como fundamental para a prática profissional de enfermagem, pois tem a finalidade de possibilitar uma tomada de decisão mais eficiente, facilitando a delimitação do enfermeiro para elaborar um plano de cuidados com intervenções a serem implementadas para um diagnóstico, cabendo aos profissionais o julgamento clínico referente a utilização individualizada (Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner, 2020).

As intervenções são oferecidas em dois níveis: as prioritárias denominadas as mais prováveis ou óbvias de serem utilizadas por terem ligação com a etiologia e/ou com as

características definidoras do diagnóstico; as sugeridas que são propensas a abordar o diagnóstico, mas não com tanta frequência, podendo somente ser aplicadas a etiologias ou características específicas; e as opcionais que se referem aplicação mais restrita e permite uma personalização do plano de ação (Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner, 2020).

A importância da NIC na elaboração do protocolo de intervenções reside em sua capacidade de fornecer um quadro estruturado para a identificação e aplicação de intervenções e atividades de enfermagem, com vistas a garantir que sejam baseadas em evidências e que sejam aplicadas de forma consistente e eficaz (Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner, 2020).

Cada intervenção tem uma linguagem padronizada com nome de designação e uma definição, em seguida possui uma lista de atividades que o enfermeiro poderia realizar para executá-la em uma ordem lógica contendo também uma pequena lista de leitura complementar. Vale salientar que as atividades podem ser escolhidas ou modificadas conforme a necessidade para atender as necessidades específicas de uma população ou de um indivíduo (Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner, 2020).

Logo, as atividades de enfermagem propostas pela NIC correspondem a um nível concreto de ação, os quais referem-se aos comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e auxiliar os pacientes a avançar rumo a um resultado almejado (Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner, 2020).

As Intervenções de Enfermagem elencadas pela NIC para o Diagnóstico de Enfermagem Conforto Prejudicado estão descritas no quadro a seguir (Quadro 4):

Quadro 4. Intervenções de Enfermagem elencadas pela NIC para o Diagnóstico de Enfermagem Conforto Prejudicado.

DE: CONFORTO PREJUDICADO (00214): Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.	
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	ATIVIDADES
1. Administração de Medicamentos (2300)	23
2. Apoio Espiritual (5420)	30

3. Assistência na Automodificação (4470)	41
4. Aumento da Segurança (5380)	22
5. Controle da Demência (6460)	45
6. Controle da Demência: Banho (6462)	35
7. Controle da Dor (1400)	43
8. Controle do Ambiente: Conforto (6482)	19
9. Intervenção Cultural (7330) <i>Continuando</i>	18
10. Melhora da Autoeficácia (5395)	16
11. Melhora do Sistema de Apoio (5440)	15
12. Posicionamento (0840)	36
13. Redução da Ansiedade (5820)	25
14. Técnica para acalmar (5880)	17
15. Terapia de Relaxamento (6040)	23
<b>INTERVENÇÕES OPCIONAIS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
16. Conduta da Radioterapia (6600)	46
17. Controle da Quimioterapia (2240)	42
18. Controle de Medicamentos (2380)	36
19. Controle de Prurido (3550)	17
20. Grupo de Apoio (3550)	28
21. Melhora do Sono (1850):	27

Fonte: NIC 6ª edição, 2023.

### Validação do conteúdo por especialistas

Com vistas à validação das intervenções para cada domínio do conforto e mediante à generalização da NANDA-I e NIC quanto ao DE “Conforto Prejudicado” um instrumento

foi elaborado no *Google Forms* para análise de especialistas quanto às intervenções de enfermagem propostas na NIC a fim de identificar e relacionar a cada contexto de conforto conforme evidenciado pela Teoria do conforto e categorização por Bardin.

Assim sendo, foram selecionados enfermeiros especialistas com vistas a analisar e aprimorar os achados teóricos da 1ª etapa do estudo acerca das intervenções de enfermagem para o fenômeno conforto, bem como para o DE “Conforto Prejudicado” em pessoas idosas hospitalizadas com o intuito e verificar a viabilidade do seu uso para a finalidade proposta.

Os avaliadores ou especialistas foram captados de maneira proposital, a partir da listagem dos enfermeiros atuantes na prática do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/CCS/UFPB) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, assim como por meio de consulta ao Currículo Lattes, considerando isso, foram elegíveis aqueles profissionais de enfermagem que tinham Doutorado na área da enfermagem ou defendido tese na área de área de Saúde do Idoso, em atuação direta com ensino, pesquisa, assim como atuação prática com mais de dez anos de experiência nessa área de conhecimento.

O instrumento de caracterização dos enfermeiros especialistas considerou iniciais do nome, sexo, idade, tempo de experiência, titulação máxima, desempenho de atividades, atuação profissional e área de atuação relacionada à pessoa idosa. Os itens relacionados a experiência acadêmica foram classificados por critérios estabelecidos, de acordo com o grau de conhecimento foram estabelecidos por Benner, Tanner e Chesla (2009) cinco níveis de expertise, os quais estabelecem principiante (*novice*), iniciante avançado (*advanced beginner*), competente (*competence*), proficiente (*proficiente*) e expert, descritos a seguir. Segundo as autoras, a experiência prática e acadêmica ou teórica são critérios fundamentais para um nível de expertise satisfatório, inclusive o equilíbrio entre eles é considerado importante para que não haja perdas no processo de inferências (Benner, Tanner, Chesla, 2009).

Os primeiros níveis, mais relativos ao conhecimento teórico, são assim definidos: a) especialista classificado no nível principiante possui conhecimento básico e pode gerar conclusões sem que tenha conhecimento sobre o domínio que está sendo analisado, mas possivelmente tem conhecimento em outro domínio que pode auxiliá-lo no processo de julgamento, suas inferências intuitivas baseadas em habilidades próprias do senso comum,

regras e protocolos; b) o avaliador de nível iniciante avançado tem maior habilidade em reconhecer os elementos quando comparado ao nível de expertise menor, sua intuição, as habilidades recentes e experiências situacionais de determinado domínio, favorecem o reconhecimento dos conceitos e a rápida tomada de decisão; c) já no nível competente por possuir conhecimento prático apresenta, além de responsabilidade por suas interpretações e decisões, conhecimento prévio, concepções mentais e raciocínio crítico para o julgamento; d) aqueles classificados no nível proficiente possui experiências reais, intuição e raciocínio crítico; e) Já o especialista juiz com nível de conhecimento expert ou tem intuição e habilidade mais refinadas por a questionar e refletir a respeito do julgamento (Benner, Tanner, Chesla, 2009).

Após preenchimento dos critérios de inclusão, os especialistas foram convidados para participar do estudo por meio de contato formal via carta convite enviada por correio eletrônico e/ou contato telefônico, explicando-se o objetivo da pesquisa e a importância da participação, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE) com descrição das garantias da pesquisadora relativa aos preceitos éticos envolvidos e o instrumento de caracterização dos enfermeiros especialistas. Com a aceitação em participar da pesquisa expressa pelos mesmos, enviou-lhes o instrumento via Google Forms com as devidas instruções sobre a análise do conteúdo. Para isso, foi dado o prazo de 15 dias para que os avaliadores devolvessem o resultado da avaliação, juntamente com o TCLE assinado.

Para análise dos dados foi utilizado o método quantitativo com técnicas de estatística descritiva. As informações foram armazenadas e compiladas em um banco de dados em planilha eletrônica do programa *Microsoft Office Excel 2010*, com dupla digitação no sentido de eliminar erros e garantir a confiabilidade e organizados por meio de codificação das variáveis.

Após a construção do banco de dados, procedeu-se a análise do conteúdo com aplicação do Índice de Concordância (IC) para verificação do nível de concordância entre os especialistas. O IC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (Alexandre, Coluci, 2011).

Para validação foi utilizado o Índice de Concordância dos Itens e Índice de Concordância do Conteúdo Geral. O IC das intervenções foi obtido somando o IC de cada

atividade e calculando-se a média dos resultados dos escores atribuídos às respostas quanto à viabilidade do uso de cada intervenção, atividade ou cuidado, divididas pelo número total de respostas existentes. Foi atribuído uma pontuação para cada opção de resposta da escala intervalar tipo Likert: viável = 1 ponto, viável em partes = 0,5 pontos e inviável = 0 (Oliveira, 2016; Fehring, 1987). A confiabilidade foi determinada a partir da ligação NANDA-I e NIC para as intervenções prioritárias, sugeridas e opcionais para cada classe do conforto. Foram consideradas prioritárias aquelas com média aritmética das intervenções maior ou igual a 0,80; sugeridas aquelas que alcançaram média entre 0,79 e 0,50; e as que apresentaram médias abaixo de 0,49 foram indicadas para uma nova análise em estudos futuros. Os dados foram analisados segundo os fundamentos teóricos do conforto e literatura pertinente ao tema e apresentados por meio de quadros e tabelas para subsidiarem a estruturação do protocolo, próxima etapa da pesquisa.

### **Intervenções de Enfermagem da NIC para o DE da NANDA-I “Conforto Prejudicado”**

O DE da NANDA-I “Conforto Prejudicado” (00214) é definido como a “percebida a falta de facilidade, alívio e transcendência física, psicoespiritual, dimensões ambientais, culturais e/ou sociais.” (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021, p.549). Alocado no domínio 12 (Conforto) é amplamente utilizado na prática clínica da enfermagem, porém na taxonomia o DE é generalizado e contempla apenas 3 classes disponíveis: físico, ambiental e social.

A NIC 6ª edição, elenca 21 intervenções para o referido DE detalhados com suas respectivas definições, as quais são: Intervenções Sugeridas: Administração de Medicamentos (2300); Apoio Espiritual (5420); Assistência na Automodificação (4470); Aumento da Segurança (5380); Controle da Demência (6460); Controle da Demência: Banho (6462); Controle da Dor (1400); Controle do Ambiente: Conforto (6482); Intermediação Cultural (7330); Melhora da Autoeficácia (5395); Melhora do Sistema de Apoio (5440); Posicionamento (0840); Redução da Ansiedade (5820); Técnica para acalmar (5880); e Terapia de Relaxamento (6040). E como Intervenções Opcionais: Conduta da Radioterapia (6600); Controle da Quimioterapia (2240); Controle de Medicamentos (2380); Controle de Prurido (3550); Grupo de Apoio (3550); e Melhora do Sono (1850).

Dessa forma, percebe-se que as intervenções não necessariamente abrangem todas as classes, tornando a utilização do DE e das intervenções da NIC aleatória, desconsiderando-se as premissas da Teoria de Enfermagem que aborda o fenômeno em sua completude. Logo, suscitou-se a relevância da validação por especialistas.

A caracterização das especialistas foi composta por três enfermeiras, com idade entre 39 a 44 anos, possuindo de dezesseis a dezoito anos de experiência profissional, duas possuíam titulação máxima de Pós-Doutorado e uma possuía Doutorado. Todas exercem atividades direcionadas para assistência à pessoa idosa no ensino, pesquisa e prática no âmbito hospitalar, assim como desenvolveram a tese na área da Saúde da Pessoa Idosa, sendo uma no contexto hospitalar, duas com temática relacionada ao Processo de Enfermagem, Classificação de Enfermagem (NANDA-I/NIC/NOC/CIPE) e também no desenvolvimento de tecnologias e inovação.

Após validação das intervenções da NIC pelas especialistas, obtiveram-se as seguintes para cada classe de conforto, detalhadas na tabela que se segue (Tabela 1):

Tabela 1. Intervenções sugeridas e respectivas definições apresentadas na NIC para o DE da NANDA-I “Conforto Prejudicado” validadas por especialistas. João Pessoa, 2023.

Domínio 12: Conforto		Índice de Concordância (IC)		
INTERVENÇÕES SUGERIDAS DA NIC				
Intervenção de enfermagem - NIC	Definição	Classe 1: Físico	Classe 2: Ambiental	Classe 3: Social
1. Administração de Medicamentos (2300):	Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não prescritos.	1,00	0,67	0,33
2. Apoio Espiritual (5420):	Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior.	0,67	0,83	0,83
3. Assistência na Automodificação (4470):	Reforço de uma mudança autodirigida, iniciada pelo paciente, em busca de metas de importância pessoal.	0,67	0,83	0,67
4. Aumento da Segurança (5380):	Intensificação de uma sensação de segurança	0,67	0,67	0,33

*Continuando*

	física e psicológica pelo paciente.			
5. Controle da Demência (6460):	Provisão de um ambiente modificado para paciente em estado de confusão crônica.	1,00	1,00	0,33
6. Controle da Demência: Banho (6462):	Redução de comportamento agressivo durante a higiene do corpo.	0,83	1,00	0,33
7. Controle da Dor (1400):	Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.	1,00	0,67	0,67
8. Controle do Ambiente: Conforto (6482):	Manipulação do ambiente ao redor do paciente para promover o máximo de conforto.	1,00	1,00	0,67
9. Intermediação Cultural (7330):	Uso deliberado de estratégias com competência cultural para aproximar ou intermediar a cultura do paciente e o sistema de biomédico de cuidados de saúde	0,50	0,50	1,00
10. Melhora da Autoeficácia (5395):	Fortalecimento da confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um comportamento de saúde	1,00	0,83	1,00
11. Melhora do Sistema de Apoio (5440):	Facilitação de suporte ao paciente pela família, amigos e comunidade	1,00	1,00	1,00

*Continuando*

12. Posicionamento (0840):	Posicionamento deliberado do paciente, ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.	0,83	1,00	0,50
13. Redução da Ansiedade (5820):	Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.	1,00	0,67	0,67 <i>Continua</i>
14. Técnica para acalmar (5880):	Redução da ansiedade em paciente com sofrimento agudo.	1,00	0,67	0,83
15. Terapia de Relaxamento (6040):	Uso de técnicas de encorajamento e provocação de relaxamento para reduzir sinais e sintomas indesejados, como dor, tensão muscular ou ansiedade.	1,00	0,67	0,83

#### **INTERVENÇÕES OPCIONAIS DA NIC**

1. Conduta da Radioterapia (6600):	Assistência ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos	1,00	0,67	1,00
2. Controle da Quimioterapia (2240):	Assistência ao paciente e aos familiares para que compreendam a ação e a	1,00	0,67	1,00

*Continua*

Continuando

	minimização dos efeitos colaterais dos agentes antineoplásicos.			
3. Controle de Medicamentos (2380):	Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos.	1,00	1,00	1,00
4. Controle de Prurido (3550):	Prevenção e tratamento de prurido.	0,83	0,67	0,67
5. Grupo de Apoio (3550):	Uso de um ambiente de grupo para o oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativas à saúde.	0,67	1,00	<i>Continua</i> 1,00
6. Melhora do Sono (1850):	Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.	1,00	1,00	1,00

**Legenda:**

IC = > 0,80 – Intervenções Prioritárias

IC = > 0,50 a 0,79 – Intervenções Sugeridas

IC = < 0,49 – Intervenções Opcionais (não incluídas)

Como demonstrado na Tabela acima, todas as intervenções de enfermagem foram validadas pelos especialistas em pelo menos uma Classe de Conforto da NANDA-I 2021-2023, evidenciando uma elevada concordância de 93,6%.

Para a Classe 1 – Conforto Físico, das 21 intervenções, 76,2% (n=16) foram consideradas prioritárias: Administração de Medicamentos (2300); Controle da Demência (6460); Controle da Demência: Banho (6462); Controle da Dor (1400); Controle do Ambiente: Conforto (6482); Melhora da Autoeficácia (5395); Melhora do Sistema de Apoio (5440); Posicionamento (0840); Redução da Ansiedade (5820); Técnica para acalmar (5880); e Terapia de Relaxamento (6040); Conduta da Radioterapia (6600); Controle da

Quimioterapia (2240); Controle de Medicamentos (2380); Controle de Prurido (3550); e Melhora do Sono (1850). Já as sugeridas corresponderam a 23,8% (n=5): Apoio Espiritual (5420); Assistência na Automodificação (4470); Aumento da Segurança (5380); Intermediação Cultural (7330); e Grupo de Apoio (3550). Nenhuma opcional.

Para a Classe 2 – Conforto Ambiental, as intervenções prioritárias totalizaram 52,4% (n=11): Apoio Espiritual (5420); Assistência na Automodificação (4470); Controle da Demência (6460); Controle da Demência: Banho (6462); Controle da Dor (1400); Controle do Ambiente: Conforto (6482); Melhora da Autoeficácia (5395); Melhora do Sistema de Apoio (5440); Posicionamento (0840); Conduta da Radioterapia (6600); Controle da Quimioterapia (2240); Controle de Medicamentos (2380); Controle de Prurido (3550); e Melhora do Sono (1850). Sendo 47,6% (n=10) sugeridas: Administração de Medicamentos (2300); Aumento da Segurança (5380); Intermediação Cultural (7330); Grupo de Apoio (3550); Redução da Ansiedade (5820); Técnica para acalmar (5880); e Terapia de Relaxamento (6040). Nenhuma opcional.

Para a Classe 3 – Conforto Sociocultural, 52,4% (n=11) foram classificadas como intervenções prioritárias: Apoio Espiritual (5420); Intermediação Cultural (7330); Melhora da Autoeficácia (5395); Melhora do Sistema de Apoio (5440); Técnica para acalmar (5880); Terapia de Relaxamento (6040); Conduta da Radioterapia (6600); Controle da Quimioterapia (2240); Controle de Medicamentos (2380); Grupo de Apoio (3550); e Melhora do Sono (1850). As Intervenções Sugeridas corresponderam a 28,6% (n=6): Assistência na Automodificação (4470); Controle da Dor (1400); Controle do Ambiente: Conforto (6482); Posicionamento (0840); Redução da Ansiedade (5820); e Controle de Prurido (3550). Foram opcionais para a classe 19,0% (n=4): Administração de Medicamentos (2300); Aumento da Segurança (5380); Controle da Demência (6460); e Controle da Demência: Banho (6462).

Tabela 2. Validação das intervenções de enfermagem por especialistas. João Pessoa, 2024

<b>Intervenções</b>	<b>Classe</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Prioritárias</b>	1 - Físico	16	76,2
	2 - Ambiental	11	52,4
	3 - Social	11	52,4

<b>Sugeridas</b>	1 - Físico	5	23,8
	2 - Ambiental	10	47,6
	3 - Social	6	28,6
<b>Opcionais</b>	1 - Físico	0	0
	2 - Ambiental	0	0
	3 - Social	4	19,0

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Ante as informações apresentadas, suscita a necessidade de abordar o contexto do conforto psicoespiritual designado pela Teoria de Kolcaba e evidenciado nos achados da Revisão Integrativa da Literatura e análise lexical do IRAMUTEQ não contemplado nessa etapa do estudo por ausência da mesma no Classificação da NANDA-I 2021-2023.

## CAPÍTULO III

### Mapeamento Cruzado (Cross-mapping)

O Mapeamento Cruzado se trata de um processo de comparação entre dados aparentemente semelhantes para explicar ou expressar algo, identificado por meio de uma análise com dados dispostos paralelamente na busca de similaridade entre os achados e validação do objeto de estudo em diferentes contextos. Esta ferramenta literalmente permite comparar os dados não padronizados da literatura ou ações da prática cotidiana com a Sistema de Linguagem Padronizada das Classificação de Enfermagem, a fim de globalizar a linguagem (Moorhead, Delaney 1997; Lucena, Barros, 2005).

A estratégia pode ser utilizado na análise de dados, contidos no processo de enfermagem, nos diferentes campos do cuidado, através da comparação entre as informações existentes nas evidências científicas em distintos locais e as classificações de referência para a prática de enfermagem, as quais utilizam terminologia uniforme, capaz de gerar maior conhecimento e colaborar para o desenvolvimento da prática de enfermagem (Delaney, Moorhead, 1997; Lucena, Barros, 2005)

As regras para a realização do mapeamento cruzado podem ser determinadas conforme este for sendo delineado, com base em características tanto da estrutura dos dados no sistema de informação utilizado, quanto nas características da classificação utilizada (Lucena, Barros, 2005).

Em estudos realizados nos Estados Unidos, em 1997, para descrever o mapeamento de ordens/prescrições/intervenções de enfermagem de dois sistemas de informações de enfermagem computadorizados distintos, que não utilizavam linguagem padronizada, com a NIC, foram utilizadas regras (Delaney, Moorhead, 1997):

1. Mapear usando o contexto do diagnóstico de enfermagem;
2. Mapear o "significado" das palavras, não apenas as palavras;
3. Usar a "palavra-chave" na intervenção, para mapear para a intervenção NIC;
4. Usar os verbos como as "palavras-chave" na intervenção;
5. Mapear a intervenção partindo do rótulo da intervenção NIC para a atividade;

6. Manter a consistência entre a intervenção sendo mapeada e a definição da intervenção NIC;
7. Usar o rótulo da intervenção NIC mais específico;
8. Mapear o verbo "investigar" para as atividades "monitorar" da NIC;
9. Mapear o verbo "traçar gráfico" para a atividade "documentação";
10. Mapear o verbo "ensinar" para intervenção/atividade ensino quando o enfoque principal for sobre o ensino;
11. Mapear o verbo "ensinar" para o rótulo da intervenção NIC específica quando o ensino for menos intenso ou relacionado com outra atividade na ordem/intervenção geral;
12. Mapear o verbo "ordenar" para a intervenção "manejo do suprimento";
13. Mapear as intervenções que têm dois ou mais verbos para as duas ou mais intervenções NIC correspondentes.

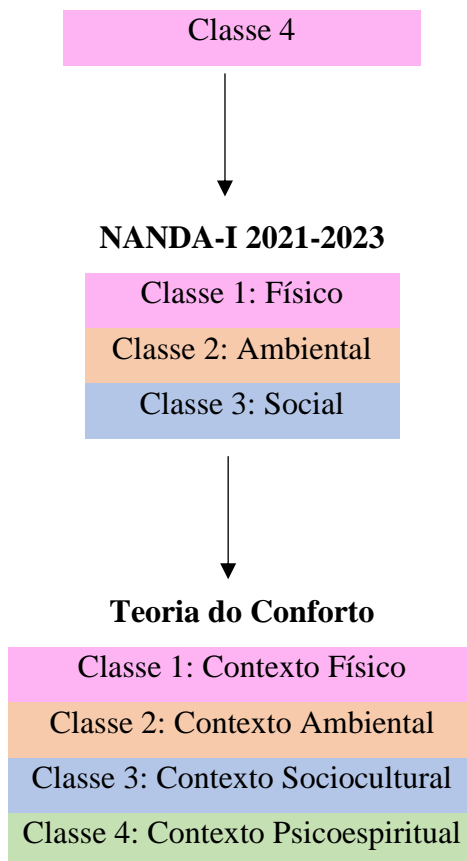
Selecionou-se este método para comparação das intervenções, atividades e cuidados para a promoção de conforto de pessoas idosas hospitalizadas. Para realização desta etapa da pesquisa o conteúdo foi organizado em um quadro por similaridade com as informações encontrados na literatura pela Prática de Enfermagem Baseada em Evidências, com os achados das classes e contextos de conforto à luz da Teoria de Kolcaba correlacionada com as intervenções validadas pelos especialistas e atividades de enfermagem propostas pela NIC para o DE “Conforto Prejudicado”.

## Resultados

O *software IRAMUTEQ* elencou categorias temáticas em classes sistematizadas com as principais palavras que contemplaram as temáticas da Teoria do Conforto. De acordo com o mapeamento cruzado, optou-se por padronizar os subsequentes resultados e as etapas subsequentes com os conceitos da Teoria, não obstante considerando também as classes detalhadas na NANDA-I 2021-2023, sendo estes:

### Classes do IRAMUTEQ

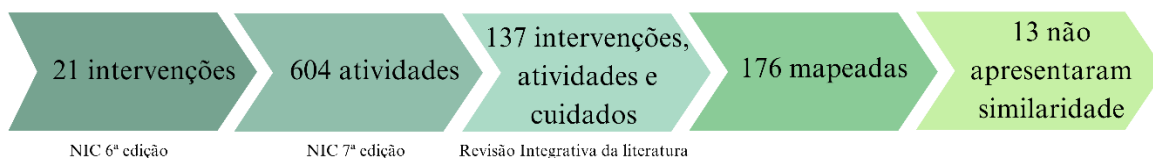
Classe 1
Classe 2
Classe 3



Para o mapeamento cruzado, foram associadas as intervenções de enfermagem específicas da NIC com suas respectivas atividades para o DE “Conforto Prejudicado” da NANDA-I 2021-2023 com as intervenções, atividades e cuidados de enfermagem elencadas na Revisão Integrativa da Literatura. Após este processo, foi construída uma lista de atividades, privilegiando a linguagem padronizada pela NIC.

As atividades foram avaliadas pelos especialistas no que se refere à compreensão, à organização, à objetividade e à pertinência dos itens para o DE “Conforto Prejudicado”. As intervenções foram mapeadas partindo do rótulo da intervenção NIC para a atividade, considerando consistência entre a intervenção sendo mapeada e a definição da intervenção NIC. As palavras-chaves, os significados verbos foram mapeadas. Nos casos em que a atividade descrita na NIC era limitada ou não clara, optou-se em usar a descrição conforme encontrado na revisão de literatura, a fim de ampliar sua aplicabilidade e entendimentos.

Obteve-se um total de 604 atividades de enfermagem propostas na NIC 7ª edição, das quais 176 foram mapeadas com 137 intervenções, atividades e cuidados evidenciado na literatura, 13 não apresentaram similaridade.



Destas foram mapeadas 26,1% (n=06) do total das atividades para Administração de Medicamentos (2300); 66,7% (n=20) para Apoio Espiritual (5420); 7,3% (n=03) para Assistência na Automodificação (4470); 31,9% (n=07) para Aumento da Segurança (5380); 31,1% (n=14) para Controle da Demência (6460); 42,3 (n=15) para Controle da Demência: Banho (6462); 53,5% (n=23) para Controle da Dor (1400); 73,7% (n=14) para Controle do Ambiente: Conforto (6482); 33,3% (n=06) para Intermediação Cultural (7330); 18,8% (n=03) para Melhora da Autoeficácia (5395); 33,3% (n=05) para Melhora do Sistema de Apoio (5440); 11 para Posicionamento (0840); 10 para Redução da Ansiedade (5820); 30,6 (n=07) para Técnica para acalmar (5880); 21,7% (n=05) para Terapia de Relaxamento (6040); 13,0% (n=06) para Conduta da Radioterapia (6600); 06 para Controle da Quimioterapia (2240); 04 para Controle de Medicamentos (2380); 14,3% (n=03) para Controle de Prurido (3550); 7,1% (n=02) para Grupo de Apoio (3550); e 22,2% (n=06) para Melhora do Sono (1850), conforme tabela abaixo (Tabela 3):



Tabela 3. Mapeamento Cruzados das atividades das Intervenções de Enfermagem da NIC mapeadas com as atividades evidenciadas pela RIL. João pessoa – PB, 2024.

Intervenções de Enfermagem - NIC	Atividades Mapeadas	
	n	%
1. Administração de Medicamentos (2300)	06	26,1
2. Apoio Espiritual (5420)	20	66,7
3. Assistência na Automodificação (4470)	03	7,3
4. Aumento da Segurança (5380)	07	31,9
5. Controle da Demência (6460)	14	31,1
6. Controle da Demência: Banho (6462)	15	42,3
7. Controle da Dor (1400)	23	53,5
8. Controle do Ambiente: Conforto (6482)	14	73,7
9. Intermediação Cultural (7330)	06	33,3
10. Melhora da Autoeficácia (5395)	03	18,8
11. Melhora do Sistema de Apoio (5440)	05	33,3
12. Posicionamento (0840)	11	30,6
13. Redução da Ansiedade (5820)	10	40,0
14. Técnica para acalmar (5880)	07	41,2
15. Terapia de Relaxamento (6040)	05	21,7
16. Conduta da Radioterapia (6600)	06	13,0
17. Controle da Quimioterapia (2240)	06	14,3
18. Controle de Medicamentos (2380)	04	11,1
19. Controle de Prurido (3550)	03	20,0
20. Grupo de Apoio (3550)	02	7,1
21. Melhora do Sono (1850)	06	22,2

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Para contemplar a Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003), elaborou-se um quadro com os contextos do conforto (Físico, Ambiental, Sociocultural e Psicoespiritual) e foram atribuídas a tais domínios, as palavras com maior ligação obtidas na análise lexical.

Considerando os contextos de conforto classificados em classes, sendo estes Classe 1: Contexto Físico; Classe 2: Contexto Ambiental; Classe 3: Contexto Sociocultural e Classe 4: Contexto Psicoespiritual.

No tocante as intervenções Controle da Demência (6460), Controle da Demência: Banho (6462), Controle da Dor (1400), Controle da Quimioterapia (2240) e Melhora do Sono (1850) estiveram atribuídas à todas as Classes. Para as intervenções Grupo de Apoio (3550), Intermediação Cultural (7330) e Melhora do Sistema de Apoio (5440) as atividades mapeadas foram classificadas exclusivamente na Classe 3. Assim como Controle de Prurido (3550) foi mapeada apenas na Classe 1.

Predominantemente na Classe 1 também foi evidenciado Controle da Dor (53,5%), e Posicionamento (55,6%). Na Classe 2, obteve-se a predominância das intervenções Controle da Demência: Banho (78,5%) e Controle do Ambiente: Conforto (54,5%). Para Classe 3 foram Assistência na Automodificação (75,0%), Aumento da Segurança (75,0%), Melhora da Autoeficácia (50,0%), Redução da Ansiedade (66,7%), Técnica para acalmar (75,0%) e Terapia de Relaxamento (50,0%). Já a Classe 4 teve o predomínio apenas da intervenção Apoio Espiritual (61,5%), com descritos na tabela a seguir (Tabela 4):

Tabela 4. Mapeamento Cruzados das atividades das Intervenções de Enfermagem por Classes de Conforto. João pessoa – PB, 2024.

Intervenções de Enfermagem - NIC	Atividades de Enfermagem por Classes de Conforto			
	Classe	Classe	Classe	Classe
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)
1. Administração de Medicamentos (2300)	44,4	11,1	44,4	0
2. Apoio Espiritual (5420)	0	3,8	34,6	61,5
3. Assistência na Automodificação (4470)	0	25,0	75,0	0
4. Aumento da Segurança (5380)	0	12,5	75,0	12,5
5. Controle da Demência (6460)	22,2	27,8	44,4	5,6
6. Controle da Demência: Banho (6462)	37,0	78,5	37,0	7,4
7. Controle da Dor (1400)	58,1	3,2	32,3	6,5
8. Controle do Ambiente: Conforto (6482)	27,3	54,5	18,2	0
9. Intermediação Cultural (7330)	0	0	100,0	0
10. Melhora da Autoeficácia (5395)	16,7	0	50,0	33,0
11. Melhora do Sistema de Apoio (5440)	0	0	100,0	0
12. Posicionamento (0840)	55,6	38,9	5,6	0

*Continua*

*Continuando*

13. Redução da Ansiedade (5820)	0	8,3	66,7	25,0
14. Técnica para acalmar (5880)	12,5	0	75,0	12,5
15. Terapia de Relaxamento (6040)	37,5	12,5	50,0	0
16. Conduta da Radioterapia (6600)	57,1	0	42,9	0
17. Controle da Quimioterapia (2240)	42,9	14,3	28,6	14,3
18. Controle de Medicamentos (2380)	25,0	0	75,0	0
19. Controle de Prurido (3550)	100,0	0	0	0
20. Grupo de Apoio (3550)	0	0	100,0	0
21. Melhora do Sono (1850)	25,0	25,0	37,5	12,5

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

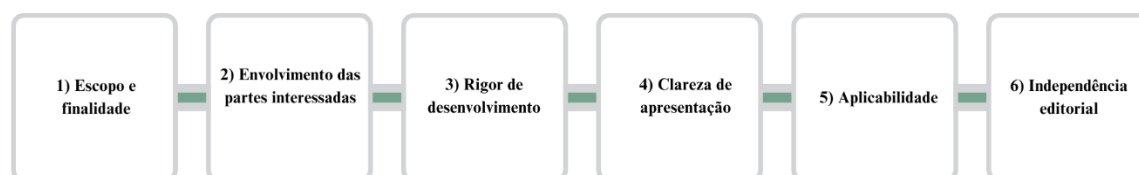
As atividades de enfermagem que não foram mapeadas foram principalmente relacionadas ao contexto psicoespiritual, cabendo inclusão em outros DE da NANDA-I, tais quais: Oferecer medidas reconfortantes; (Conner, Eller, 2004); Prevenir ou tratar rapidamente sintomas, efeitos colaterais, problemas psicológicos, sociais e espirituais relacionados à doença ou ao seu tratamento; (Hou et al., 2014); Estímulo à resiliência e esperança (Oliveira et al., 2020); Promover resolutividade dos problemas; (Oliveira et al., 2020); Reconhecer a importância de uma abordagem holística do cuidado (Tutton, Seers, 2004); Conexão mente-corpo (Williams, Irurita, 2006); Promover uma abordagem otimista da vida, felicidade e humor elevado (Williams, Irurita, 2006); Incentivar os pacientes para que busquem cura espiritual através da conexão com Deus durante o tratamento hospitalar (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); e Valorizar do cuidado com uma abordagem gentil e compassiva dentro de uma abordagem holística de enfermagem (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).

Dessa forma, com a utilização do Processo de Enfermagem por meio de linguagem padronizada, promove melhor comunicação, aperfeiçoa a tomada de decisão dos cuidados a serem prestados, reduzindo o tempo e otimizando o processo de cuidar. As intervenções, atividades e cuidados listadas foram norteadoras para o planejamento e construção do protocolo a ser implementado no ambiente hospitalar, a fim de promover conforto e o acréscimo da qualidade assistencial destinado às pessoas idosas hospitalizadas.

## CAPÍTULO IV

### Validação do Protocolo pelo AGREE-II

A etapa de análise do conteúdo para construção e validação do protocolo, objeto desse estudo, utilizou-se do *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE-II, 2009), trata-se de um instrumento adaptado transculturalmente por Khan e Stein (2014) para a realidade brasileira. O AGREE-II constitui uma avaliação da qualidade de protocolo que pode ser usado por todos os profissionais de saúde em qualquer contexto de atenção e quaisquer circunstâncias de saúde ou doença e apresenta como vantagem, facilitar o processo de planejamento, elaboração e implementação de diretrizes e sistematizar as principais características do protocolo e a nortear a aplicação e consolidação das pontuações atribuídas pelos juízes. Com elevado rigor metodológico, o instrumento é composto por seis domínios: 1) escopo e finalidade, 2) envolvimento das partes interessadas, 3) rigor de desenvolvimento, 4) clareza de apresentação, 5) aplicabilidade e 6) independência editorial. Esse conjunto de domínios encontram-se estandarizados em 23 itens de avaliação (Khan, Stein, 2014).



O instrumento é acompanhado por um manual do usuário próprio que fornece orientações sobre como avaliar cada item por meio da escala de classificação e inclui instruções por meio de seções em cada item, quais sejam “descrição do manual do usuário” que trata do conceito do item com exemplos; “onde encontrar” que aponta os possíveis locais onde geralmente aquela informação é fornecida no documento a ser avaliado; e “como classificar” que traz detalhes dos critérios de avaliação e considerações específicas para facilitar a avaliação, sem, no entanto, inibir o julgamento clínico de cada avaliador, servindo apenas como norteador para tal (Khan, Stein, 2014).

Conforme recomendações do AGREE-II faz-se necessário que o protocolo seja avaliado por pelo menos dois, e preferencialmente, quatro avaliadores, de forma a aumentar a confiabilidade da avaliação. Assim sendo, foram selecionados três enfermeiros juízes com vistas a avaliar de modo abrangente o protocolo (Khan, Stein, 2014).

A avaliação global do protocolo requer que os juízes levem em conta critérios qualitativos considerados no processo de avaliação para que ele possa recomendar sua utilização e varia de 1 a 7, em uma escala Likert. A escala de Likert é utilizada para medir opiniões, crenças ou atitudes dos respondentes de um questionário ou instrumento, por meio de uma sequência de afirmações, que permite diferentes graus de concordância. A depender do fenômeno de investigação e dos objetivos do investigador, número ímpar ou par de opções de respostas pode acompanhar cada afirmação, sendo que as respostas podem variar de discordo totalmente a concordo totalmente. O escore 1 (um) (discordo totalmente) é aplicado quando não há qualquer informação relevante, ou se o conceito é fracamente relatado; e o escore 7 (sete) (concordo totalmente), quando a qualidade da informação é excelente, ou seja, todos os critérios e exposições propostos encontram-se prontamente atendidos. Os escores de 2 (dois) a 6 (seis) são atribuídos quando a informação do item não atende, na sua completude, a todos os critérios ou exposições. A pontuação deve ser atribuída em função da qualidade do relato.

Para apreciação da viabilidade da utilização do protocolo de intervenções de enfermagem para a promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas e as instruções sobre a análise do conteúdo por meio do AGREE-II foi estabelecido o prazo de 15 dias para que os juízes devolvessem o resultado da avaliação, juntamente com o TCLE assinado.

### **Análise dos Dados**

A análise dos dados, realizada por meio do cálculo da adequabilidade da diretriz clínica proposto pelo próprio AGREE-II. A avaliação dos juízes foi calculada “individualmente por meio da soma de todas as pontuações dos itens de cada domínio, escalando o total com uma porcentagem da pontuação máxima possível por domínio”. Isso foi possível pelo uso da fórmula:  $(\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}) / (\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}) \times 100$ , para resultado em percentual.

Apesar da pontuação obtida nos domínios permitir uma comparação mais fidedigna entre diretrizes e oferecer elementos para que um protocolo seja ou não recomendado, o AGREE-II não define pontuações mínimas para os domínios no sentido de diferenciar protocolos de alta ou baixa qualidade. Essa decisão deve ser tomada pelo autor e orientada pelo contexto do uso do protocolo. Considerando isso, estabeleceu-se estabelecido como

“qualidade satisfatória” o domínio que alcance pontuação igual ou maior que 75%, percentual que significa desempenho mínimo aceitável nas avaliações em geral. Em cada domínio foi dado um espaço para os avaliadores descreverem suas recomendações, sendo estas analisadas criticamente pela pesquisadora para realização das adaptações necessárias, a fim de elevar a qualidade do protocolo.

Além desse parâmetro de avaliação proposto pelo AGREE-II foi calculado o Coeficiente de Variação de *Pearson* (CVP), que fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Quanto menor o seu valor, mais homogêneas são as opiniões e, conseqüentemente, as pontuações atribuídas pelos avaliadores. O coeficiente é considerado baixo quando menor ou igual a 25%, apontando um conjunto de dados homogêneos. O cálculo do CVP é dado pelo desvio-padrão dividido pela média das notas. Na ocorrência de domínio com resultado abaixo de 70% e/ou CVP maior do que 25%, este teria as modificações enviadas para os avaliadores tantas vezes quanto necessário, até o alcance dos parâmetros estabelecidos, conforme a técnica Delphi. Essa técnica é destinada à dedução e ao refinamento de opiniões de um grupo de pessoas especializadas em determinado assunto, objetivando alcançar o consenso nesse julgamento, contribuindo para a qualidade e a excelência do material apreciado (Scaparo *et al.*, 2012).

### **Validação do Protocolo pelo AGREE-II**

Para esta etapa utilizou-se o *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE-II, 2009). O instrumento foi escolhido por ser útil para pesquisadores e elaboradores de *guidelines* que desejam seguir uma metodologia rigorosa, porém, também pode ser utilizado por profissionais de saúde que desejam avaliar antes de serem adotados na sua prática, gestores que estejam construindo políticas de saúde e educadores da área da saúde para disseminarem a ferramenta (Brouwers *et al.*, 2013; Latorraca *et al.*, 2018).

O instrumento é composto por seis domínios: 1) escopo e finalidade, 2) envolvimento das partes interessadas, 3) rigor de desenvolvimento, 4) clareza de apresentação, 5) aplicabilidade e 6) independência editorial. Esse conjunto de domínios encontram-se estandardizados em 23 itens de avaliação (Khan, 2014), descritos no quadro adiante (Quadro 7):

Quadro 11. Descrição dos domínios do AGREE II. João Pessoa, 2024.

DOMÍNIOS	QUESTIONAMENTOS
<b>1. Escopo e finalidade</b>	<p>1. O(s) objetivo(s) geral(is) da(s) diretriz(es) encontra(m)-se especificamente descrito(s).</p> <p>2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).</p> <p>3. A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.</p>
<b>2. Envolvimento das Partes Interessadas</b>	<p>4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.</p> <p>5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.)</p> <p>6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos</p>
<b>3. Rigor Do Desenvolvimento</b>	<p>7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.</p> <p>8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos</p> <p>9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.</p> <p>10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.</p> <p>11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.</p> <p>12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.</p> <p>13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação</p> <p>14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.</p>
<b>4. Clareza da apresentação</b>	<p>15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.</p> <p>16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.</p> <p>17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.</p>

<b>5. Aplicabilidade</b>	<p>18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.</p> <p>19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.</p> <p>20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.</p> <p>21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.</p>
<b>6. Independência editorial</b>	<p>22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.</p> <p>23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.</p>

Fonte: Adaptado de AGREE-II, 2024.

Conforme recomendações do AGREE-II faz-se necessário que o protocolo seja avaliado por pelo menos dois, e preferencialmente, quatro avaliadores, de forma a aumentar a confiabilidade da avaliação. Assim sendo, foram selecionados três enfermeiros juízes com vistas a avaliar de modo abrangente o protocolo (Khan, Stein 2014).

A avaliação dos juízes foi calculada “individualmente por meio da soma de todas as pontuações dos itens de cada domínio, escalando o total com uma porcentagem da pontuação máxima possível por domínio”. Isso foi possível pelo uso da fórmula:  $(\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}) / (\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}) \times 100$ , para resultado em percentual.

Considerando o primeiro domínio do AGREE-II, cabe destacar que durante todo percurso de construção do protocolo o Escopo e Finalidade estiveram fortemente fundamentados, trazendo tranquilidade e segurança ao definir o objetivo geral da diretriz, as questões de saúde e a população a qual se destina.

Tabela 5. Pontuação do domínio 1 – Escopo e Finalidade do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.

<b>Domínio 1 – Escopo e Finalidade</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>TOTAL</b>
--	-----------	-----------	-----------	--------------

1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)- se especificamente descrito(s).	7	7	7	21
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	7	7	7	21
3. A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita	7	7	7	21
<b>TOTAL</b>	21	21	21	63

Fonte: Adaptado de AGREE-II, 2024.

Quanto ao segundo domínio, Envolvimento das Partes Interessadas, a equipe de desenvolvimento do protocolo buscou compreender o fenômeno de modo abrangente através do estudo de cunho qualitativo por meio da RIL, ampliando a busca de modo a contemplar os sujeitos do cuidado, que são as pessoas idosas, os atores que acompanham o processo de cuidar, os familiares e cuidadores e os usuários-alvo, profissionais de enfermagem, aqueles que vão operacionalizar o protocolo.

Tabela 6. Pontuação do domínio 2 – Envolvimento das partes do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.

<b>Domínio 2 - Envolvimento das partes</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>TOTAL</b>
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	7	7	7	21
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc)	7	7	7	21
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos	7	7	7	21
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>63</b>

Fonte: Adaptado de AGREE-II, 2024.

No contexto do domínio 3, Rigor do desenvolvimento, seguiu-se todas as etapas da Prática Baseada em Evidências e o percurso metodológico das revisões sistemáticas da estratégia PRISMA, considerando também a qualidade metodológica com Checklists da JBI e utilização do software IRAMUTEQ com vistas a sustentar os conteúdos e recomendações da ferramenta construída, até sua revisão por especialistas não envolvidos no processo de elaboração, respeitando as diretrizes das pesquisas com seres humanos do CNS. Assim, a validação de conteúdo buscou atender ao Domínio 3 do AGREE II, que indica a revisão externa da diretriz por experts. Esta fase ocorreu entre janeiro e março de 2024. As recomendações de atualização das diretrizes são a cada 2 anos, pretende-se após a validação clínica utilizar-se desse tempo para garantir o *update* das recomendações.

Tabela 7. Pontuação do domínio 3 – Rigor do desenvolvimento do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.

<b>Domínio 3 - Rigor do desenvolvimento</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>TOTAL</b>
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	7	7	7	21
8. Os critérios de seleção da evidência estão claramente descritos.	7	7	6	21

*Continua*

*Continuando*

9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.	7	7	5	18
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	21	21	18	21
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	7	7	7	21
12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.	7	7	6	21
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.	7	7	5	19
14. O procedimento para a atualização da diretriz está disponível	5	6	6	17
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>159</b>

Fonte: Adaptado de AGREE-II, 2024.

No tocante ao domínio 4, Clareza da apresentação, buscou-se detalhar de forma gradativa o conceito do fenômeno conforto, utilizando-se da Teoria de Kolcaba com vistas a direcionar os enfermeiros a compreensão do conceito, do DE da NANDA-I e das intervenções e atividades de enfermagem para instrumentalizar o cuidado holístico.

Tabela 8. Pontuação do domínio 4 – Clareza da apresentação do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.

<b>Domínio 4 - Clareza da apresentação</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>TOTAL</b>
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	7	7	7	21
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problemas de saúde estão claramente apresentadas.	7	7	7	21
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.	7	7	7	21
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>63</b>

Fonte: Adaptado de AGREE-II, 2024.

No que se refere ao domínio 5, Aplicabilidade torna-se preditivo os desafios e as potencialidades da sua aplicação, utilizando-se do Questionário Geral do Conforto e das taxonomias e do protocolo, os profissionais de enfermagem terão instrumentos de base científica para melhor julgamento clínico na prática.

Tabela 9. Pontuação do domínio 5 – Aplicabilidade do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.

<b>Domínio 5 - Aplicabilidade</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>TOTAL</b>
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.	6	6	7	19
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	7	7	7	21
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	6	7	7	6
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria	7	6	6	19
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>79</b>

Fonte: Adaptado de AGREE-II, 2024.

Em termos do domínio 6, Independência editorial, convém destacar que não houve influência de órgãos financiadores no conteúdo do protocolo, nem conflito de interesses dos membros da equipe na construção, validação e elaboração da ferramenta.

Tabela 10. Pontuação do domínio 6 – Independência editorial do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas. João Pessoa, 2024.

<b>Domínio 6 - Independência editorial</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>TOTAL</b>
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz	7	6	7	20
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz	7	6	7	20
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>40</b>

Fonte: Adaptado de AGREE-II, 2024.

Na validação da diretriz, para cada um dos domínios, foi calculada a pontuação de qualidade de maneira independente, conforme orientações do AGREE II. Os domínios 1, 2 e 4 foram avaliados, por unanimidade, pontuação máxima (7 pontos), atingindo 63 dos

pontos máximos previstos, resultando em adequabilidade de 100% na avaliação dos especialistas. Nos domínios 3 e 6, alcançou-se a pontuação máxima de 168 e 42, respectivamente, totalizando uma porcentagem de 94% de concordância. No domínio 5, a pontuação máxima correspondeu a 84, com percentil de 93%, sendo essa o domínio que suscita pequenos ajustes solicitados pelos juízes, visto pela necessidade de validação clínica posterior.

Tabela 11. Análise dos Cálculos das pontuações dos domínios do AGREE-II. João Pessoa, 2024.

<b>Domínio</b>	<b>Pontuação mínima</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio- Padrão</b>	<b>AGREE-II (%)</b>	<b>CVP (%)</b>
<b>1</b>	9	63	21	0	100	0,0
<b>2</b>	9	63	21	0	100	0,0
<b>3</b>	24	168	53	1	94	1,9
<b>4</b>	9	63	21	0	100	0,0
<b>5</b>	12	84	26,3	0,6	93	2,2
<b>6</b>	6	42	13,3	1,2	94	8,7

Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Por fim, têm-se a avaliação global da diretriz, a qual tem como objetivo avaliar a qualidade geral do documento. Os juízes avaliaram a diretriz entre 6 e 7 da escala Likert (“concordo totalmente”), indicando 94% de recomendação do protocolo, considerando a sua qualidade a mais alta possível.

## **Protocolo de Intervenções de Enfermagem para Promoção do Conforto de Pessoa Idosas Hospitalizadas**

A construção do protocolo foi elaborada com o conteúdo gerado pelas evidências categorizadas a partir do delineamento e percurso metodológico do estudo. Para elucidar, o protocolo de enfermagem compõe no total 71 páginas que são distribuídas por organização de conteúdo com: capa, contracapa com ficha catalográfica, equipe de desenvolvimento, agradecimentos, órgãos financiadores, apresentação, objetivo do protocolo, usuários-alvo, população-alvo, sumário, aspectos éticos e legais, introdução, percurso metodológico, Questionário Geral do Conforto, Domínio 12 da NANDA-I 2021-2023, intervenções da NIC para o Diagnóstico de Enfermagem “Conforto Prejudicado”, resultados, Mapeamento Cruzado das Intervenções da NIC com atividades validadas por especialistas, Estrutura Taxonômica: Plano de conforto para pessoas idosas hospitalizadas, considerações finais e referências.

Logo, considerando a validação posterior com o instrumento do AGREE-II (Khan, Stein, 2014), a sua estruturação também foi norteada, segundo as orientações do manual (ANEXO A).

No que concerne à equipe de desenvolvimento, todos os autores declararam não possuir conflitos de interesses de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política ou financeira no manuscrito, bem como alegaram para os devidos fins, que as recomendações finais do protocolo não tiveram influência dos pontos de vista ou interesses dos órgãos financiadores.

Na apresentação, o protocolo teve como ponto de partida o reconhecimento da importância de se implementar novos modelos de atenção à saúde à pessoa idosa diante do processo do envelhecimento que traz consigo alterações fisiológicas inerentes da idade, demanda abordagens diferenciadas, das múltiplas condições de saúde que tendem a ocasionar maior fragilidade e vulnerabilidade, assim como as várias necessidades funcionais, psicológicas, espirituais e sociais que precisam ser consideradas para o pleno reestabelecimento do seu bem-estar geral.

Na prática dos serviços de saúde no nível secundário e/ou terciário, os profissionais de enfermagem são, em geral, os principais envolvidos na transversalidade do cuidado e por isso são capazes de passar todas as necessidades e oferecer um cuidado integral e

humanizado, promovendo assim o conforto em todas as dimensões que as pessoas idosas hospitalizadas necessitam.

Ressalta-se que o foco central deste protocolo está na sumarização de intervenções e atividades a serem implementadas pelos profissionais de enfermagem direcionadas às pessoas idosas, visando responder às suas diversas necessidades de conforto, fundamentadas numa abordagem teórica holística.

No presente protocolo, o objetivo estabelecido foi orientar a prática profissional da Enfermagem para promoção do conforto, a fim de garantir a excelência da assistência às pessoas idosas e proporcionar subsídios para compreensão ampliada do fenômeno conforto fundamentadas na Teoria de Kolcaba, utilizando-se da NANDA-I, da NIC e de evidências científicas para estimular o julgamento clínico e tomada de decisão, melhorar a experiência do paciente, otimizar os resultados clínicos e contribuir para um cuidado de enfermagem mais eficiente e humanizado.

Quanto aos usuários-alvo do protocolo, foi desenvolvido para subsidiar a assistência de enfermagem direcionada para a promoção do conforto. Assim, contempla-se, neste texto, o exercício profissional da enfermagem. Porém, devido às preocupações com saúde e bem-estar e a atenção contínua ao conforto como objeto dos cuidados de enfermagem demandam uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar, as demais áreas que pretendem ampliar os conhecimentos na temática são convidadas a compartilharem dessa construção. No tocante a população-alvo compreende os aspectos do cuidado profissional de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas.

Os aspectos éticos e legais para dar subsídios, autonomia e amparo à atuação dos enfermeiros para o cuidado da pessoa idosa, considerou os seguintes aparatos legais:

- **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986** que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil e estabelece as normas para a atuação dos profissionais de enfermagem, definindo as atribuições e competências dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras, e regula as condições para o exercício da profissão.
- **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987** que detalha as atribuições e competências dos diferentes profissionais de enfermagem e estabelece normas complementares para o exercício da profissão.

- **Resolução COFEN nº 736/2024** que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.
- **Resolução COFEN nº 564/2017** que regulamenta as competências do Enfermeiro no contexto dos Programas, Protocolos, Diretrizes e outras normativas técnicas instituídas por instituições de saúde pública e privada, em âmbito nacional, estadual e municipal.
- E o **Manual do COREN-SP sobre Protocolos de Enfermagem (2018)** que constitui um documento com o objetivo de orientar e padronizar a criação e a implementação de protocolos de enfermagem em instituições de saúde, fornecendo diretrizes para o desenvolvimento de protocolos clínicos e assistenciais, visando melhorar a qualidade e a segurança do atendimento prestado pelos profissionais de enfermagem.
- Para contemplar as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, foram respeitados todos os procedimentos e normas regulamentadoras preconizadas pela **Resolução 466/2012 e 580/2018 do CNS/MS/BRASIL** sob nº de CAAE: 56816022.7.0000.5183.

Na introdução, contextualizou-se os aspectos do envelhecimento populacional (Alves, 2019; IBGE, 2022; Freitas, Salibi, 2023), o conceito de saúde da pessoa idosa (Moraes *et al.*, 2019) sua multidimensionalidade e particularidades do cuidado (Brasil, 2014; Noronha, Castro, Gadelha, 2023). Em seguida, estabeleceu-se a fundamentação da Teoria do Conforto, a sua estrutura conceitual, as dimensões, bem como a estrutura taxonômica (Kolcaba, 2003) resumizando a posteriori, a relevância da elaboração de protocolos de enfermagem (COREN-SP, 2018), com a utilização da NANDA-I (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021) e da NIC (Butcher, Bulechek, Dochterman, Wagner, 2020).

Na seção percurso metodológico, descreve-se sucintamente a sistematização para a construção do protocolo, esclarecendo que a base de seu conteúdo foi norteada pela segunda versão do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE-II) (Khan, Stein, 2014). Partindo de uma revisão integrativa da literatura, ordenada pela estratégia PICO de busca dos registros em bases de dados. Após os procedimentos, todas as citações identificadas foram anexadas no gerenciador de referências *EndNote Basic* e no *Software Rayyan*, totalizando 15 artigos apresentados no diagrama o fluxo do *Preferred*

*Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)* (Moher *et al.*, 2009; Mourad, 2016) e o quadro de evidências norteadas pelos métodos do *The Joanna Briggs Institute (JBI)* (Peters *et al.*, 2020).

Informa a opção da utilização da ferramenta de análise lexical, o software Interface de *R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ)* para o tratamento do conteúdo encontrado nos artigos, no sentido de realizar a inferência e interpretação dos resultados que apresentaram teor significativo para o estudo. Somando-se as evidências encontradas na literatura, buscou-se identificar as intervenções no Sistema de Linguagem Padronizada da NIC para o Diagnóstico de Enfermagem “Conforto Prejudicado” da NANDA-I, alocado no Domínio 12. Optou-se por delimitar o estudo quanto a utilização deste, visto que este perpassa as 3 Classes de Conforto física, ambiental e social, generalizando o cuidado nessa perspectiva. Acrescentou-se as intervenções no contexto psicoespiritual para contemplar a Teoria de Kolcaba, validado por três especialistas na área de saúde do idoso, com vasta experiência em assistência, ensino, pesquisa, extensão e Sistema de Linguagem Padronizada de enfermagem. Convém destacar a realização do Mapeamento Cruzado (Moorhead, Delaney, 1997; Lucena, Barros, 2005).

No tocante à atualização do protocolo, sugere-se que, a cada dois anos, a equipe de desenvolvimento do presente protocolo possa buscar novas evidências na literatura, a fim de atualizar e implementar as mudanças necessárias, juntamente com as atualizações periódicas da NANDA-I e NIC.

No que diz respeito às necessidades de recursos para aplicação do protocolo, considera-se que não sejam necessários recursos extras para a implementação deste protocolo, visto que se constitui como uma tecnologia leve dura.

Sobre a mensuração da aplicação das recomendações do protocolo, espera-se realizar a validação clínica para publicação como *E-book* e aplicação posterior. Em seguida deve-se ser treinado quanto à sua utilização pelos serviços de enfermagem, utilizando-se como critério de monitoramento a avaliação regular do conforto do paciente, a análise dos resultados clínicos e a satisfação institucional.

Torna-se importante descrever os facilitadores e barreiras no processo de aplicação do protocolo, os quais como facilitadores constituem a sua acessibilidade e baixo custo diante do potencial impacto positivo que pode proporcionar à assistência de enfermagem,

não apenas a promover o conforto, mas também evitar complicações, favorecendo uma recuperação mais tranquila e eficaz, isenta de efeitos colaterais. Ademais, apresenta segurança pela Prática Baseada em Evidências, considerando as evidências científicas e intervenções de enfermagem da NIC e validação por especialistas. Como barreiras, pode-se prever que haja dificuldades operacionais devido à falta de treinamento adequado e a escassez de recursos e tempo para sua aplicação, além da resistência dos profissionais em modificarem suas práticas consolidadas ao longo dos anos.

Expõe-se o Questionário Geral do Conforto (QGC) como ferramenta importante da Teoria de Kolcaba (2003) para avaliar as necessidades de conforto. O protocolo segue com a descrição do Domínio 12 - Conforto NANDA-I I versão 2021-2023 e depois as intervenções da NIC para o Diagnóstico de Enfermagem “Conforto Prejudicado”.

Os resultados são evidenciados em dois Diagramas de *Venn* evidenciando as intervenções de enfermagem da NIC validadas por especialistas nas Classes 1, 2 e 3 de Conforto do Domínio 12 da NANDA-I com Índice de Concordância  $> 0,80$  (Intervenções Prioritárias). O seguinte revela o Mapeamento Cruzado das Intervenções de enfermagem da NIC com atividades e cuidados encontrados na Revisão Integrativa da Literatura nos quatro contextos de conforto da Teoria de Kolcaba, incluindo o contexto psicoespiritual.

Nas páginas adiante, elaboraram-se quadros para sistematizar o Mapeamento Cruzado das Intervenções da NIC que foram mapeadas com atividades validadas por especialistas por contextos de conforto. As atividades de enfermagem que não tiveram similaridade com as intervenções da NIC estiveram principalmente relacionadas ao contexto psicoespiritual em um quadro à parte.

Por fim, elaborou-se uma página contendo a Estrutura Taxonômica, a ser preenchido para operacionalizar o plano de conforto das pessoas idosas hospitalizadas. As intervenções de enfermagem traçadas podem ser inseridas em relação nos 4 contextos do conforto e no nível que se almeja alcançar. A reavaliação deve ser contínua e o papel dos profissionais de enfermagem consistem na implementação de medidas de conforto para responder às suas necessidades, comparando com o estado anterior.

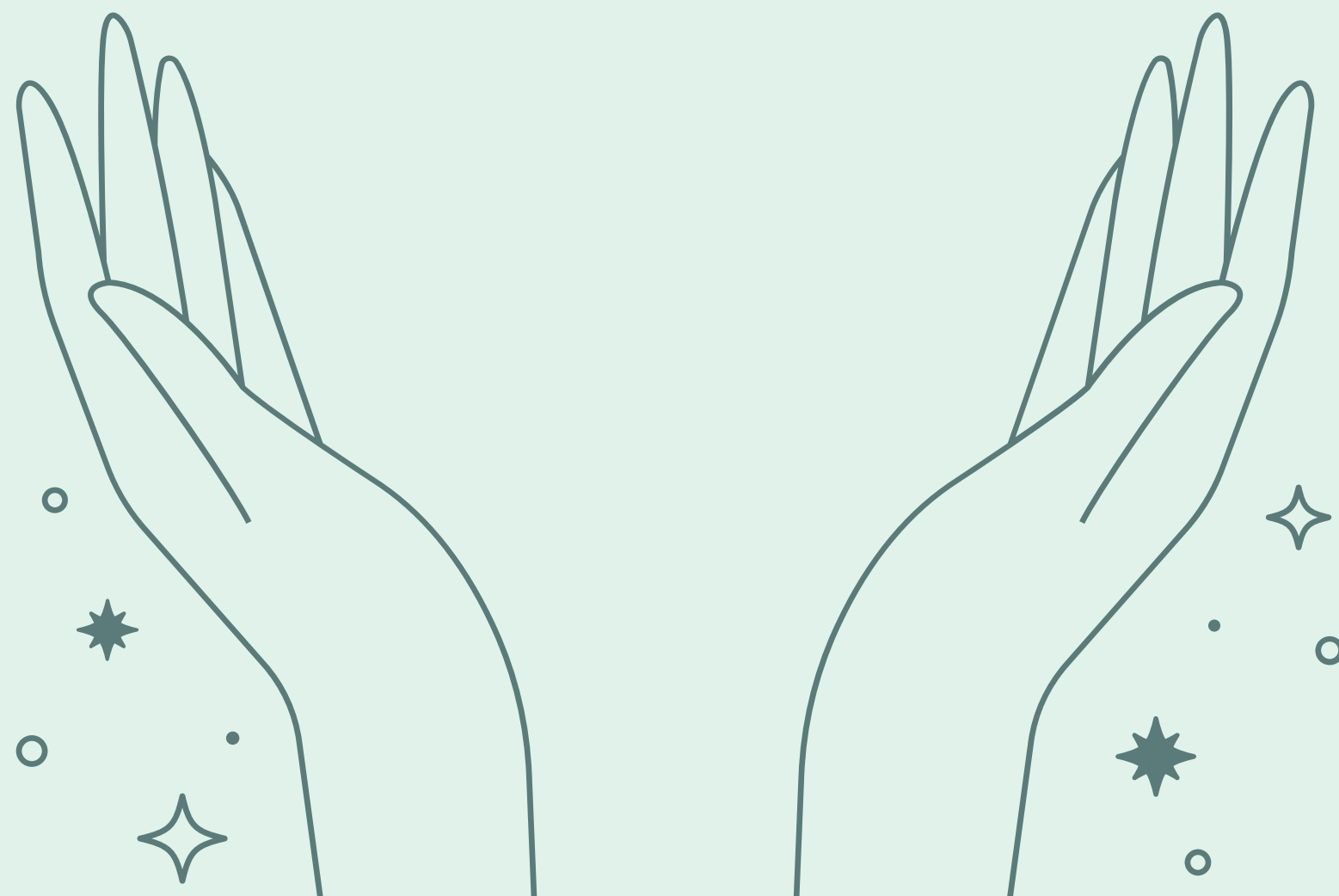
As considerações finais foram elencadas, compreendendo-se que o conforto é um conceito multidimensional e subjetivo ante as percepções e as circunstâncias baseadas na singularidade de cada pessoa. O protocolo se insere nesse contexto com o intuito de orientar,

não limitar, mas ampliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre esse fenômeno multifocal. Dessa forma, os enfermeiros são capacitados a identificar de maneira mais sensível e holística o atendimento das necessidades de conforto, por meio das intervenções para resolução ou minimização do DE “Conforto Prejudicado”, considerando não apenas aspectos físicos, mas também emocionais, socioculturais e psicoespirituais, isso permite uma abordagem intencional e personalizada, promovendo um cuidado verdadeiramente centrado no paciente.

A implementação do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas, utilizando evidências científicas, a NIC e o Sistema de Linguagem Padronizada da NANDA-I não só fortalecerá a Prática Baseada em Evidências na enfermagem, mas também promoverá um cuidado mais humanizado e eficaz. Esta abordagem dinâmica e integrativa demonstra ser fundamentada para melhorar a qualidade da assistência, melhorar a experiência do paciente durante o período de hospitalização e fortalecer a relação terapêutica entre enfermeiro e paciente, sendo indicador para o sucesso do tratamento e recuperação para alta, refletindo em melhores práticas e políticas institucionais.

# PROTOCOLO

## de intervenções de enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas



Copyright© Sanni Moraes de Oliveira, 2024.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – DOUTORADO EM ENFERMAGEM CCS/UFPB

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico-Filosóficos de Enfermagem e Saúde.

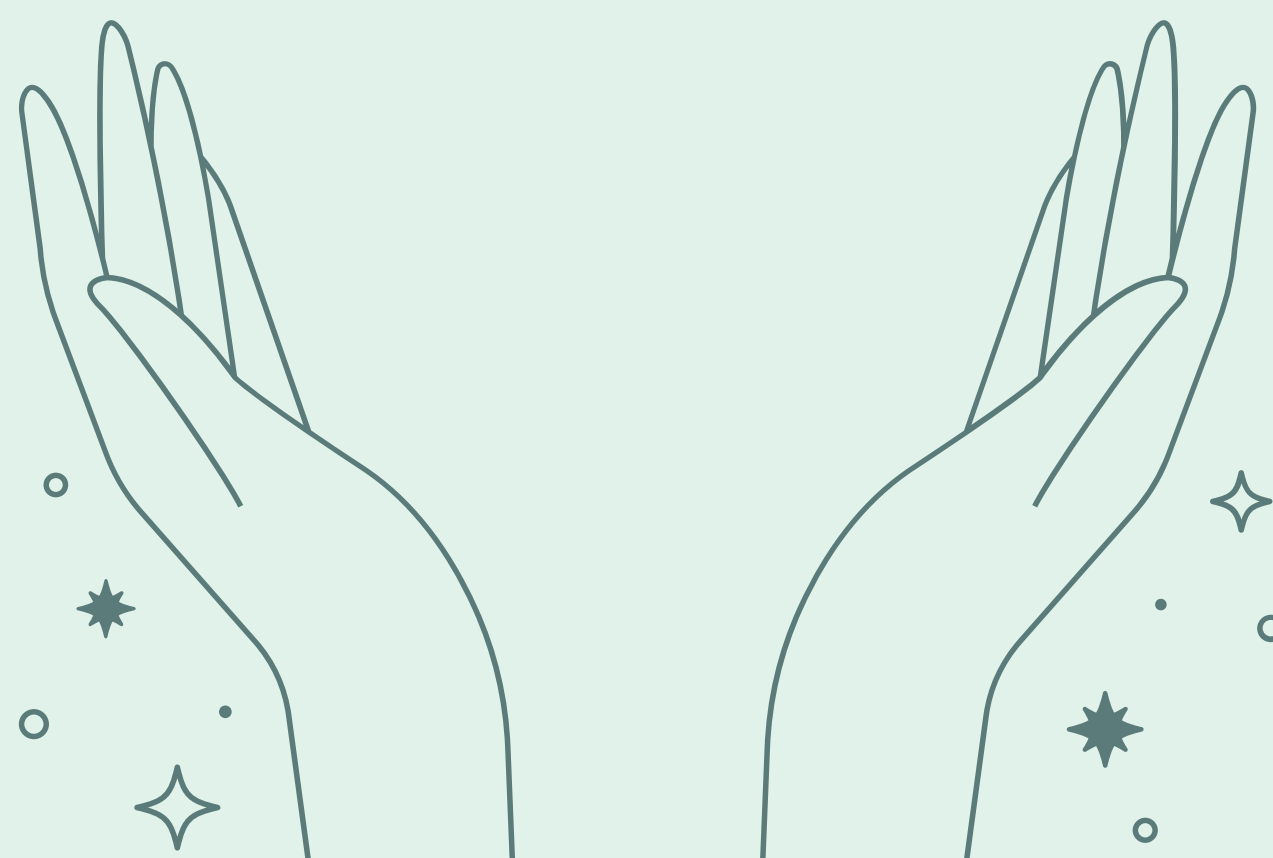
Aluna: Sanni Moraes de Oliveira

Orientadora: Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Auxiliadora Pereira

Design Gráfico – Capa e diagramação

Sanni Moraes de Oliveira



Oliveira, Sanni Moraes de.

Protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas / Sanni Moraes de Oliveira, Maria das Graças Melo Fernandes e Maria Auxiliadora Pereira. – João Pessoa: Ed. do autor, 2024.

60p.

ISBN XXX-XX-XX-XXXXX-X

1. Enfermagem; 2. Idoso; Conforto do Paciente; 3. Diagnósticos de Enfermagem; 4. Cuidado de Enfermagem ao Paciente Hospitalizado; 5. Teoria de Enfermagem.

xx-xxxx CDD - XXX

---

# Equipe

Protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas



**Sanni Moraes de Oliveira**

**Doutoranda**

Enfermeira, mestre e doutoranda em Enfermagem e Saúde no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal da Paraíba.



**Maria das Graças Melo Fernandes**

**Orientadora**

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual da Paraíba (1984), Especialização em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (1996), Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (2003) e Doutorado em Sociologia também pela Universidade Federal da Paraíba (2009). Atualmente, é professora titular da Universidade Federal da Paraíba, com atuação na Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso (GEPsAI). Tem experiência nas áreas de Enfermagem Clínica e Gerontogeriátrica, atuando principalmente nos temas: assistência ao adulto e ao idoso em diferentes níveis de atenção a saúde, políticas públicas no âmbito do envelhecimento, cuidado de enfermagem ao cuidador familiar. Coordena os projetos de pesquisa Dimensões Objetivas e Subjetivas do Cuidado em Saúde do Idoso - Fase II, e Avaliação multidimensional da pessoa idosa, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.



**Maria Auxiliadora Pereira**

**Co-orientadora**

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (1985), Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (1985) Especialização em Cuidados Intensivos UFPB (1992), Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP (2010), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (1997), Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2015). Professora Associada 3 da Universidade Federal da Paraíba, lotada no Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde. Leciona as disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I, Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II e Seminário Integrador III, e desenvolve atividades de pesquisa e extensão com ênfase na sistematização da assistência de enfermagem, diagnósticos e intervenções de enfermagem, cuidados com o idoso e com o cuidador, e primeiros socorros.

---

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

TODOS OS AUTORES ACIMA NOMINADOS DECLARAM NÃO POSSUIR CONFLITOS DE INTERESSES DE ORDEM: PESSOAL, COMERCIAL, ACADÊMICA, POLÍTICA OU FINANCEIRA NO MANUSCRITO.

---

# Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) por propiciar aos pesquisadores subsídios necessários à manutenção do processo de pesquisas acadêmicas, por meio de suas bolsas de estudos.

À Universidade Federal Paraíba (UFPB), por acreditar na viabilidade e na importância da realização desse projeto, a fim de gerar melhores práticas para a saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Aos profissionais de saúde que se dedicam à ciência e a construção do conhecimento, especialmente os que se envolveram no processo de construção e validação do presente protocolo

---

---

# Órgãos financiadores

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil  
(CAPES). Código de Financiamento 001.

*Declaramos, para os devidos fins, que as recomendações finais desse protocolo não tiveram influência dos pontos de vista ou interesses dos órgãos financiadores.*

---



# Apresentação

## **Protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas**

Este protocolo tem como ponto de partida o reconhecimento da importância de se implementar novos modelos de atenção à saúde à pessoa idosa diante do processo do envelhecimento que traz consigo alterações fisiológicas inerentes da idade, demanda abordagens diferenciadas, das múltiplas condições de saúde que tendem a ocasionar maior fragilidade e vulnerabilidade, assim como as várias necessidades funcionais, psicológicas, espirituais e sociais que precisam ser consideradas para o pleno reestabelecimento do seu bem-estar geral.

Na prática dos serviços de saúde no nível secundário e/ou terciário, os profissionais de enfermagem são, em geral, os principais envolvidos na transversalidade do cuidado e por isso são capazes de perpassar todas as necessidades e oferecer um cuidado integral e humanizado, promovendo assim o conforto em todas as dimensões que as pessoas idosas hospitalizadas necessitam.

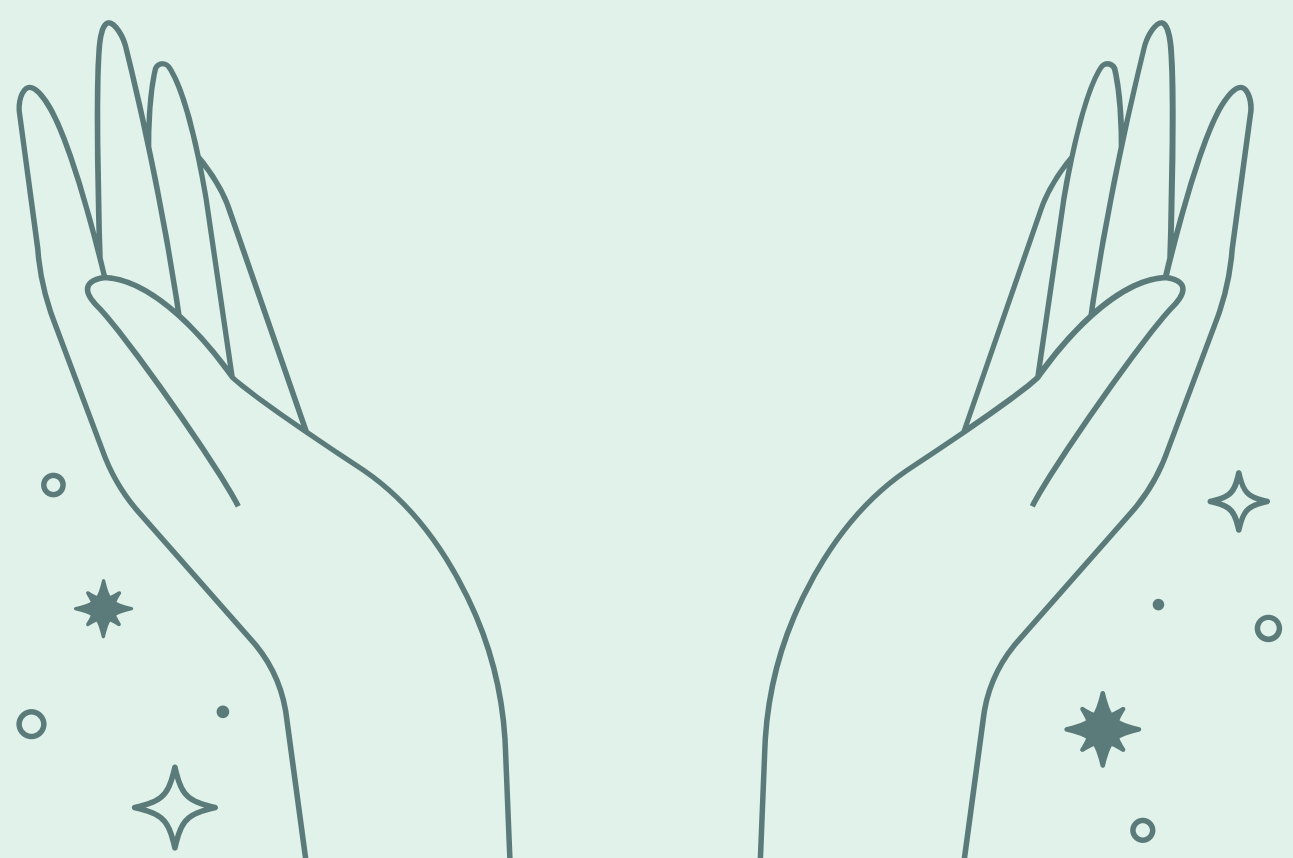
Ressalta-se que o foco central deste protocolo está na sumarização de intervenções e atividades a serem implementadas pelos profissionais de enfermagem direcionadas às pessoas idosas, visando responder às suas diversas necessidades de conforto, fundamentadas numa abordagem teórica holística.

---

---

# Objetivo do protocolo

Este documento possui como objetivo orientar a prática profissional da Enfermagem para promoção do conforto, a fim de garantir a excelência da assistência às pessoas idosas e proporcionar subsídios para compreensão ampliada do fenômeno conforto fundamentadas na Teoria de Kolcaba, utilizando-se da NANDA-I, da NIC e de evidências científicas para estimular o julgamento clínico e tomada de decisão, melhorar a experiência do paciente, otimizar os resultados clínicos e contribuir para um cuidado de enfermagem mais eficiente e humanizado.



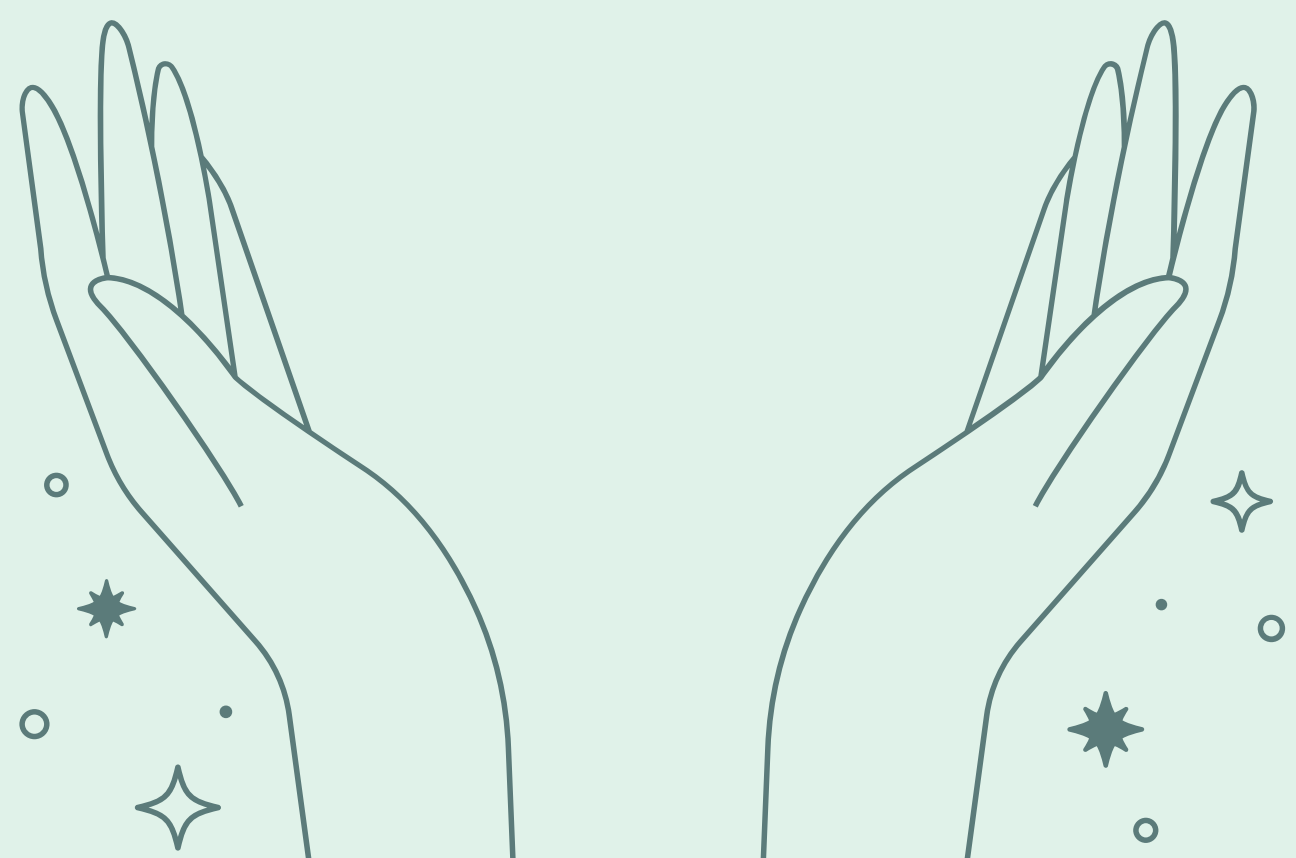
---

## Usuários-alvo

Desenvolvido para subsidiar a assistência de enfermagem direcionada para a promoção do conforto. Assim, contempla-se, neste texto, o exercício profissional da enfermagem. Porém, devido às preocupações com saúde e bem-estar e a atenção contínua ao conforto como objeto dos cuidados de enfermagem demandam uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar, as demais áreas que pretendem ampliar os conhecimentos na temática são convidadas a compartilharem dessa construção.

## População-alvo

Pessoas idosas hospitalizadas.





# SUMÁRIO

Aspectos éticos e legais	10
Introdução	11
Percurso Metodológico	21
Questionário Geral do Conforto	26
Domínio 12 - Conforto (NANDA-I)	27
Intervenções de Enfermagem	31
Mapeamento Cruzado	32
Considerações Finais	66
Referências	67

---

---

## Aspectos éticos e legais

Para dar subsídios, autonomia e amparo à atuação dos enfermeiros para o cuidado da pessoa idosa, este protocolo considerou os seguintes aparatos legais:

- **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986** que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil e estabelece as normas para a atuação dos profissionais de enfermagem, definindo as atribuições e competências dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras, e regula as condições para o exercício da profissão.
- **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987** que detalha as atribuições e competências dos diferentes profissionais de enfermagem e estabelece normas complementares para o exercício da profissão.
- **Resolução COFEN nº 736/2024** que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.
- **Resolução COFEN nº 564/2017** que regulamenta as competências do Enfermeiro no contexto dos Programas, Protocolos, Diretrizes e outras normativas técnicas instituídas por instituições de saúde pública e privada, em âmbito nacional, estadual e municipal.
- E o **Manual do COREN-SP sobre Protocolos de Enfermagem (2018)** que constitui um documento com o objetivo de orientar e padronizar a criação e a implementação de protocolos de enfermagem em instituições de saúde, fornecendo diretrizes para o desenvolvimento de protocolos clínicos e assistenciais, visando melhorar a qualidade e a segurança do atendimento prestado pelos profissionais de enfermagem.
- Para contemplar as exigências das **Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos**, foram respeitados todos os procedimentos e normas regulamentadoras preconizadas pela Resolução 466/2012 e 580/2018 do CNS/MS/BRASIL sob nº de CAAE: 56816022.7.0000.5183.

# Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno de amplitude global que conforme projeções evidencia um constante incremento no número e na proporção de pessoas idosas em todo o mundo. Segundo as estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), a tendência de crescimento aponta que a proporção de idosos represente mais de um terço (34,6%) da população mundial até o ano de 2100 (Alves, 2019).

O Brasil enfrenta uma das taxas mais rápidas do mundo. Em 2022, o país registrou um total de 22.169.101 pessoas com 65 anos ou mais, representando 10,9% da população (IBGE, 2022). Esses dados destacam a premência de planejamento e implementação de políticas que atendam às necessidades específicas dessa crescente população (IBGE, 2022; Freitas, Salibi, 2023), conforme Figura 1.

**Proporção da população residente - 1980/2022 (%)**  
Brasil, por grupos etários específicos

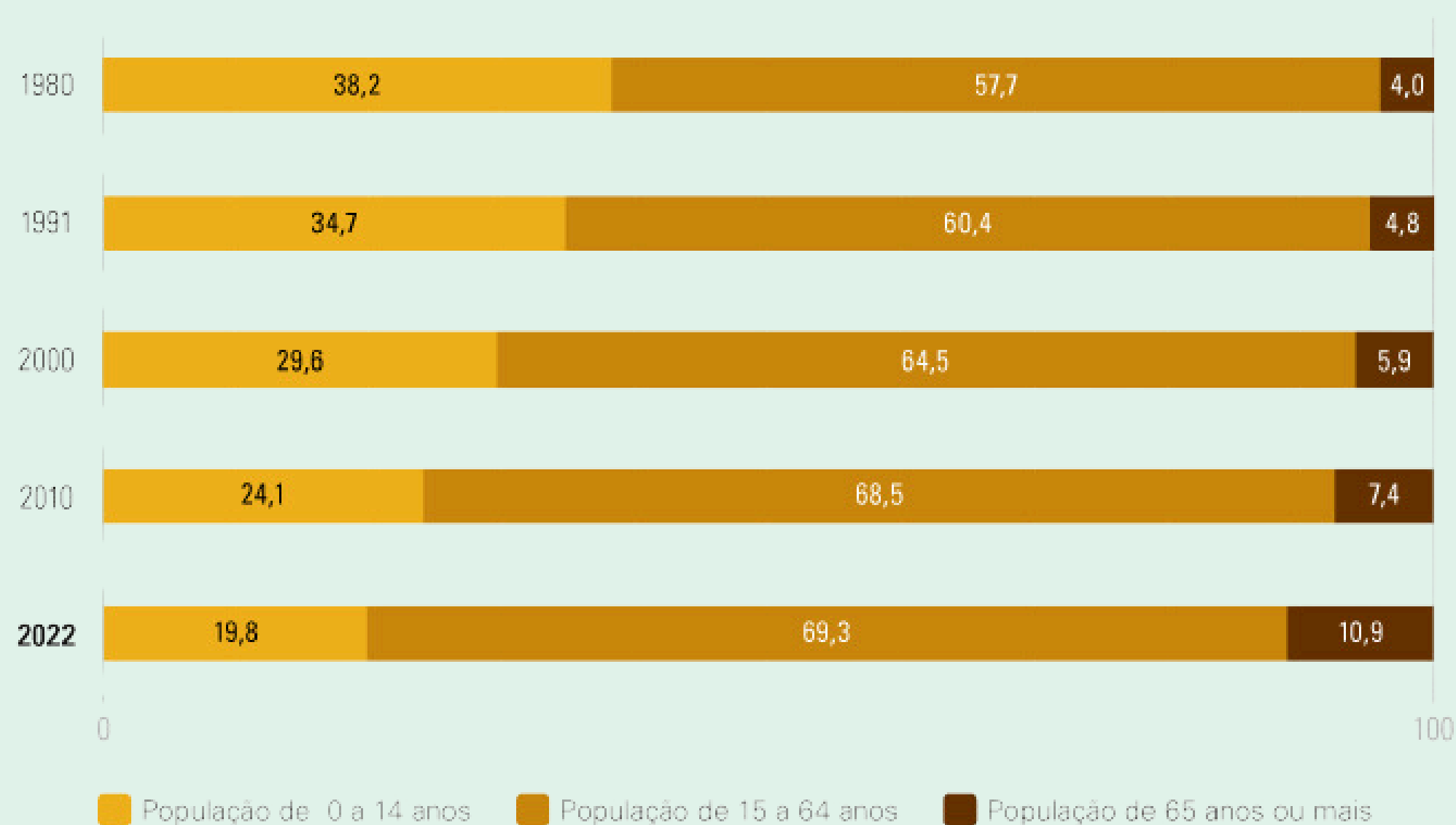


FIGURA 1. CENSO DEMOGRÁFICO 2022.

Fonte: Censo Demográfico 2022: População por idade e sexo - Resultados do universo





# Contextualização

O conceito de saúde da pessoa idosa está fortemente ancorado na “capacidade individual de satisfação de suas necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças”. Essa capacidade funcional resulta da combinação entre fatores intrínsecos – sua capacidade física e mental (incluindo o componente psicológico) – e extrínsecos (ambientais e contextuais), levando a uma marcante e progressiva heterogeneidade entre as pessoas idosas ao longo do processo de envelhecimento. A fronteira entre os conceitos de saúde, doença, dependência e incapacidade deve estar bem definida (Moraes et al., 2019).

Considerando isso, a saúde da pessoa idosa deve ser compreendida nessa multidimensionalidade de fatores determinantes, assim como as intervenções capazes de recuperar ou manter a sua autonomia e independência (Figura 2).

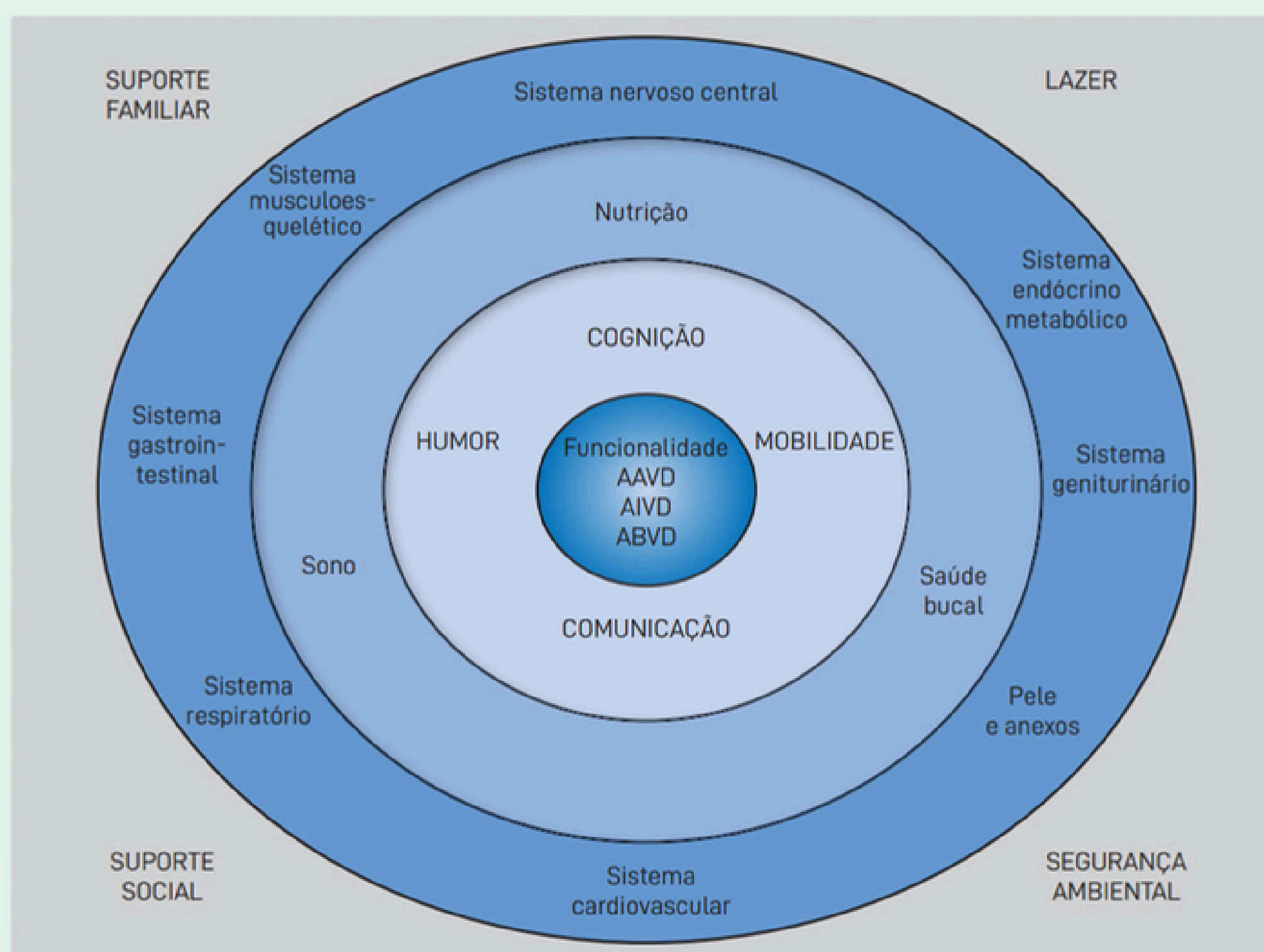


FIGURA 2. MULTIDIMENSIONALIDADE DA SAÚDE DO IDOSO.  
FONTE: MORAES, 2012. AAVD: ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA; AIVD: ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA; ABVD: ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA.



---

# Contextualização

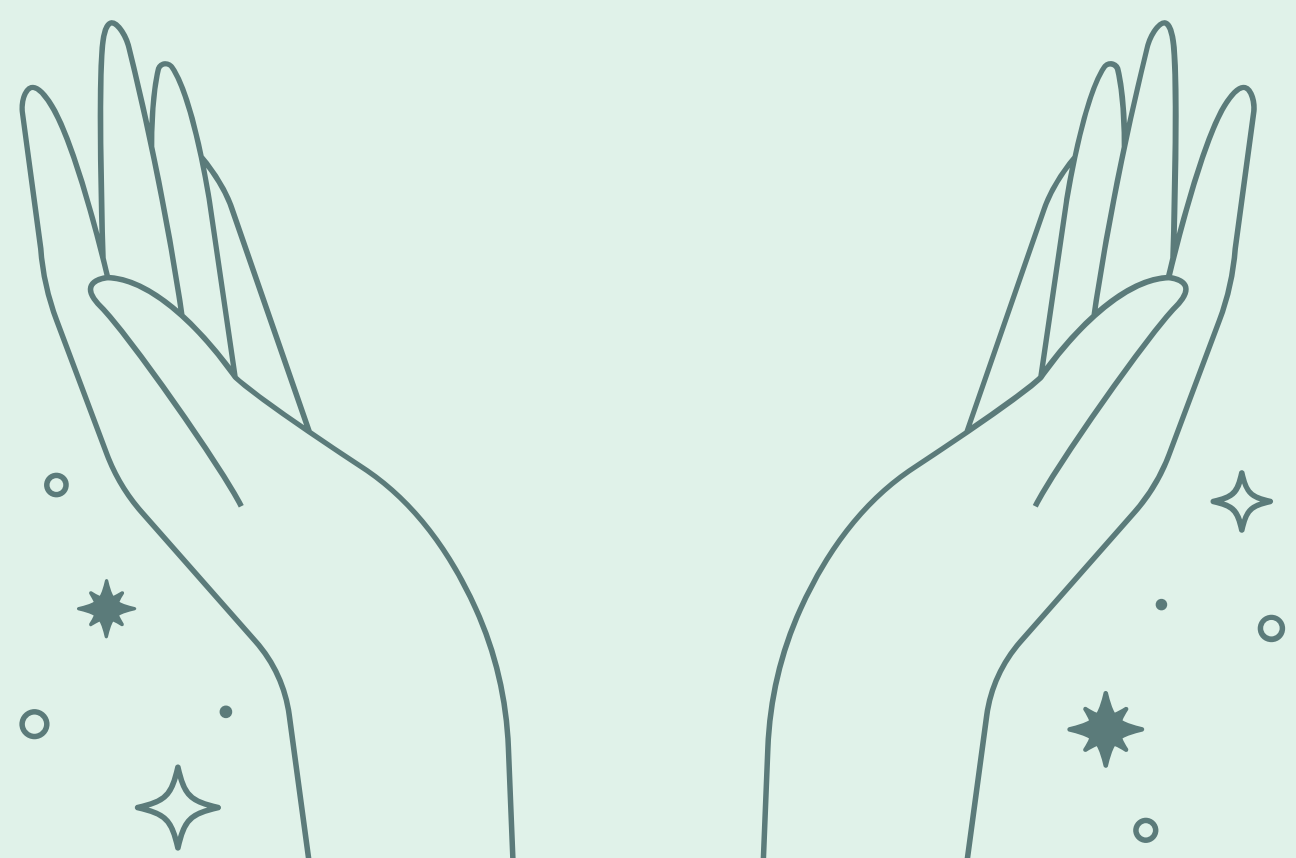
A presença de múltiplas condições patologias crônicas na pessoa idosa, demanda acompanhamento constante e cuidados permanentes, crescente por serviços de saúde, assim como fenômenos de agudização de tais condições, o que implica no aumento da frequência de internações hospitalares das pessoas idosas, com tempo de ocupação do leito maior quando comparado com outras faixas etárias (Moraes et al., 2019).

Dado o exposto, o manejo de cuidados em saúde para as pessoas idosas necessita ser aprimorado para garantir resultados favoráveis sem que isso resulte em custos excessivos para o setor. Para isso, faz-se necessário ampliar e qualificar os profissionais de saúde para um cenário de um cuidado assistencial contemporâneos e resolutivos para a nossa população idosa.

Proporcionar qualidade de vida a essa população envolve a utilização de pessoal qualificado e bem preparado, assim como a efetiva integração do cuidado e tecnologia de informação (Noronha, Castro, Gadelha, 2023).

Convém ressaltar que a Enfermagem é uma profissão que apresenta habilidades e competências para prestação de cuidados a saúde da pessoa idosa por meio de uma relação dinâmica que considera sua multidimensionalidade.

Ressalta-se que nos novos modelos de cuidado, o enfermeiro se insere com especialização em Saúde do Idoso, atuando como gerente de cuidados, monitorando as condições de saúde das pessoas idosas e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo com a família (Moraes et al., 2019).





# Cuidado à pessoa idosa



FIGURA 3. PARTICULARIDADES DO CUIDADO À PESSOA IDOSA  
FONTE: AUTORAS, 2024.

A figura 3 destaca as particularidades do cuidado à pessoa idosa. O seu atendimento implica a criação de um novo paradigma nas práticas de saúde, já que requer uma ampliação da perspectiva além do modelo biomédico tradicional, que se concentra na doença e na cura. As pessoas idosas têm características específicas em relação à manifestação, progressão e resultado dos problemas de saúde, demonstrando uma maior vulnerabilidade a eventos adversos. Isso demanda intervenções que sejam multidimensionais e multisectoriais, com ênfase no cuidado integral (Brasil, 2014).



# Teoria do Conforto

Considerando a multidimensionalidade do cuidado de enfermagem à pessoa idosa, a Teoria do Conforto é uma teoria de médio alcance cujo enfoque é compreendido como a satisfação das necessidades humanas básicas resultante da prática dos profissionais de enfermagem. O enfermeiro avalia o paciente de forma holística, buscando identificar às necessidades de conforto a partir dos quatro contextos e, simultaneamente, implementa intervenções, levando em consideração as variáveis intervenientes, ao tempo em que avalia a satisfação de conforto proporcionada por cada ação praticada (Kolcaba, 2003). A Figura 4 apresenta o modelo da Teoria do Conforto com os principais conceitos articulados pela teórica. Ao explorar como os cuidados de enfermagem contribuem para a compreensão do conforto, são identificadas proposições teóricas que se desdobram em três fases distintas. (Kolcaba, 2003).

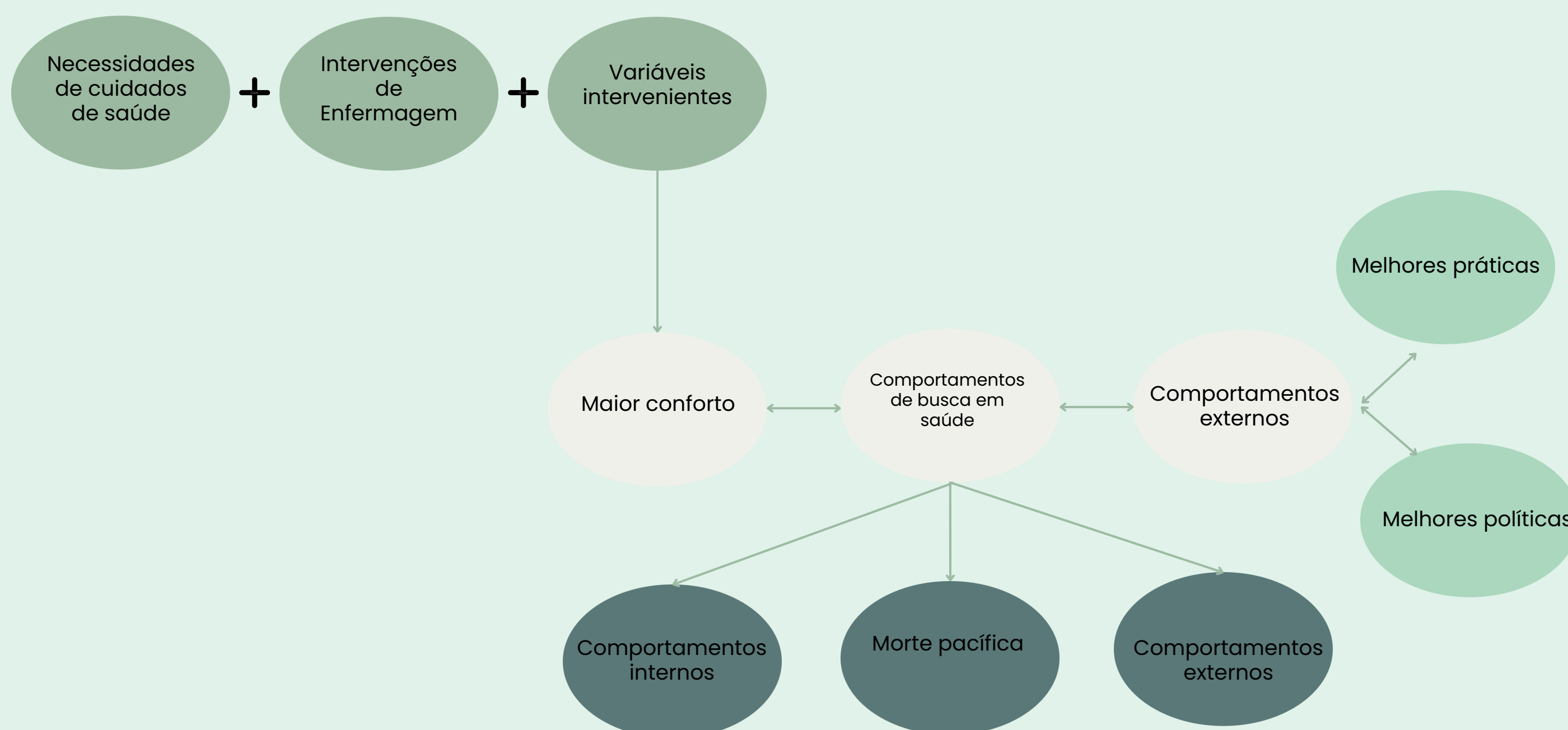


FIGURA 4. ESTRUTURA CONCEITUAL DA TEORIA DO CONFORTO.  
FONTE: [HTTP://WWW.THECOMFORTLINE.COM/2012](http://www.thecomfortline.com/2012).

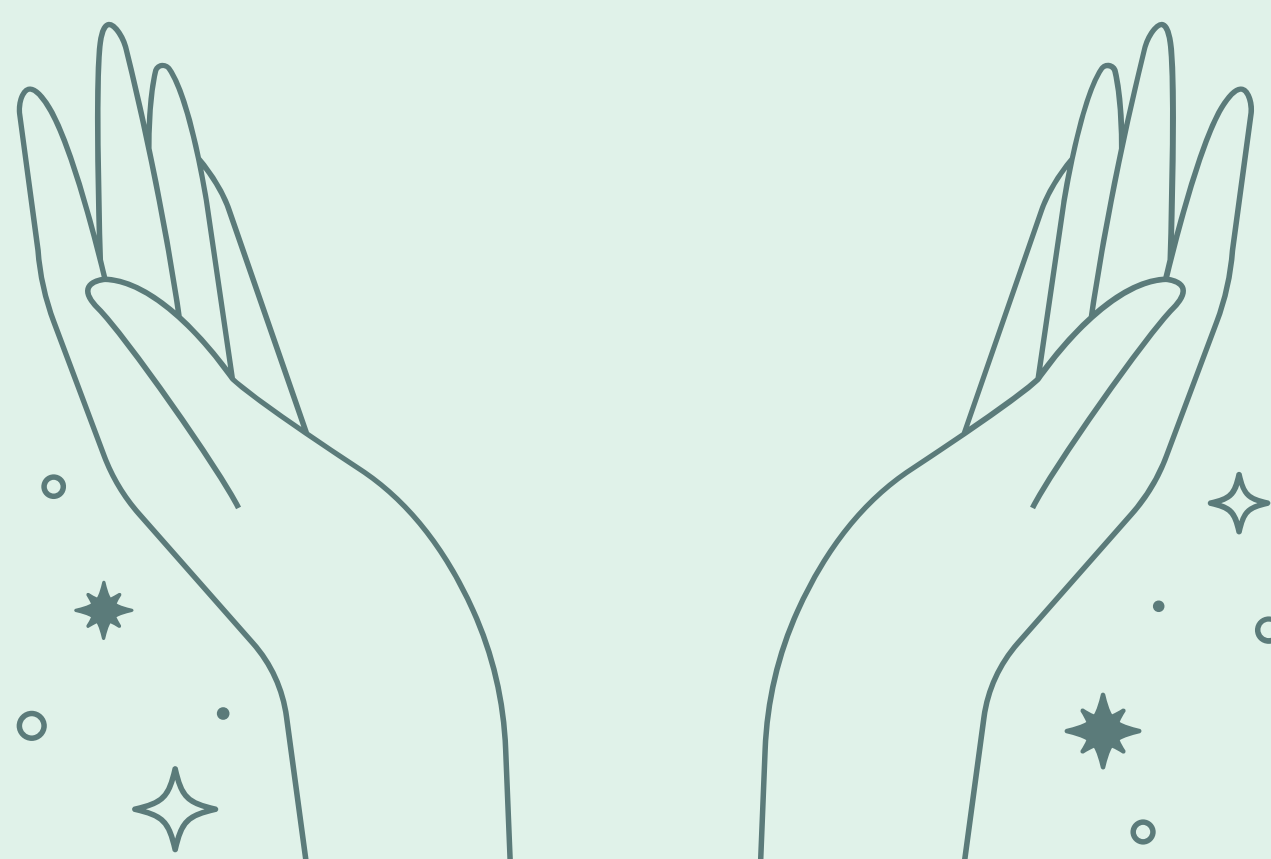


# Teoria do Conforto

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 função autoimune, fé; e externas, tais quais, atividades de saúde, busca pelo conhecimento; podendo também ser proporcionado uma morte pacífica (KOLCABA, 2003).

O terceiro momento corresponde à integridade institucional, quando instituição e equipe de cuidados são preparadas eticamente para a tentativa de aperfeiçoar a qualidade dos serviços. Inclui a satisfação do paciente, redução de custos, redução de morbidade e reinternações, assim como melhores políticas e práticas de saúde (KOLCABA, 2003).





# Dimensões do conforto

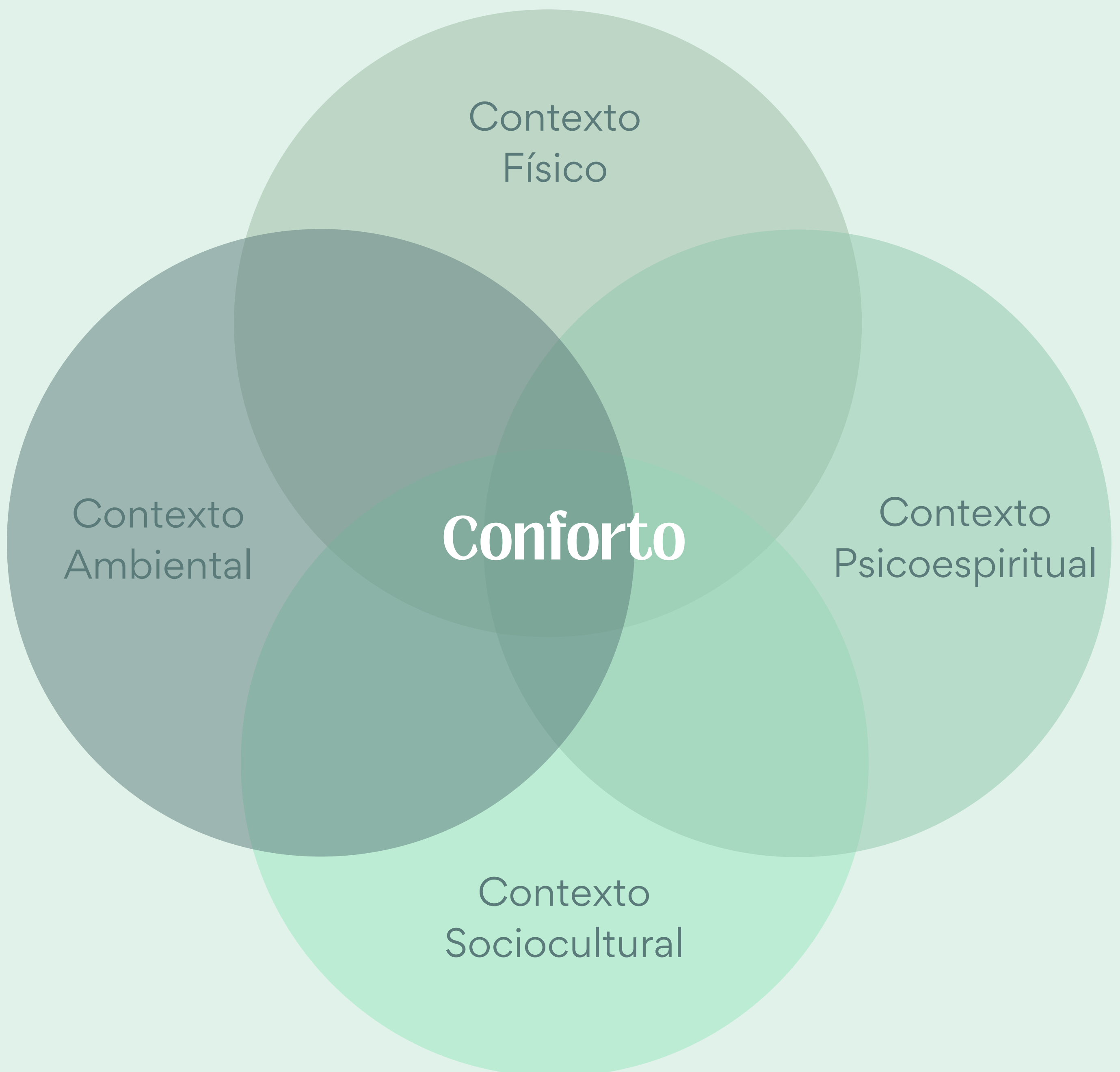


FIGURA 5. DIMENSÕES DO CONFORTO.  
FONTE: [HTTP://WWW.THECOMFORTLINE.COM/2012](http://www.thecomfortline.com/2012).



# Dimensões do conforto

Kolcaba descreve quatro dimensões em que pode ocorrer o conforto do paciente: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural os quais podem ser identificados ou percebidos pelas pessoas idosas, profissionais e cuidadores, tornando-se necessidades de conforto (KOLCABA, 2012).

- **Físico:** pertencente às sensações do corpo.
- **Ambiental:** inclui o ambiente, as condições e influências externas.
- **Sociocultural:** pertence às relações interpessoais, familiares e sociais; engloba ainda aspectos financeiros e informações da vida social.
- **Psicoespiritual:** refere-se à consciência de si próprio, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade; o sentido da vida e a relação com um ser supremo.

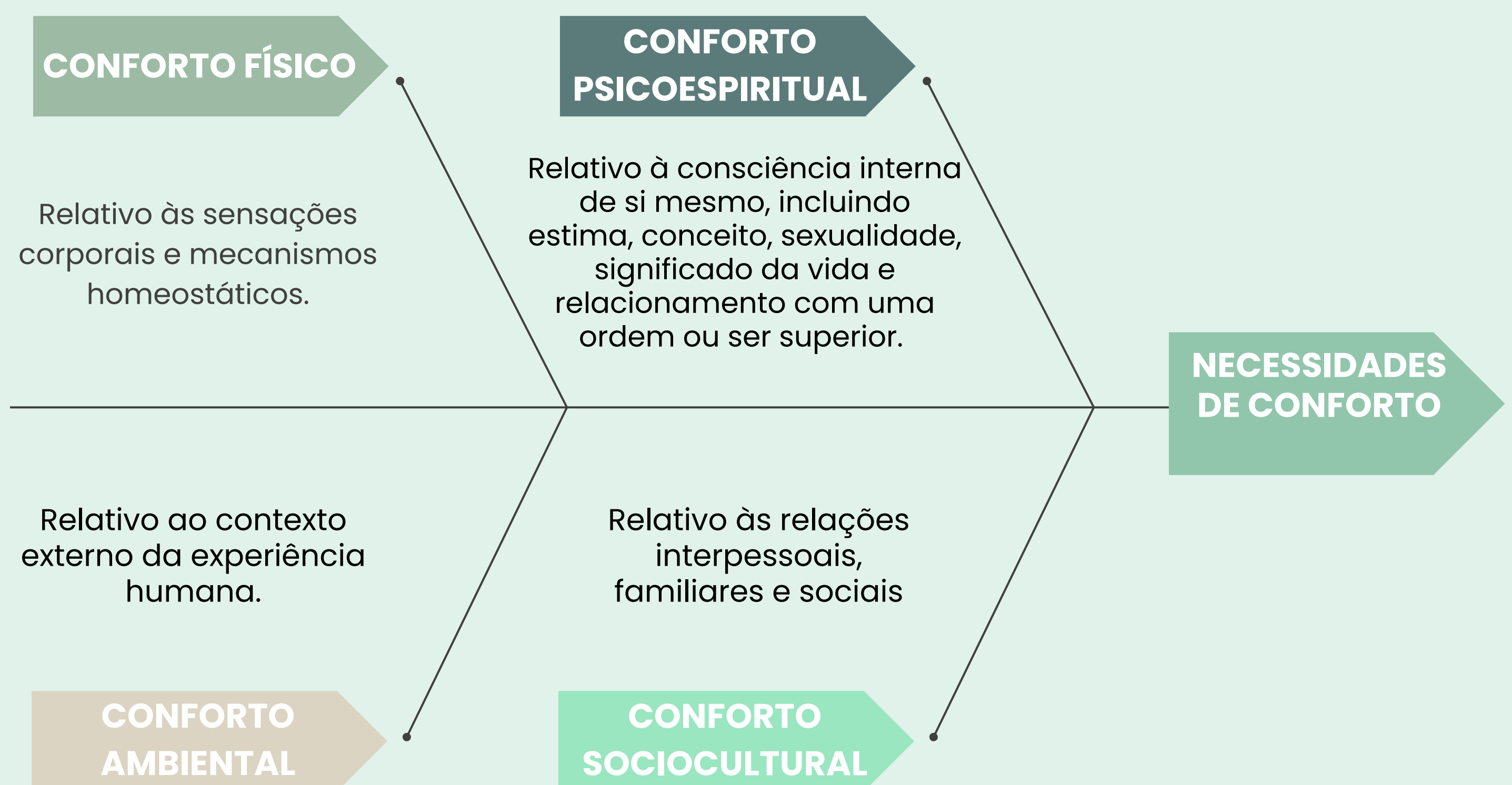


FIGURA 6. DIMENSÕES DO CONFORTO.  
FONTE: [HTTP://WWW.THECOMFORTLINE.COM/2012](http://www.thecomfortline.com/2012).



## Estrutura taxonômica

Kolcaba define os níveis de conforto que se podem atingir (alívio, tranquilidade e transcendência) e o contexto em que estes podem ocorrer ou ser percebidos pela pessoa (físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual). A partir dessa análise teórica construiu a estrutura taxonômica do conforto em um diagrama de 12 células interdependentes (KOLCABA, 2003), elucidado na Figura 6.

- **Alívio:** estado de um paciente que tem satisfeita uma necessidade específica. É satisfazer a necessidade através do controle de fatores de caráter global que causam desconforto, podendo o cliente ficar num estado de calma ou contentamento; uma condição imediata.
- **Tranquilidade:** estado de calma ou satisfação. É satisfazer necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto, resultantes de uma experiência individual. A tranquilidade pressupõe uma condição mais duradoura e contínua, um estado de contentamento e bem-estar.
- **Transcendência:** estado em que se está por cima dos problemas ou da dor própria. A transcendência, como o mais elevado estado do conforto, traduz-se na satisfação de necessidades de educação e motivação, implica crescimento pessoal, ou seja, preparar o cliente para desenvolver os seus potenciais e realizar as suas atividades com a máxima independência possível, adotando hábitos de vida saudáveis.

CONFORTO	Alívio	Transcendência	Tranquilidade
Físico			
Ambiental			
Sociocultural			
Psicoespiritual			

FIGURA 6. ESTRUTURA TAXONÔMICA DA TERORIA DO CONFORTO.  
FONTE: [HTTP://WWW.THECOMFORTLINE.COM/2012](http://www.thecomfortline.com/2012).



---

# Protocolo de Enfermagem

A implementação de protocolos de enfermagem é essencial para garantir a qualidade e a segurança no cuidado aos pacientes (COREN-SP, 2018). Estes protocolos são fundamentados em práticas baseadas em evidências, que visam não apenas padronizar, mas também otimizar as intervenções de enfermagem para promover melhores resultados clínicos e de bem-estar.

A utilização da NANDA-I permite uma avaliação precisa e sistemática das necessidades de saúde dos pacientes. A partir da identificação de diagnósticos de enfermagem, como conforto prejudicado ou outros, os enfermeiros podem direcionar intervenções adequadas para cada situação clínica específica.

A NIC, por sua vez, oferece um conjunto de intervenções padronizadas e baseadas em evidências, que são organizadas de acordo com as melhores práticas reconhecidas internacionalmente. Tais subsídios garantem a eficácia das intervenções, e permeiam a comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo uma abordagem integrada e coordenada no cuidado ao paciente.

Para assegurar que esses protocolos sejam embasados em evidências científicas robustas, seguiu-se todos aspectos éticos e legais e os principais métodos para realizar uma busca sistematizada e análise da qualidade metodológica dos estudos selecionados utilizando instrumentos da *Joanna Briggs Institute*.

Portanto, a adoção de protocolos de enfermagem baseados na NANDA, na NIC e respaldados por evidências científicas fortalece a prática clínica, bem como, promove uma assistência de enfermagem mais segura, eficiente e alinhada com as melhores práticas globais.

Essa abordagem não só beneficia diretamente os pacientes, ao garantir um cuidado individualizado e de qualidade, mas também contribui para o avanço contínuo da Enfermagem, enquanto ciência, comprometida com a excelência e a melhoria contínua dos serviços de saúde.

---

# Percurso Metodológico

Esta diretriz foi norteadada pela segunda versão do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE-II) que tem como finalidade dar suporte ao desenvolvimento de diretrizes de práticas em saúde por meio de orientações de construção e validação (Khan, Stein, 2014).

Diante disso, este documento foi construído a partir de uma revisão integrativa da literatura, baseada na estratégia PICO de busca dos registros. Sendo assim, utilizou-se da seguinte pergunta de pesquisa:

ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ESTUDOS DE ACORDO COM A ESTRATÉGIA PICO. JOÃO PESSOA, 2024.

Quais evidências científicas fundamentam a construção de um protocolo de intervenções de enfermagem para o conforto de pessoas idosas hospitalizadas?			
P	I	C	O
Pessoas idosas hospitalizadas	Intervenções, atividades ou cuidados de enfermagem que apliquem a Teoria do Conforto de Kolcaba	Nenhum	Conforto Variáveis relacionadas ao conforto

Para a busca na literatura, foram selecionadas as seguintes bases de dados: Scopus, Web of Science, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via Psychology and Behavioral Sciences Collection (MEDLINE via EBSCO), Base de dados de Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Após procedimentos ora mencionados, todas as citações identificadas foram anexadas no gerenciador de referências EndNote Basic e no Software Rayyan por dois revisores independentes a fim de evitar vieses na seleção dos artigos, um terceiro revisor foi definido para o caso do consenso entre os primeiros revisores não ser alcançado. Apresentados no diagrama de fluxo do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) elaborado para relatar o processo de busca e seleção dos estudos (Moher et al., 2009; Mourad, 2016) e norteadas pelos métodos do The Joanna Briggs Institute (JBI) (PETERS et al., 2020).

DIAGRAMA DE FLUXO PRISMA 2020 PARA NOVAS REVISÕES SISTEMÁTICAS QUE INCLUÍRAM PESQUISAS APENAS EM BASES DE DADOS

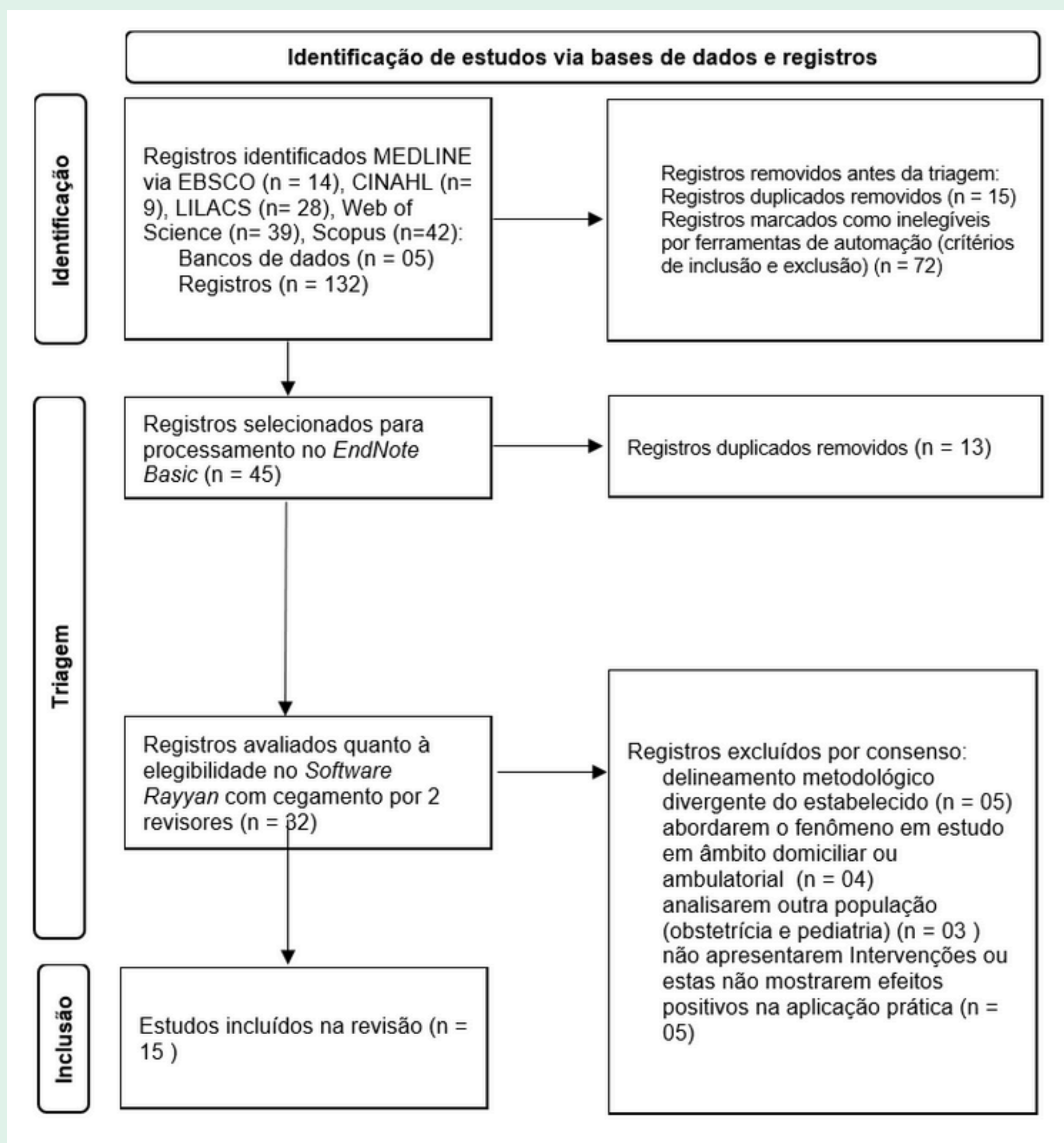


FIGURA 8: ADAPTADO PELOS AUTORES (2024). FONTE: PAGE MJ, MCKENZIE JE, BOSSUYT PM, BOUTRON I, HOFFMANN TC, MULROW CD, ET AL. THE PRISMA 2020 STATEMENT: AN UPDATED GUIDELINE FOR REPORTING SYSTEMATIC REVIEWS. BMJ 2021;372:N71. DOI: 10.1136/BMJ.N71

## Síntese dos artigos selecionados da Revisão integrativa da Literatura. João Pessoa - PB, 2023.

Título/Autores	Qualidade Metodológica	Nível de Evidência
Nursing diagnoses in hospitalized elderly patients based on Kolcaba's Comfort Theory (Barreto Cardoso et al., 2020).	Cinco de oito pontos no Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Da JBI*	4.b
Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African-Americans (Conner, Eller, 2004).	Oito de oito pontos no Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Da JBI*	3.e
Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino (Freitas et al., 2014).	Cinco de oito pontos no Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Da JBI*	4.b
Extensive human suffering: a point prevalence survey of patients' most distressing concerns during inpatient care (Fridh et al., 2015).	Quatro de oito pontos no Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Da JBI*	4.b
Nurses' knowledge and attitudes on comfort nursing care for hospitalized patients (Hou et al., 2014).	Sete de oito pontos no Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Da JBI*	4.b
Cuidado de Enfermagem à Idosa com Síndrome da Fragilidade fundamentado na Teoria do Conforto (Lucena et al., 2020).	Seis de oito pontos no Checklist Critical Appraisal Checklist For Case Reports da JBI*	4.d
Impacto de un proyecto piloto de estimulación cognitiva sobre el bienestar psicoespiritual en adultos mayores (Jiménez et al., 2018)	Quatro de oito pontos no Checklist for Analytical Cross Sectional Studies da JBI*	4.b
Participation of family caregivers for the Comfort of hospitalized elderly people (Medina et al., 2020).	Sete de dez pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	5.c
Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa (Oliveira, Menezes, 2017).	Sete de dez pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	5.c
Necessidade de conforto percebida por idosos hospitalizados: uma análise à luz da teoria de Kolcaba (Oliveira et al., 2020).	Oito de dez pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	4.b
O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar (Ribeiro, Marques, 2017).	Dez de dez pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	5.c
Percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidado importantes (Saavedra, Galvez, 2017).	Sete de dez pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	5.c
Comfort on a ward for older people (Tutton, Seers, 2004).	Dez de dez pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	5.c
Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic context (Williams, Irurita, 2006).	Nove de dez pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	5.c
Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).	Nove de dez pontos no Checklist For Qualitative Research Checklist da JBI*	5.c

---

Optou-se pela utilização de uma ferramenta de análise lexical, o software Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) para o tratamento do conteúdo encontrado nos artigos, no sentido de realizar a inferência e interpretação dos resultados que apresentaram teor significativo para o estudo.

Somando-se as evidências encontradas na literatura, buscou-se identificar as intervenções nos sistemas de classificação padronizados da NIC para o Diagnóstico de Enfermagem: Conforto Prejudicado da NANDA-I alocado no Domínio 12. Optou-se por delimitar o estudo quanto a utilização deste, visto que este perpassa as 3 Classes: física, ambiental e social, generalizando o cuidado nessa perspectiva. Acrescentou-se as intervenções no contexto psicoespiritual para contemplar a Teoria de Kolcaba.

Com validação por três especialistas na área de saúde do idoso, com vasta experiência em assistência, ensino, pesquisa, extensão e sistemas padronizados de classificação de enfermagem.

Destarte, seguiu-se as etapas do Mapeamento Cruzado que se trata de um processo de comparação entre dados aparentemente semelhantes para explicar ou expressar algo, identificado por meio de uma análise com dados dispostos paralelamente na busca de similaridade entre os achados e validação do objeto de estudo em diferentes contextos. Esta ferramenta literalmente permite comparar os dados não padronizados da literatura ou ações da prática cotidiana com a linguagem padronizada das Classificação de Enfermagem, a fim de globalizar a linguagem (Moorhead, Delaney, 1997; Lucena, Barros, 2005).

A etapa de análise do conteúdo para validação do protocolo utilizou-se do Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE-II, 2009) que constitui uma avaliação da qualidade de protocolo que pode ser usado por todos os profissionais de saúde em qualquer contexto de atenção e quaisquer circunstâncias de saúde ou doença e apresenta como vantagem, facilitar o processo de planejamento, elaboração e implementação de diretrizes e sistematizar as principais características do protocolo e a nortear a aplicação e consolidação das pontuações atribuídas pelos juízes. Com elevado rigor metodológico, o instrumento é composto por seis domínios: 1) escopo e finalidade, 2) envolvimento das partes interessadas, 3) rigor de desenvolvimento, 4) clareza de apresentação, 5) aplicabilidade e 6) independência editorial. Esse conjunto de domínios encontram-se estandardizados em 23 itens de avaliação (Khan, Stein, 2014).

---

## Atualização do Protocolo

Sugere-se que, a cada dois anos, a equipe de desenvolvimento do presente protocolo possam buscar novas evidências na literatura, a fim de atualizar e implementar as mudanças necessárias, juntamente com a atualização da NANDA-I e NIC.

## Necessidades de recursos para aplicação do protocolo

Considera-se que não sejam necessários recursos extras para a implementação deste protocolo, visto que se constitui em tecnologia leve dura.

## Mensuração da aplicação das recomendações do protocolo

Espera-se realizar a validação clínica para publicação como E-book e aplicação posterior. Em seguida deve-se ser treinado quanto à sua utilização pelos serviços de enfermagem. critério de monitoramento deve incluir a avaliação regular do bem-estar do paciente e a análise dos resultados clínicos e de satisfação institucional.

## Facilitadores e barreiras no processo de aplicação do protocolo

Considera-se como facilitadores, constituem a sua acessibilidade e baixo custo diante do potencial impacto positivo que pode proporcionar à assistência de enfermagem, não apenas a promover o conforto, mas também evitar complicações, favorecendo uma recuperação mais tranquila e eficaz, isenta de efeitos colaterais. Ademais, apresenta segurança pela Prática Baseada em Evidências, considerando as evidências científicas e intervenções de enfermagem da NIC e validação por especialistas.

Como barreiras, pode-se prever que haja dificuldades operacionais devido à falta de treinamento adequado e a escassez de recursos e tempo para sua aplicação, além da resistência dos profissionais em modificarem suas práticas consolidadas ao longo dos anos.

# Questionário Geral do Conforto



Para avaliar o conforto, a teórica propõe o seguinte questionário:

## ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO GERAL DO CONFORTO

MUITO obrigado por me ajudar no meu estudo do conceito CONFORTO. Abaixo são afirmações que podem descrever seu conforto neste momento. Quatro números são fornecidos para cada pergunta; por favor, marque o número que você acha que mais se aproxima do seu sentimento. Relacione essas perguntas ao seu conforto no momento em que estiver respondendo às perguntas. Considere:

### 4: Concordo Totalmente; 3: Concordo; 2: Discordo; 1: Discordo Totalmente

Domínio Físico
Perguntas
1. Sinto meu corpo relaxado agora
5. Eu não quero fazer exercícios
14. Minha dor é difícil de ser suportada
19. Eu estou constipado(a) agora
20. Eu não me sinto saudável agora
25. Eu estou com fome
28. Eu estou muito cansado(a)
32. Esta cadeira (cama) me machuca
36. Eu me sinto bem o suficiente para caminhar
41. Eu me sinto desconfortável porque não estou vestido(a)
Domínio Ambiental
03. Eu tenho privacidade suficiente
11. Este ambiente é agradável
12. O barulho não me deixa descansar
18. Eu não gosto daqui
21. Este ambiente me faz sentir medo
27. A temperatura neste lugar está agradável
33. Este ambiente me inspira
34. Meus pertences não estão aqui
42. Este ambiente tem um cheiro terrível
47. É fácil se locomover por aqui
Domínio Sociocultural
02. Eu me sinto útil porque estou trabalhando muito
04. Existem pessoas em quem eu posso confiar quando eu precisar de ajuda
08. Eu me sinto dependente dos outros
13. Ninguém me entende
16. Eu fico triste quando estou sozinho(a)
23. Eu tenho uma pessoa(s) que me faz(em) sentir cuidado(a)
26. Eu gostaria de ver meu médico com mais frequência
30. O humor daqui me faz sentir melhor
35. Eu me sinto deslocado(a) aqui
37. Meus amigos lembram-se de mim com mensagens e telefonemas
39. Eu preciso ser melhor informado(a) sobre minha saúde
Domínio Psicoespiritual
06. Minha condição me deixa triste
07. Eu me sinto confiante
09. Eu sinto que minha vida vale a pena
10. Eu me sinto satisfeito(a) por saber que eu sou amado(a)
15. Eu estou motivado(a) em fazer o meu melhor
17. Minha fé me ajuda a não ter medo
22. Eu tenho medo do que está para acontecer
24. Eu tenho passado por mudanças que me fazem sentir desconfortável
29. Eu posso superar minha dor
31. Eu estou contente
38. Minhas crenças me dão paz de espírito
40. Eu me sinto fora de controle
43. Eu estou sozinho(a), mas não solitário(a)
44. Eu me sinto em paz
45. Eu estou deprimido(a)
46. Eu tenho encontrado sentido na minha vida
48. Eu preciso me sentir bem novamente

# Domínio 12 - Conforto NANDA | 2021-2023 ✦

Domínio 12	Conforto	Definição
Classe 1 - Conforto físico	<b>Conforto físico</b>	
	<b>Conforto prejudicado (00214)</b>	<b>Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.</b>
	<b>Disposição para conforto melhorado (00183)</b>	<b>Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.</b>
	<b>Dor aguda (00132)</b>	<b>Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.</b>
	<b>Dor crônica (00133)</b>	<b>Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.</b>
	<b>Síndrome da dor crônica (00255)</b>	<b>Dor recorrente ou persistente há no mínimo 3 meses e que afeta significativamente o funcionamento diário ou o bem-estar.</b>
	<b>Dor no trabalho de parto (00256)</b>	<b>Experiência sensorial e emocional, que varia de agradável a desagradável, associada ao trabalho de parto e nascimento da criança.</b>
	<b>Náusea (00134)</b>	<b>Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago que pode ou não resultar em vômito.</b>

# Domínio 12 - Conforto NANDA I 2021-2023



Classe 2 - Conforto ambiental	<b>Conforto ambiental</b>	
	<b>Conforto prejudicado (00214)</b>	<b>Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.</b>
	<b>Disposição para conforto melhorado (00183)</b>	<b>Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.</b>
Classe 3 - Conforto social	<b>Conforto social</b>	
	<b>Conforto prejudicado (00214)</b>	<b>Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.</b>
	<b>Disposição para conforto melhorado (00183)</b>	<b>Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.</b>
	<b>Isolamento social (00053)</b>	<b>Solidão sentida pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.</b>
	<b>Risco de solidão (00054)</b>	<b>Suscetibilidade a desconforto associado a desejo ou necessidade de ter mais contato com os outros que pode comprometer a saúde.</b>

# Intervenções NIC para o Diagnóstico de Enfermagem Conforto Prejudicado



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: CONFORTO PREJUDICADO (00214): Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.**

INTERVENÇÕES SUGERIDAS	Definição	Atividades
Administração de Medicamentos (2300)	Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não prescritos.	23
Apoio Espiritual (5420)	Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior.	30
Assistência na Automodificação (4470)	Reforço de uma mudança autodirigida, iniciada pelo paciente, em busca de metas de importância pessoal.	41
Aumento da Segurança (5380)	Intensificação de uma sensação de segurança física e psicológica pelo paciente.	22
Controle da Demência (6460)	Provisão de um ambiente modificado para paciente em estado de confusão crônica.	45
Controle da Demência: Banho (6462)	Redução de comportamento agressivo durante a higiene do corpo.	35
Controle da Dor (1400)	Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.	43
8. Controle do Ambiente: Conforto (6482):	Manipulação do ambiente ao redor do paciente para promover o máximo de conforto.	19
9. Intermediação Cultural (7330):	Uso deliberado de estratégias com competência cultural para aproximar ou intermediar a cultura do paciente e o sistema de biomédico de cuidados de saúde	18
10. Melhora da Autoeficácia (5395):	Fortalecimento da confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um comportamento de saúde	16
11. Melhora do Sistema de Apoio (5440):	Facilitação de suporte ao paciente pela família, amigos e comunidade	15
12. Posicionamento (0840):	Posicionamento deliberado do paciente, ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.	36
13. Redução da Ansiedade (5820):	Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.	25
14. Técnica para acalmar (5880):	Redução da ansiedade em paciente com sofrimento agudo.	17
15. Terapia de Relaxamento (6040):	Uso de técnicas de encorajamento e provocação de relaxamento para reduzir sinais e sintomas indesejados, como dor, tensão muscular ou ansiedade.	23

---

# Intervenções NIC para o Diagnóstico de Enfermagem Conforto Prejudicado

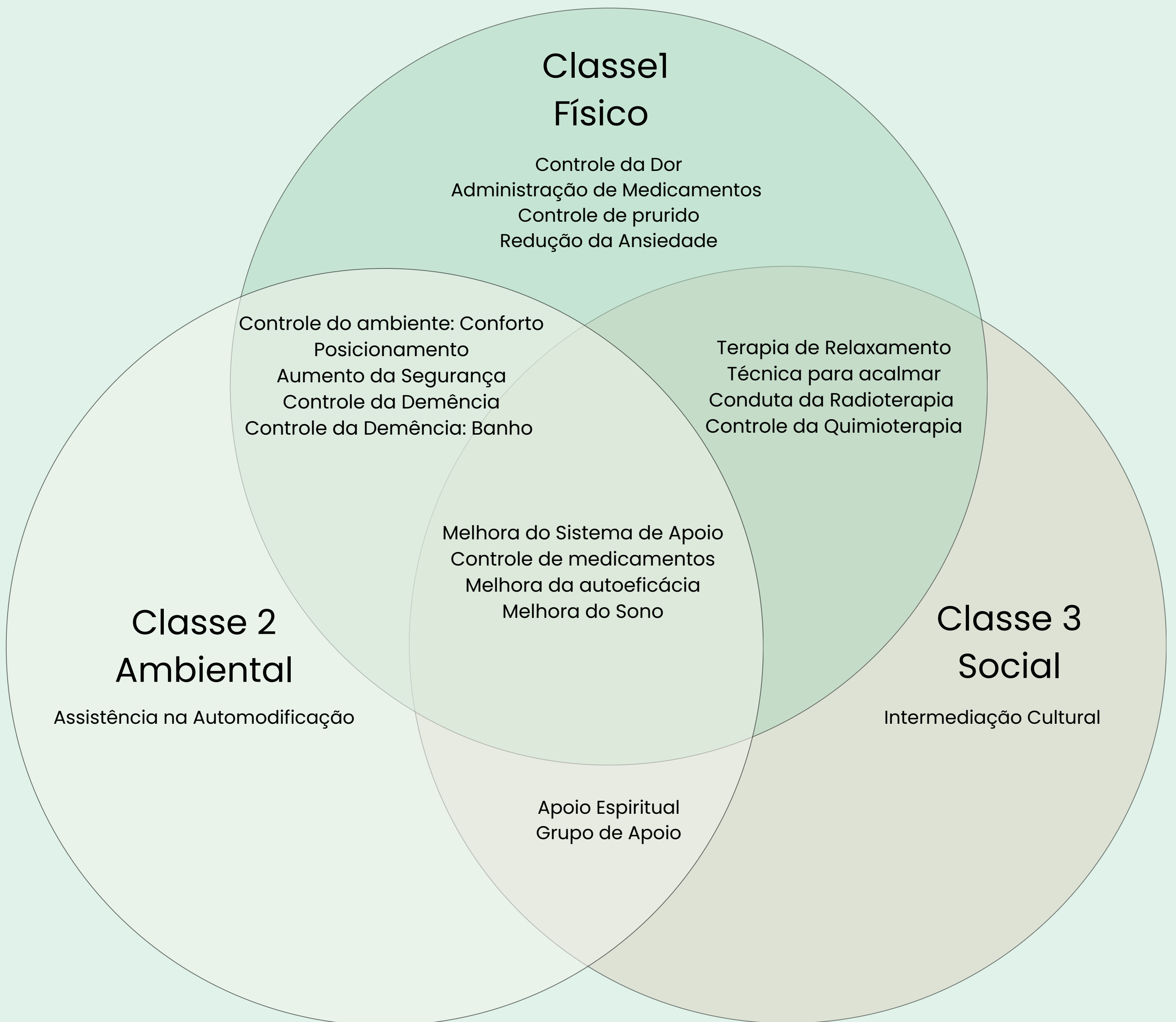


**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: CONFORTO PREJUDICADO (00214):** Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e/ou social.

<b>INTERVENÇÕES OPCIONAIS</b>	<b>Definição</b>	<b>Atividades</b>
1. Conduta da Radioterapia (6600):	Assistência ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos	46
2. Controle da Quimioterapia (2240):	Assistência ao paciente e aos familiares para que compreendam a ação e a minimização dos efeitos colaterais dos agentes antineoplásicos.	42
3. Controle de Medicamentos (2380):	Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos.	36
4. Controle de Prurido (3550):	Prevenção e tratamento de prurido.	17
5. Grupo de Apoio (3550):	Uso de um ambiente de grupo para o oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativas à saúde.	28
6. Melhora do Sono (1850):	Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.	27

---

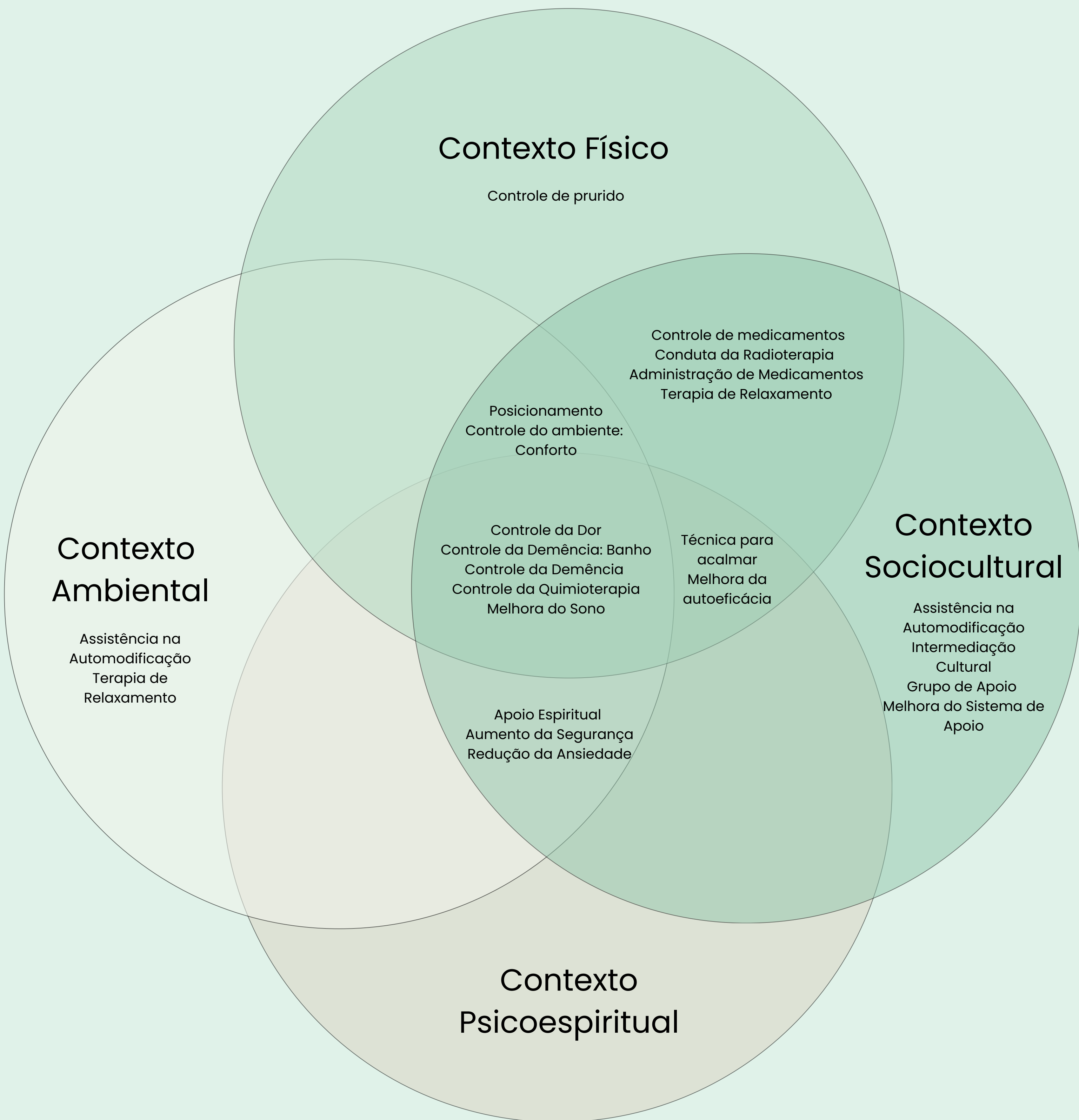
# Resultados



Intervenções de enfermagem da NIC validadas por especialistas apenas nas Classes de Conforto do Domínio 12 da NANDA-I com Índice de Concordância > 0,80 (Intervenções Prioritárias).

---

Mapeamento Cruzado das Intervenções de enfermagem da NIC com atividades e cuidados encontrados na Revisão Integrativa da Literatura nos contextos de conforto da Teoria de Kolcaba.



## Mapeamento Cruzado das Intervenções da NIC com atividades validadas por especialistas

Administração de Medicamentos (2300): Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não prescritos.

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Desenvolver políticas e procedimentos institucionais para a administração precisa e segura de medicamentos	Físico/Sociocultural	Demonstrar qualidades de cuidado (Conner, Eller, 2004); Identificar necessidades de segurança (Lucena et al., 2020).
Desenvolver e utilizar um ambiente que maximize a administração segura e eficiente de medicamentos	Físico/Ambiental	Proporcionar um ambiente acolhedor e tranquilo (Lucena et al., 2020).
Dar o medicamento, usando técnica e via adequadas	Físico	Aliviar os sintomas sem demora (Fridh et al., 2015).
Orientar o paciente e a família sobre ações e efeitos adversos esperados do medicamento	Físico/Sociocultural	Promover comunicação adequada com os pacientes e suas famílias (Hou et al., 2014).
Verificar todas as dúvidas quanto às prescrições de medicamentos com o profissional de saúde apropriado	Sociocultural	Garantir informações e esclarecimentos em linguagem compreensível aos idosos e aos seus familiares (Oliveira et al., 2020).
Monitorar o paciente para determinar a necessidade de medicamentos, conforme apropriado	Físico	Monitorar sintomas graves, como dor, náusea e problemas respiratórios (Fridh et al., 2015).

**Apoio Espiritual (5420): Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Usar a comunicação terapêutica para estabelecer confiança e cuidados com empatia	Sociocultural/Psico espiritual	Promover a comunicação (Barreto Cardoso et al., 2020); Demonstrar empatia (Barreto Cardoso et al., 2020); Fornecer um cuidado mais sensível e compassivo (Fridh et al., 2015); Estabelecer uma relação de confiança com o paciente, demonstrando interesse e atenção às suas necessidades emocionais e espirituais (Ribeiro, Marques, 2017); Estabelecer uma comunicação eficaz e sensível às diferenças culturais (Saavedra, Galvez, 2017); Oferecer apoio emocional e espiritual, escuta atenta, empatia e suporte para lidar com questões emocionais e espirituais relacionadas à sua condição de saúde (Saavedra, Galvez, 2017).
Usar os instrumentos para monitorar e avaliar o bem-estar individual, conforme apropriado	Psicoespiritual	Considerar critérios de conforto durante a avaliação de enfermagem e no planejamento do cuidado (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).
Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros	Sociocultural	Reconhecer a importância da presença e apoio dos membros da família (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).
Oferecer privacidade e períodos de calma para atividades espirituais	Psicoespiritual/Ambiental	Respeitar e apoiar as crenças espirituais ou religiosas; (Freitas et al., 2014); Proporcionar um ambiente que permita a expressão e prática de sua fé (Freitas et al., 2014); Manter a privacidade e individualidade (Oliveira et al., 2020); Considerar crenças religiosas e práticas dos pacientes para garantir que possam seguir seus princípios religiosos. (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); Respeito à privacidade e à espiritualidade dos pacientes durante a doença e hospitalização (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).
Estimular a participação em grupos de apoio	Sociocultural	Identificar necessidades de apoio social; (Hou et al., 2014); Promover momentos de socialização (Lucena et al., 2020).
Ensinar métodos de relaxamento, meditação e imagem orientada	Sociocultural/Psico espiritual	Promover momentos de reflexão e espiritualidade (Lucena et al., 2020).
Compartilhar as próprias crenças sobre sentido e propósito, conforme apropriado	Psicoespiritual	Ampliar os conhecimentos sobre os fenômenos que dão sentido à vida dos idosos (Oliveira, Menezes, 2017); Estimular a busca por significado e propósito em meio à hospitalização; (Oliveira et al., 2020); Reconhecer e respeitar as crenças e valores espirituais (Saavedra, Galvez, 2017).

## Apoio Espiritual (5420): Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior.

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Estar aberto a expressões individuais de preocupações	Sociocultural/Psico espiritual	Permitir expressar preocupações sobre questões socioeconômicas (Fridh et al., 2015); Permitir expressar preocupações sobre questões psicoespirituais (Fridh et al., 2015); Valorizar a singularidade e as necessidades específicas (Ribeiro, Marques, 2017).
Organizar visitas de conselheiro espiritual individual	Psicoespiritual	Reconhecer o papel do cuidador espiritual e incorporar a diversidade nos cuidados (Conner, Eller, 2004); Facilitar o contato dos pacientes com líderes espirituais ou conselheiros religiosos; (Freitas et al., 2014); Garantir prática religiosa (Oliveira et al., 2020); Valorizar a singularidade e as necessidades específicas (Ribeiro, Marques, 2017).
Rezar com a pessoa	Psicoespiritual	Estimular a oração (Medina et al., 2020); Incentivar a prática da oração, uma forma de lidar com o estresse e a ansiedade (Williams, Irurita, 2006).
Proporcionar música, literatura, ou programas de rádio ou TV espirituais ao indivíduo	Psicoespiritual	Promover a participação de atividades espirituais (Conner, Eller, 2004); Apoiar à necessidade espiritual ou religiosa; (Freitas et al., 2014); Proporcionar um ambiente que permita a expressão e prática de sua fé (Freitas et al., 2014); Facilitar a prática de uma religião; (Freitas et al., 2014); Auxiliar os pacientes na realização de práticas religiosas ou espirituais (Freitas et al., 2014); Proporcionar música ou vídeos; (Hou et al., 2014); Promover leitura da Bíblia (Medina et al., 2020); Garantir prática religiosa (Oliveira et al., 2020); Incentivar a participação em práticas religiosas ou espirituais, se desejado pelo paciente, como forma de fortalecer sua espiritualidade e bem-estar emocional (Ribeiro, Marques, 2017).
Estar aberto a expressões individuais de solidão e impotência	Psicoespiritual	Permitir expressar preocupações sobre questões socioeconômicas (Fridh et al., 2015); Permitir expressar preocupações sobre questões psicoespirituais (Fridh et al., 2015); Valorizar a singularidade e as necessidades específicas (Ribeiro, Marques, 2017).
Encorajar a frequência a reuniões espirituais, se desejado	Psicoespiritual	Promover a participação de atividades espirituais (Conner, Eller, 2004); Apoiar à necessidade espiritual ou religiosa; (Freitas et al., 2014); Proporcionar um ambiente que permita a expressão e prática de sua fé (Freitas et al., 2014); Facilitar a prática de uma religião (Freitas et al., 2014); Auxiliar os pacientes na realização de práticas religiosas ou espirituais (Freitas et al., 2014); Utilizar a religião/religiosidade como um recurso de apoio para quem vivencia o processo de envelhecimento; (Oliveira, Menezes, 2017); Incentivar a participação em práticas religiosas ou espirituais, se desejado pelo paciente, como forma de fortalecer sua espiritualidade e bem-estar emocional. (Ribeiro, Marques, 2017).

## Apoio Espiritual (5420): Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior.

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Proporcionar os artigos espirituais desejados, de acordo com preferências pessoais	Psicoespiritual	Permitir o uso de objetos religiosos (Medina et al., 2020).
Encaminhar para conselheiro espiritual conforme a preferência do indivíduo	Psicoespiritual	Reconhecer o papel do cuidador espiritual e incorporar a diversidade nos cuidados (Conner, Eller, 2004); Facilitar o contato dos pacientes com líderes espirituais ou conselheiros religiosos (Freitas et al., 2014); Compreender as necessidades espirituais e religiosas (Hou et al., 2014).
Usar técnicas de esclarecimento de valores para ajudar a pessoa a esclarecer crenças e valores, conforme apropriado	Sociocultural	Garantir o respeito às crenças e valores culturais (Barreto Cardoso et al., 2020); colaborar com os pacientes para encontrar um equilíbrio entre as recomendações de tratamento médico e suas crenças espirituais (Freitas et al., 2014); Reconhecer e respeitar as crenças e valores espirituais (Saavedra, Galvez, 2017); Considerar a diversidade cultural dos pacientes (Tutton, Seers, 2004).
Estar disponível para ouvir os sentimentos individuais	Sociocultural/Psicoespiritual	Oferecer partilha e escuta (Conner, Eller, 2004); Ouvir atentamente as preocupações e questões espirituais dos paciente (Freitas et al., 2014); Permitir expressar preocupações sobre questões socioeconômicas e psicoespirituais (Fridh et al., 2015); Valorizar a singularidade e as necessidades específicas (Ribeiro, Marques, 2017).
Expressar empatia com os sentimentos individuais	Sociocultural	Demonstrar empatia (Barreto Cardoso et al., 2020); Valorizar a singularidade e as necessidades específicas (Ribeiro, Marques, 2017); Oferecer apoio emocional e espiritual, escuta atenta, empatia e suporte para lidar com questões emocionais e espirituais relacionadas à sua condição de saúde (Saavedra, Galvez, 2017).
Facilitar o uso da meditação, da oração e de outras tradições e rituais religiosos pelo indivíduo	Psicoespiritual	Respeitar suas atividades religiosas (Barreto Cardoso et al., 2020); Apoiar à necessidade espiritual ou religiosa (Freitas et al., 2014); Respeitar e apoiar as crenças espirituais ou religiosas; (Freitas et al., 2014) Facilitar a prática de uma religião (Freitas et al., 2014); Auxiliar os pacientes na realização de práticas religiosas ou espirituais (Freitas et al., 2014); Compreender as necessidades espirituais e religiosas (Hou et al., 2014); Promover momentos de reflexão e espiritualidade (Lucena et al., 2020); Respeitar crenças e valores religiosos (Lucena et al., 2020); Estimular a oração (Medina et al., 2020).
Escutar com atenção a comunicação do indivíduo e desenvolver um senso de momento certo para a oração e os rituais espirituais	Psicoespiritual/Sociocultural	Oferecer partilha e escuta (Conner, Eller, 2004); Apoiar à necessidade espiritual ou religiosa (Freitas et al., 2014); Auxiliar os pacientes na realização de práticas religiosas ou espirituais (Freitas et al., 2014); Estimular a oração (Medina et al., 2020).

**Assistência na Automodificação (4470): Reforço de uma mudança autodirigida, iniciada pelo paciente, em busca de metas de importância pessoal.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Encorajar o paciente a examinar valores e crenças pessoais e a satisfação em relação a eles	Sociocultural	Garantir o respeito às crenças e valores culturais (Barreto Cardoso et al., 2020); Colaborar com os pacientes para encontrar um equilíbrio entre as recomendações de tratamento médico e suas crenças espirituais; (Freitas et al., 2014); Reconhecer e respeitar as crenças e valores espirituais (Saavedra, Galvez, 2017).
Avaliar o ambiente social e físico do paciente quanto a mais apoio aos comportamentos desejados	Sociocultural/Ambiental	Identificar necessidades de apoio social (Hou et al., 2014).
Ajudar o paciente na avaliação do cenário físico, social e interpessoal para a existência dos indicadores/desencadeadores	Sociocultural	Considerar critérios de conforto durante a avaliação de enfermagem e no planejamento do cuidado (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).

**Aumento da Segurança (5380): Intensificação de uma sensação de segurança física e psicológica pelo paciente.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Oferecer um ambiente livre de ameaças	Ambiental	Garantir um ambiente seguro (Barreto Cardoso et al., 2020); Identificar necessidades de segurança (Lucena et al., 2020); Elevar grades laterais para prevenir quedas; (Lucena et al., 2020).
Demonstrar calma	Sociocultural	Promoção de sentimentos de calma, contentamento e positivos (Tutton, Seers, 2004).
Permanecer com o paciente e tranquilizá-lo quanto à segurança e à proteção durante períodos de ansiedade	Sociocultural	Promover tranquilidade (Conner, Eller, 2004); Proporcionar um ambiente acolhedor e tranquilo (Lucena et al., 2020); Promoção de sentimentos de calma, contentamento e positivos (Tutton, Seers, 2004).
Encorajar a família a trazer objetos pessoais para uso ou alegria do paciente	Sociocultural/Psi coespirtual	Permitir o uso de objetos religiosos (Medina et al., 2020).
Escutar os medos do paciente/família	Sociocultural	Oferecer partilha e escuta (Conner, Eller, 2004); Auxiliar a enfrentar o medo em relação ao futuro (Fridh et al., 2015).
Explicar todos os exames e procedimentos ao paciente/família	Sociocultural	Garantir informações e esclarecimentos em linguagem compreensível aos idosos e aos seus familiares (Oliveira et al., 2020).
Ajudar o paciente/família a identificar os fatores que aumentam a sensação de proteção	Sociocultural	Reconhecer a importância da presença e apoio dos membros da família (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009);

**Controle da Demência (6460): Provisão de um ambiente modificado para paciente em estado de confusão crônica.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Incluir familiares no planejamento, prestação e avaliação dos cuidados o quanto desejar	Sociocultural	Considerar critérios de conforto durante a avaliação de enfermagem e no planejamento do cuidado (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).
Proporcionar um ambiente com poucos estímulos (p. ex., música calma e tranquila, padrões familiares simples e discretos na decoração, expectativas de desempenho que não ultrapassem a capacidade cognitiva de processamento e refeições em pequenos grupos)	Ambiental / Sociocultural	Proporcionar um ambiente acolhedor e tranquilo (Lucena et al., 2020); Personalizar o ambiente de acordo com as preferências individuais dos pacientes, incluindo objetos pessoais e decorações (Ribeiro, Marques, 2017).
Fornecer iluminação adequada, mas não excessiva	Ambiental	Manter ambiente hospitalar saudável, limpo, iluminado e tranquilo (Medina et al., 2020); Garantir estrutura física, limpeza, iluminação; (Oliveira et al., 2020); Garantir um ambiente calmo e tranquilo, iluminação adequada, minimizando ruídos e distrações (Saavedra, Galvez, 2017).
Identificar e remover os perigos potenciais ao paciente no ambiente	Ambiental	Elevar grades laterais para prevenir quedas (Lucena et al., 2020); Garantir um ambiente seguro (Barreto Cardoso et al., 2020);
Escutar os medos do paciente/família	Sociocultural	Oferecer partilha e escuta (Conner, Eller, 2004); Auxiliar a enfrentar o medo em relação ao futuro (Fridh et al., 2015).
Identificar e remover os perigos potenciais ao paciente no ambiente	Ambiental	Elevar grades laterais para prevenir quedas (Lucena et al., 2020); Garantir um ambiente seguro (Barreto Cardoso et al., 2020);

**Controle da Demência (6460): Provisão de um ambiente modificado para paciente em estado de confusão crônica.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Preparar o paciente para interagir com contato de olhos e toque, conforme apropriado	Sociocultural/Físico	Valorizar o toque como algo significativo (Conner, Eller, 2004); Realizar toque reconfortante acompanhado de comunicação verbal direcionada (Williams, Irurita, 2006).
Tratar o paciente pelo nome ao começar a interação e falar devagar	Sociocultural	Promover interação social (Barreto Cardoso et al., 2020); Cuidados de enfermagem e interação social; (Oliveira et al., 2020).
Dar uma orientação direta a cada vez	Sociocultural	Fornecer orientação e aconselhamento adequados (Freitas et al., 2014).
Manifestar interesse incondicional e positivo	Sociocultural	Promoção de sentimentos de calma, contentamento e positivos (Tutton, Seers, 2004).
Monitorar alimentação e peso Físico.	Físico	Garantir alimentação considerando as necessidades das pessoas idosas (Oliveira et al., 2020); Promover a ingestão adequada de líquidos e alimentos, respeitando as preferências e restrições alimentares dos pacientes (Ribeiro, Marques, 2017).
Proporcionar espaço para andar de um lado a outro e deambular em segurança	Físico/Ambiental	Promover mobilidade (Barreto Cardoso et al., 2020); Apoiar à mobilidade e atividade física (Tutton, Seers, 2004); Garantir um ambiente seguro (Barreto Cardoso et al., 2020); Identificar necessidades de segurança (Lucena et al., 2020).
Selecionar atividades individuais e grupais voltadas às capacidades cognitivas e interesses do paciente	Psicoespiritual	Estimulação cognitiva, visando melhorar o bem-estar psicoemocional dos idosos (Jiménez et al., 2018); Promover a interação social e a participação em atividades recreativas ou terapêuticas (Ribeiro, Marques, 2017).

**Controle da Demência (6460): Provisão de um ambiente modificado para paciente em estado de confusão crônica.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Escolher artesanato para o quarto do paciente, com paisagens, pinturas de paisagens ou outras imagens conhecidas	Ambiental / Sociocultural	Manter cores do ambiente agradáveis (Hou et al., 2014); Proporcionar um ambiente acolhedor e tranquilo (Lucena et al., 2020); Criar um ambiente mais acolhedor e confortável (Tutton, Seers, 2004).
Monitorar com cuidado a ocorrência de causas fisiológicas do aumento da confusão que possam ser agudas e reversíveis	Físico/Sociocultural	Monitorar sintomas graves, como dor, náusea e problemas respiratórios (Fridh et al., 2015); Identificação de causas de distúrbios emocionais (Hou et al., 2014).

**Controle da Demência: Banho (6462): Redução de comportamento agressivo durante a higiene do corpo.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Personalizar o banho de acordo com as preferências usuais e/ou tradições culturais do paciente	Sociocultural/Físico	Promover higiene (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover o bem-estar físico com a higiene pessoal (Freitas et al., 2014); Compreender as necessidades sociais, culturais (Hou et al., 2014); Manter higiene e arranjo pessoal (Oliveira et al., 2020);
Usar uma abordagem flexível, oferecendo escolhas e controle do momento do dia e o tipo de banho (ducha, banheira ou esponja)	Sociocultural/Físico	Realizar cuidados de higiene e arranjo pessoal de forma cuidadosa e respeitosa, garantindo o conforto e a dignidade dos pacientes (Ribeiro, Marques, 2017).
Garantir privacidade e segurança no momento da retirada das roupas e do banho	Ambiental / Sociocultural	Identificar necessidades de segurança (Lucena et al., 2020); Manter a privacidade e individualidade (Oliveira et al., 2020).

## Controle da Demência: Banho (6462): Redução de comportamento agressivo durante a higiene do corpo.

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
<p>Simular um ambiente o mais parecido com o de casa (p. ex., decoração das paredes, música suave, aromaterapia, iluminação discreta)</p>	<p>Ambiental /Sociocultural</p>	<p>Manter ambiente hospitalar saudável, limpo, iluminado e tranquilo (Medina et al., 2020); Garantir estrutura física, limpeza, iluminação; (Oliveira et al., 2020); Personalizar o ambiente de acordo com as preferências individuais dos pacientes, incluindo objetos pessoais e decorações (Ribeiro, Marques, 2017); Garantir um ambiente calmo e tranquilo, iluminação adequada, minimizando ruídos e distrações (Saavedra, Galvez, 2017).</p>
<p>Oferecer um ambiente confortável (p. ex., temperatura, iluminação, redução de ruídos)</p>	<p>Ambiental /Físico</p>	<p>Controlar a temperatura corporal (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover o controle da temperatura ambiente (Freitas et al., 2014); Manter temperatura do quarto agradável; (Hou et al., 2014); Manter cores do ambiente agradáveis (Hou et al., 2014); Proporcionar um ambiente acolhedor e tranquilo (Lucena et al., 2020); Proporcionar qualidade da cama, a temperatura do ambiente, a roupa de cama limpa e a eliminação de ruídos (Medina et al., 2020); Manter ambiente hospitalar saudável, limpo, iluminado e tranquilo (Medina et al., 2020); Garantir estrutura física, limpeza, iluminação (Oliveira et al., 2020); Proporcionar um ambiente tranquilo e acolhedor, minimizando ruídos e distrações; (Ribeiro, Marques, 2017); Garantir um ambiente calmo e tranquilo, iluminação adequada, minimizando ruídos e distrações; (Saavedra, Galvez, 2017); Criar um ambiente mais acolhedor e confortável. (Tutton, Seers, 2004).</p>
<p>Providenciar tempo para que os cuidados sejam realizados sem pressa</p>	<p>Sociocultural</p>	<p>Demonstrar qualidades de cuidado (Conner, Eller, 2004); Fornecer um cuidado mais sensível e compassivo (Fridh et al., 2015).</p>
<p>Garantir a temperatura correta da água</p>	<p>Ambiental /Físico</p>	<p>Controlar a temperatura corporal (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover o controle da temperatura ambiente (Freitas et al., 2014).</p>

## Controle da Demência: Banho (6462): Redução de comportamento agressivo durante a higiene do corpo.

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Massagear com loção calmante a pele após o banho	Sociocultural/Físico	Promover higiene (Barreto Cardoso et al., 2020); Realizar massagens nas palmas das mãos, pés e cabeça; (Conner, Eller, 2004); Promover o bem-estar físico com a higiene pessoal; (Freitas et al., 2014); Monitorar a pele (Lucena et al., 2020).
Responder de forma adequada às percepções do paciente (p. ex., temperatura, dor e medo de afogamento)	Psicoespiritual/Físico	Promoção de sentimentos de calma, contentamento e positivos (Tutton, Seers, 2004); Promover estratégias para gestão da dor (Barreto Cardoso et al., 2020); Controlar a temperatura corporal (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover o controle da temperatura ambiente; (Freitas et al., 2014).
Usar toque suave	Físico/Sociocultural	Valorizar o toque como algo significativo (Conner, Eller, 2004); Realizar toque reconfortante acompanhado de comunicação verbal direcionada (Williams, Irurita, 2006).
Encorajar o paciente a ajudar no banho, se possível	Sociocultural/Físico	Promover o autocuidado (Lucena et al., 2020); Estimular atividades de vida diária como alimentação, vestir-se/arrumar-se, banho/higiene (Lucena et al., 2020).
Manter um ambiente silencioso e calmo	Ambiental	Proporcionar qualidade da cama, a temperatura do ambiente, a roupa de cama limpa e a eliminação de ruídos (Medina et al., 2020).
Monitorar a ocorrência de sinais verbais e não verbais de alerta de aumento da agitação	Físico/Sociocultural	Atentar para comunicação não verbal (Medina et al., 2020); Monitorar sintomas graves, como dor, náusea e problemas respiratórios (Fridh et al., 2015).
Oferecer medicação para dor antes do banho se os movimentos forem dolorosos	Físico	Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).

**Controle da Dor (1400): Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores	Físico	Considerar critérios de conforto durante a avaliação de enfermagem e no planejamento do cuidado (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).
Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência	Sociocultural	Atentar para comunicação não verbal (Medina et al., 2020); Atentar para fatores que preocupam e incomodam os pacientes (Fridh et al., 2015); Aliviar desconforto relacionado a estar sentado, tédio, barulho e controle (Tutton, Seers, 2004).
Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia	Físico	Demonstrar qualidades de cuidado (Conner, Eller, 2004). Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).
Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente à dor	Sociocultural/Físico	Promover a comunicação (Barreto Cardoso et al., 2020); Estabelecer uma comunicação eficaz e sensível às diferenças culturais; (Saavedra, Galvez, 2017); Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).
Investigar o conhecimento do paciente e suas crenças em relação à dor	Sociocultural/Físico	Garantir o respeito às crenças e valores culturais (Barreto Cardoso et al., 2020); Reconhecer e respeitar as crenças e valores espirituais (Saavedra, Galvez, 2017).
Considerar as influências culturais sobre a resposta à dor	Sociocultural/Físico	Compreender as necessidades sociais, culturais (Hou et al., 2014).

**Controle da Dor (1400): Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis)	Psicoespiritual/Físico	Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).
Avaliar experiências anteriores de dor, inclusive histórico individual e familiar de dor crônica ou a incapacidade resultante, conforme apropriado	Físico	Valorizar a singularidade e as necessidades específicas; (Ribeiro,
Auxiliar o paciente e a família a buscar e obter apoio	Sociocultural/Psicoespiritual	Oferecer apoio e suporte (Conner, Eller, 2004); Oferecer suporte emocional e espiritual (Freitas et al., 2014); Compreender e oferecer suporte emocional (Hou et al., 2014); Identificar necessidades de apoio social (Hou et al., 2014). Oferecer suporte emocional para melhorar a condição física e participar em atividades que auxiliem na recuperação (Williams, Irurita, 2006).
Utilizar um método de avaliação desenvolvido de modo adequado, que possibilite o monitoramento de alterações na dor e auxilie a identificar fatores precipitadores reais e potenciais (p. ex., fluxograma, registro em diário)	Físico	Considerar critérios de conforto durante a avaliação de enfermagem e no planejamento do cuidado (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).
Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos	Sociocultural	Atentar para fatores que preocupam e incomodam os pacientes (Fridh et al., 2015).

**Controle da Dor (1400): Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
<p>Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p. ex., temperatura, iluminação, ruídos ambientais).</p>	<p>Ambiental</p>	<p>Promover o controle da temperatura ambiente (Freitas et al., 2014); atentar para fatores que preocupam e incomodam os pacientes (Fridh et al., 2015); Manter temperatura do quarto agradável (Hou et al., 2014); Proporcionar qualidade da cama, a temperatura do ambiente, a roupa de cama limpa e a eliminação de ruídos (Medina et al., 2020). Manter ambiente hospitalar saudável, limpo, iluminado e tranquilo (Medina et al., 2020). Garantir estrutura física, limpeza, iluminação (Oliveira et al., 2020). Garantir um ambiente calmo e tranquilo, iluminação adequada, minimizando ruídos e distrações; (Saavedra, Galvez, 2017).</p>
<p>Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (p. ex., medo, cansaço, monotonia e falta de informação)</p>	<p>Psicoespiritual /Físico</p>	<p>Aliviar desconforto relacionado a estar sentado, tédio, barulho e controle (Tutton, Seers, 2004).</p>
<p>Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex., farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado.</p>	<p>Físico</p>	<p>Proporcionar alívio da dor e do desconforto por meio de terapias adequadas, como massagem, mobilização e mudanças de decúbito; (Ribeiro, Marques, 2017).</p>
<p>Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, terapia com música, recreação, terapia ocupacional, jogo terapêutico, acupressão, aplicação de calor/frio e massagem) antes, durante e após as atividades dolorosas, quando possível; antes que a dor ocorra ou aumente, e juntamente com outras medidas de alívio da dor</p>	<p>Físico/Sociocultural</p>	<p>Realizar massagens nas palmas das mãos, pés e cabeça; (Conner, Eller, 2004); Realizar massagens nos membros; (Hou et al., 2014); Aliviar sintomas incluindo a dor e outros sintomas relacionados às doenças; (Oliveira et al., 2020).</p>

**Controle da Dor (1400): Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Colaborar com o paciente, pessoa importante e outros profissionais da saúde na seleção e implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor, conforme apropriado	Físico	Promover a interações entre pacientes e profissionais de saúde, (Williams, Irurita, 2006).
Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita	Físico	Promover a interações entre pacientes e profissionais de saúde, (Williams, Irurita, 2006).
Verificar o nível de desconforto do paciente, registrar as mudanças no prontuário e informar os demais profissionais de saúde que trabalham com o paciente	Físico	Atentar para fatores que preocupam e incomodam os pacientes (Fridh et al., 2015).
Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua da experiência de dor	Físico	Considerar critérios de conforto durante a avaliação de enfermagem e no planejamento do cuidado (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).
Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor	Físico	Proporcionar sono e repouso de qualidade; (Oliveira et al., 2020).
Considerar encaminhamentos para o paciente, a família e pessoas importantes a grupos de apoio, além de outras medidas, conforme apropriado - Sociocultural.	Sociocultural	Identificar necessidades de apoio social (Hou et al., 2014).

**Controle da Dor (1400): Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Incorporar a família ao método de alívio da dor quando possível	Sociocultural/ Físico	Promover estratégias para gestão da dor; (Barreto Cardoso et al., 2020). Promover o alívio da dor (Freitas et al., 2014). Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014).
Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor a intervalos específicos	Físico	Monitorar sintomas graves, como dor, náusea e problemas respiratórios (Fridh et al., 2015).

**Controle do Ambiente: Conforto (6482): Manipulação do ambiente ao redor do paciente para promover o máximo de conforto.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Facilitar a transição do paciente e da família por meio de boas-vindas calorosas ao novo ambiente.	Sociocultural	Envolver a família e os cuidadores no processo de cuidado; (Ribeiro, Marques, 2017).
Evitar interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso.	Ambiental/Físico	Proporcionar qualidade da cama, a temperatura do ambiente, a roupa de cama limpa e a eliminação de ruídos; (Medina et al., 2020).
Criar um ambiente calmo e de apoio	Ambiental/Sociocultural	Fornecer um ambiente calmo e tranquilo. (Williams, Irurita, 2006).

**Controle do Ambiente: Conforto (6482):  
Manipulação do ambiente ao redor do paciente para promover o máximo de conforto.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Facilitar a transição do paciente e da família por meio de boas-vindas calorosas ao novo ambiente.	Sociocultural	Envolver a família e os cuidadores no processo de cuidado; (Ribeiro, Marques, 2017).
Evitar interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso.	Ambiental/Físico	Proporcionar qualidade da cama, a temperatura do ambiente, a roupa de cama limpa e a eliminação de ruídos; (Medina et al., 2020).
Criar um ambiente calmo e de apoio	Ambiental/Sociocultural	Fornecer um ambiente calmo e tranquilo. (Williams, Irurita, 2006).
Proporcionar um ambiente seguro e limpo.	Ambiental	Garantir um ambiente físico seguro, limpo e organizado; (Ribeiro, Marques, 2017).
Determinar as origens do desconforto, como curativos úmidos, posição de sondas, curativos apertados, roupa de cama com rugas e irritantes ambientais	Físico/Ambiental	Observar evolução das condições clínicas e os cuidados diários com a troca dos curativos. (Lucena et al., 2020); Proteger com forro as laterais da cama; (Lucena et al., 2020); Supervisão dos gotejadores, os cuidados com a sonda vesical e os cateteres (Medina et al., 2020).
Ajustar a temperatura do quarto como mais confortável para o indivíduo, se possível.	Ambiental	Controlar a temperatura e a iluminação do ambiente de acordo com as preferências e necessidades; (Ribeiro, Marques, 2017).
Evitar exposição, correntes de ar, excesso de calor ou resfriamentos desnecessários.	Ambiental	Evitar exposição desnecessária (Lucena et al., 2020); Regular a ventilação e a temperatura; (Saavedra, Galvez, 2017).

**Controle do Ambiente: Conforto (6482):  
Manipulação do ambiente ao redor do paciente para promover o máximo de conforto.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Ajustar a iluminação de modo a atender às necessidades de atividades individuais, evitando luz direta nos olhos.	Ambiental	Garantir um ambiente calmo e tranquilo, iluminação adequada, minimizando ruídos e distrações; (Saavedra, Galvez, 2017); Controlar a temperatura e a iluminação do ambiente de acordo com as preferências e necessidades; (Ribeiro, Marques, 2017).
Facilitar medidas higiênicas que mantenham a pessoa confortável (p. ex., limpeza da testa, aplicação de cremes ou limpeza do corpo, cabelo e cavidade oral).	Ambiental/Físico	Promover higiene (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover o bem-estar físico com a higiene pessoal (Freitas et al., 2014); Manter higiene e arranjo pessoal (Oliveira et al., 2020); Realizar cuidados de higiene e arranjo pessoal de forma cuidadosa e respeitosa, garantindo o conforto e a dignidade dos pacientes; (Ribeiro, Marques, 2017).
Posicionar o paciente para facilitar o conforto (p. ex., uso dos princípios de alinhamento corporal, apoio com travesseiros, apoio para as articulações durante os movimentos, curativos sobre incisões e imobilização da parte do corpo com dor).	Ambiental/Físico	Atentar na posição e no posicionamento adequado (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); Realizar posicionamento ideais para pacientes pós-operatórios ou acamados; (Hou et al., 2014); Proporcionar alívio da dor e do desconforto por meio de terapias adequadas, como massagem, mobilização e mudanças de decúbito; (Ribeiro, Marques, 2017).
Monitorar a pele, em especial, sobre saliências ósseas, quanto a sinais de pressão ou irritação.	Ambiental/Físico	Monitorar a pele (Lucena et al., 2020).

**Intermediação Cultural (7330):**  
**Uso deliberado de estratégias com competência cultural para aproximar ou intermediar a cultura do paciente e o sistema de biomédico de cuidados de saúde**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Promover uma discussão franca sobre as diferenças e as semelhanças culturais	Sociocultural	Compreender as necessidades sociais, culturais; (Hou et al., 2014); Reconhecer e respeitar as diferenças culturais (Saavedra, Galvez, 2017).
Identificar com o paciente as práticas culturais capazes de impactar a saúde, negativamente, de modo que o paciente possa fazer escolhas informadas	Sociocultural	Compreender as necessidades sociais, culturais; (Hou et al., 2014); Garantir que se sintam confortáveis e respeitados em suas escolhas (Freitas et al., 2014).
Negociar, quando os conflitos não podem ser resolvidos, um compromisso de tratamento aceitável com base em conhecimentos biomédicos, conhecimento do sistema de crenças do paciente e em padrões éticos	Sociocultural	Colaborar com os pacientes para encontrar um equilíbrio entre as recomendações de tratamento médico e suas crenças espirituais (Freitas et al., 2014); reconhecer e respeitar as crenças e valores espirituais (Saavedra, Galvez, 2017).
Usar linguagem não técnica	Sociocultural	Garantir informações e esclarecimentos em linguagem compreensível aos idosos e aos seus familiares (Oliveira et al., 2020).
Incluir a família, quando adequado, no plano de adesão ao regime prescrito	Sociocultural	Envolver ativamente a família e a comunidade no processo de cuidados (Saavedra, Galvez, 2017); Reconhecer a importância da presença e apoio dos membros da família (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).
Facilitar a comunicação intercultural (p. ex., uso de um tradutor, materiais escritos/mídia bilíngue, comunicação não verbal precisa; evitar estereótipos)	Sociocultural	Promover a comunicação (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover comunicação adequada com os pacientes e suas famílias (Hou et al., 2014); Estabelecer uma comunicação eficaz e sensível às diferenças culturais (Saavedra, Galvez, 2017).

**Melhora da Autoeficácia (5395):  
Fortalecimento da confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um comportamento de saúde**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Reforçar a confiança na adoção de mudanças de comportamento e tomada de atitude	Psicoespiritual /Sociocultural	Estabelecer uma relação de confiança com o paciente, demonstrando interesse e atenção às suas necessidades emocionais e espirituais (Ribeiro, Marques, 2017).
Fornecer reforço positivo e apoio emocional durante o processo de aprendizagem e na implementação do comportamento	Sociocultural/ Psicoespiritual /Físico	Oferecer apoio emocional e espiritual, escuta atenta, empatia e suporte para lidar com questões emocionais e espirituais relacionadas à sua condição de saúde (Saavedra, Galvez, 2017); Oferecer suporte emocional para melhorar a condição física e participar em atividades que auxiliem na recuperação, como exercícios e melhoria da dieta (Williams, Irurita, 2006).
Encorajar a interação com outros indivíduos que estejam tendo sucesso com a mudança de comportamento (p.ex.; participação em grupo de apoio ou grupo educacional)	Sociocultural	Promover interação social; (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover momentos de socialização (Lucena et al., 2020); Cuidados de enfermagem e interação social (Oliveira et al., 2020).

**Melhora do Sistema de Apoio (5440):  
Facilitação de suporte ao paciente pela família, amigos e comunidade**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Identificar o grau de apoio da família	Sociocultural	Identificar necessidades de apoio social (Hou et al., 2014).
Identificar o grau de suporte financeiro da família	Sociocultural	Permitir expressar preocupações sobre questões socioeconômicas (Fridh et al., 2015).
Encorajar o paciente a participar de atividades sociais e comunitárias	Sociocultural	Promover momentos de socialização (Lucena et al., 2020); Promover a interação social e a participação em atividades recreativas ou terapêuticas (Ribeiro, Marques, 2017).
Oferecer serviços de maneira carinhosa e apoiadora	Sociocultural	Oferecer apoio emocional e espiritual, respeitando as crenças e valores (Ribeiro, Marques, 2017); Oferecer apoio emocional e espiritual, escuta atenta, empatia e suporte para lidar com questões emocionais e espirituais relacionadas à sua condição de saúde (Saavedra, Galvez, 2017); Fazer sentir-se apoiado, compreendido (Williams, Irurita, 2006).
Envolver a família/pessoas significativas/amigos nos cuidados e no planejamento	Sociocultural	Presença incondicional de família e pessoas significativas (Oliveira et al., 2020); Envolver ativamente a família e a comunidade no processo de cuidados (Saavedra, Galvez, 2017); Reconhecer a importância da presença e apoio dos membros da família (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); Garantir informações e esclarecimentos em linguagem compreensível aos idosos e aos seus familiares (Oliveira et al., 2020).

**Posicionamento (O840):  
Posicionamento deliberado do paciente, ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Colocar a paciente sobre colchão/cama terapêutica adequada.	Físico/Ambiental	Promover a posição adequada na cama (Freitas et al., 2014); Realizar posicionamento ideais para pacientes pós-operatórios ou acamados (Hou et al., 2014); Providenciar colchão pneumático (Lucena et al., 2020); Proporcionar qualidade da cama (Medina et al., 2020).
Explicar ao paciente que serão feitas mudanças de posição, conforme apropriado.	Físico	Explicar procedimentos (Saavedra, Galvez, 2017).
Encorajar o paciente a envolver-se nas mudanças de posição, conforme apropriado.	Físico/Ambiental	Encorajar o paciente a participar ativamente e ser co-responsável pelas decisões, ações e condução das terapias necessárias (Williams, Irurita, 2006).
Monitorar o estado de oxigenação antes e depois de troca de posição.	Físico/Ambiental	Monitorar sintomas graves, como dor, náusea e problemas respiratórios (Fridh et al., 2015); Atentar na posição e no posicionamento adequado (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).
Colocar o paciente na posição terapêutica designada.	Físico/Ambiental	Promover a posição adequada na cama (Freitas et al., 2014); Realizar posicionamento ideais para pacientes pós-operatórios ou acamados; (Hou et al., 2014).
Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimentos, conforme apropriado.	Físico	Promover mobilidade (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover atividades de Vida Diária (Oliveira et al., 2020); Apoiar à mobilidade e atividade física (Tutton, Seers, 2004).
Posicionar o paciente, evitando colocar tensão sobre o ferimento, conforme apropriado.	Físico/Ambiental	Realizar intervenções para prevenir lesões por pressão, como a mudança frequente de posição e o uso de dispositivos de alívio de pressão (Ribeiro, Marques, 2017).

**Posicionamento (O840):**  
**Posicionamento deliberado do paciente, ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Monitorar os dispositivos de tração quanto à instalação correta.	Físico/Ambiental	Supervisão dos gotejadores, os cuidados com a sonda vesical e os cateteres (Medina et al., 2020).
Virar o paciente, conforme indicação da condição da pele.	Físico/Ambiental	Atentar para frequência de mudança de posição dos pacientes (Hou et al., 2014); Monitorar a pele; (Lucena et al., 2020).
Elaborar uma programação escrita de reposicionamento, conforme apropriado.	Físico	Atentar para frequência de mudança de posição dos pacientes; (Hou et al., 2014).
Usar os recursos adequados para apoiar os membros (p. ex., rolo para mãos e trocanter).	Físico/Ambiental	Realizar intervenções para prevenir lesões por pressão, como a mudança frequente de posição e o uso de dispositivos de alívio de pressão (Ribeiro, Marques, 2017).

**Redução da Ansiedade (5820):**  
**Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Usar abordagem calma e tranquilizadora.	Sociocultural	Promover tranquilidade (Conner, Eller, 2004); Promover uma abordagem otimista da vida, felicidade e humor elevado (Williams, Irurita, 2006).
Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação temida.	Psicoespiritual	Identificar necessidades de segurança (Lucena et al., 2020).
Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo.	Sociocultural/ Ambiental	Auxiliar a enfrentar o medo em relação ao futuro; (Fridh et al., 2015).
Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado.	Sociocultural	Reconhecer a importância da presença e apoio dos membros da família (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).
Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos.	Sociocultural	Proporcionar momentos de tranquilidade e acolhimento, criando um ambiente propício para a expressão de sentimentos e emoções (Ribeiro, Marques, 2017).
Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão.	Psicoespiritual /Sociocultural	Promover a interação social e a participação em atividades recreativas ou terapêuticas (Ribeiro, Marques, 2017).
Escutar o paciente com atenção.	Sociocultural	Oferecer partilha e escuta (Conner, Eller, 2004).

**Redução da Ansiedade (5820):**  
**Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos.	Sociocultural	Auxiliar a enfrentar o medo em relação ao futuro; (Fridh et al., 2015); Proporcionar momentos de tranquilidade e acolhimento, criando um ambiente propício para a expressão de sentimentos e emoções (Ribeiro, Marques, 2017).
Identificar mudanças no nível de ansiedade.	Psicoespiritual	Identificação de causas de distúrbios emocionais (Hou et al., 2014).
Determinar a capacidade do paciente para tomar decisões.	Sociocultural	Garantir que se sintam confortáveis e respeitados em suas escolhas (Freitas et al., 2014).

**Terapia de Relaxamento (6040):**  
**Uso de técnicas de encorajamento e provocação de relaxamento para reduzir sinais e sintomas indesejados, como dor, tensão muscular ou ansiedade.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Criar um ambiente calmo e sem interrupções com luzes fracas e temperatura confortável, quando possível.	Físico/Ambiental	Garantir um ambiente calmo e tranquilo, iluminação adequada, minimizando ruídos e distrações; (Saavedra, Galvez, 2017).

**Terapia de Relaxamento (6040):**  
**Uso de técnicas de encorajamento e provocação de relaxamento para reduzir sinais e sintomas indesejados, como dor, tensão muscular ou ansiedade.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Individualizar o conteúdo da intervenção de relaxamento (p. ex., perguntando sugestões de mudanças)	Físico/Sociocultural	Valorizar a singularidade e as necessidades específicas (Ribeiro, Marques, 2017).
Utilizar um tom de voz suave com um ritmo lento das palavras	Sociocultural	Fornecer um cuidado mais sensível e compassivo (Fridh et al., 2015).
Fornecer informações por escrito sobre o preparo e participação nas técnicas de relaxamento	Sociocultural	Garantir informações e esclarecimentos em linguagem compreensível aos idosos e aos seus familiares; (Oliveira et al., 2020).
Usar o relaxamento como uma estratégia adjuvante com medicamentos para a dor ou em conjunto com outras medidas, conforme apropriado	Físico/Sociocultural	Gerenciamento da dor; (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).

**Técnica para acalmar (5880):  
Redução da ansiedade em paciente com sofrimento agudo.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Manter atitudes calmas e firmes.	Sociocultural	Promoção de sentimentos de calma, contentamento e positivos (Tutton, Seers, 2004).
Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade.	Sociocultural	Auxiliar a enfrentar o medo em relação ao futuro (Fridh et al., 2015).
Sentar-se e conversar com o paciente.	Sociocultural	Proporcionar diálogo, acolhimento e empatia (Barreto Cardoso et al., 2020).
Identificar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente.	Sociocultural	Presença incondicional de Família e Pessoas significativas (Oliveira et al., 2020).
Tranquilizar o paciente sobre segurança ou proteção pessoal.	Sociocultural	Proporcionar momentos de tranquilidade e acolhimento, criando um ambiente propício para a expressão de sentimentos e emoções; (Ribeiro, Marques, 2017).
Oferecer massagem nas costas, conforme apropriado	Físico	Realizar massagens nos músculos (Hou et al., 2014).
Orientar o paciente sobre métodos para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.	Sociocultural/ Psicoespiritual	Incentivar a prática da oração, uma forma de lidar com o estresse e a ansiedade (Williams, Irurita, 2006).

**Conduta da Radioterapia (6600):  
Assistência ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Monitorar a ocorrência de efeitos secundários e tóxicos do tratamento.	Físico	Monitorar sintomas graves, como dor, náusea e problemas respiratórios (Fridh et al., 2015).
Monitorar a ocorrência de alterações na integridade da pele e tratar de forma correta.	Físico	Monitorar a pele (Lucena et al., 2020).
Tranquilizar o paciente de que os cabelos crescerão novamente após o tratamento, conforme apropriado.	Físico/Sociocultural	Promover tranquilidade (Conner, Eller, 2004).
Ajudar o paciente a obter níveis adequados de conforto com o uso de técnicas de manejo da dor que sejam eficientes e aceitas por ele.	Físico	Gerenciamento da dor (Hou et al., 2014; Freitas et al., 2014; Barreto Cardoso et al., 2020).
Facilitar a manifestação dos medos sobre prognóstico ou sucesso dos tratamentos.	Sociocultural	Auxiliar a enfrentar o medo em relação ao futuro (Fridh et al., 2015).
Dar informações objetivas concretas relativas aos efeitos da terapia para reduzir a incerteza, o medo e a ansiedade do paciente em relação aos sintomas associados ao tratamento.	Sociocultural	Garantir informações e esclarecimentos em linguagem compreensível aos idosos e aos seus familiares (Oliveira et al., 2020).

**Controle da Quimioterapia (2240):  
Assistência ao paciente e aos familiares para que compreendam a ação e a  
minimização dos efeitos colaterais dos agentes antineoplásicos.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Monitorar a eficácia das medidas de controle da náusea e do vômito.	Físico	Monitorar sintomas graves, como dor, náusea e problemas respiratórios (Fridh et al., 2015).
Estimular uma boa higiene oral mediante o uso de dispositivos higienizadores.	Físico	Promover higiene (Barreto Cardoso et al., 2020); Promover o bem-estar físico com a higiene pessoal (Freitas et al., 2014); Manter higiene e arranjo pessoal (Oliveira et al., 2020).
Minimizar estímulos sonoros, de iluminação e odores (em especial, odor de alimentos).	Ambiental	Manter ambiente hospitalar saudável, limpo, iluminado e tranquilo (Medina et al., 2020); Proporcionar um ambiente tranquilo e acolhedor, minimizando ruídos e distrações; (Ribeiro, Marques, 2017).
Garantir uma ingestão adequada de líquidos para prevenir desidratação e desequilíbrio eletrolítico.	Físico	Promover a ingestão adequada de líquidos e alimentos, respeitando as preferências e restrições alimentares dos pacientes (Ribeiro, Marques, 2017).
Tranquilizar o paciente no sentido de que os cabelos crescerão novamente, concluído o tratamento, conforme apropriado.	Sociocultural	Promover tranquilidade (Conner, Eller, 2004).
Facilitar a expressão dos medos sobre o prognóstico ou o sucesso dos tratamentos	Sociocultural/ Psicoespiritual	Proporcionar momentos de tranquilidade e acolhimento, criando um ambiente propício para a expressão de sentimentos e emoções; (Ribeiro, Marques, 2017); Facilitar a expressão de questões existenciais e espirituais, promovendo a reflexão e o conforto interior; (Ribeiro, Marques, 2017).

**Controle de Medicamentos (2380):  
Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Monitorar a eficácia da modalidade de administração dos medicamentos.	Físico	Monitorar sintomas graves, como dor, náusea e problemas respiratórios (Fridh et al., 2015).
Auxiliar o paciente e a família a realizar os ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos, conforme apropriado.	Sociocultural	Promover comunicação adequada com os pacientes e suas famílias (Hou et al., 2014).
Contatar o paciente e a família, após a alta, conforme apropriado, para responder a perguntas e discutir preocupações associadas ao regime medicamentoso.	Sociocultural	Promover comunicação adequada com os pacientes e suas famílias (Hou et al., 2014). Garantir informações e esclarecimentos em linguagem compreensível aos idosos e aos seus familiares (Oliveira et al., 2020).
Discutir as preocupações financeiras relativas ao regime de medicamentos.	Sociocultural	Permitir expressar preocupações sobre questões socioeconômicas (Fridh et al., 2015).

**Controle de Prurido (3550):  
Prevenção e tratamento de prurido.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Fazer exame físico para identificar rupturas na pele (i.e., lesões, bolhas, úlceras e abrasões).	Físico	Monitorar a pele; (Lucena et al., 2020); Realizar intervenções para prevenir úlceras de pressão, como a mudança frequente de posição e o uso de dispositivos de alívio de pressão (Ribeiro, Marques, 2017).
Aplicar curativos ou ataduras em mãos ou cotovelos durante o sono para limitar o ato incontrolável de coçar, como convier.	Físico	Proporcionar sono e repouso de qualidade (Oliveira et al., 2020).
Administrar medicamentos antiprurido, como indicado.	Físico	Aliviar os sintomas sem demora (Fridh et al., 2015).

**Grupo de Apoio (3550):  
Uso de um ambiente de grupo para o oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativas à saúde.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Encorajar a expressão e o compartilhamento de conhecimentos com as experiências.	Sociocultural	Proporcionar momentos de tranquilidade e acolhimento, criando um ambiente propício para a expressão de sentimentos e emoções (Ribeiro, Marques, 2017); Promover momentos de socialização (Lucena et al., 2020).
Encorajar encaminhamentos adequados a profissionais em busca de informações.	Sociocultural	Promover a interação entre pacientes e profissionais de saúde (Williams, Irurita, 2006).

**Melhora do Sono (1850):  
Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.**

Atividades de Enfermagem	Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Determinar o padrão de sono/vigília do paciente.	Físico	Considerar critérios de conforto durante a avaliação de enfermagem e no planejamento do cuidado (Yousefi, Abedi, Madian, Eliott, 2009).
Monitorar o padrão de sono do paciente e observar circunstâncias físicas e/ou psicológicas que interrompam o sono.	Físico	Proporcionar qualidade da cama, a temperatura do ambiente, a roupa de cama limpa e a eliminação de ruídos; (Medina et al., 2020).
Adaptar o ambiente para promover o sono.	Ambiental	Proporcionar um ambiente acolhedor e tranquilo (Lucena et al., 2020); Proporcionar sono e repouso de qualidade (Oliveira et al., 2020); Criar um ambiente mais acolhedor e confortável (Tutton, Seers, 2004).
Iniciar/implementar medidas de conforto, como massagem, posicionamento e toque afetivo.	Físico/Psicoespiritual/Ambiental	Realizar massagens nas palmas das mãos, pés e cabeça (Conner, Eller, 2004); Valorizar o toque como algo significativo (Conner, Eller, 2004); Promover a posição adequada na cama; (Freitas et al., 2014); Realizar massagens nos membros (Hou et al., 2014); Realizar toque reconfortante acompanhado de comunicação verbal direcionada (Williams, Irurita, 2006).
Orientar o paciente e pessoas significativas sobre fatores que contribuem para distúrbios no padrão do sono.	Sociocultural	Garantir informações e esclarecimentos em linguagem compreensível aos idosos e aos seus familiares; (Oliveira et al., 2020).
Conversar com o paciente e a família sobre técnicas que melhorem o sono.	Sociocultural	Promover comunicação adequada com os pacientes e suas famílias (Hou et al., 2014).
Educação e orientação social sobre o sono.	Sociocultural	Fornecer orientação e aconselhamento adequados (Freitas et al., 2014).

As atividades de enfermagem que não foram mapeadas com as intervenções da NIC foram principalmente relacionadas ao contexto psicoespiritual da Teoria de Kolcaba

Contexto de Conforto	Revisão Integrativa da Literatura
Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer medidas reconfortantes (Conner, Eller, 2004);</li> <li>• Prevenir ou tratar rapidamente sintomas, efeitos colaterais, problemas psicológicos, sociais e espirituais relacionados à doença ou ao seu tratamento (Hou et al., 2014);</li> <li>• Estímulo à resiliência e esperança (Oliveira et al., 2020);</li> <li>• Promover resolutividade dos problemas (Oliveira et al., 2020); Reconhecer a importância de uma abordagem holística do cuidado (Tutton, Seers, 2004);</li> <li>• Conexão mente-corpo (Williams, Irurita, 2006);</li> <li>• Promover uma abordagem otimista da vida, felicidade e humor elevado (Williams, Irurita, 2006);</li> <li>• Incentivar os pacientes para que busquem cura espiritual através da conexão com Deus durante o tratamento hospitalar (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009); e</li> <li>• Valorizar do cuidado com uma abordagem gentil e compassiva dentro de uma abordagem holística de enfermagem (Yousefi, Abedi, Madian, Elliott, 2009).</li> </ul>

---

## Estrutura Taxonômica: Plano de conforto para pessoas idosas hospitalizadas

As intervenções de enfermagem traçadas podem ser inseridas em relação nos 4 contextos do conforto no nível de conforto que se almeja alcançar na estrutura taxonômica abaixo. A reavaliação deve ser contínua e o papel do enfermeiro consiste na intervenção intencional de confortar a pessoa idosa, implementando medidas de conforto para responder às suas necessidades, reavaliando o nível de conforto após a implementação das medidas, comparando com o estado anterior.

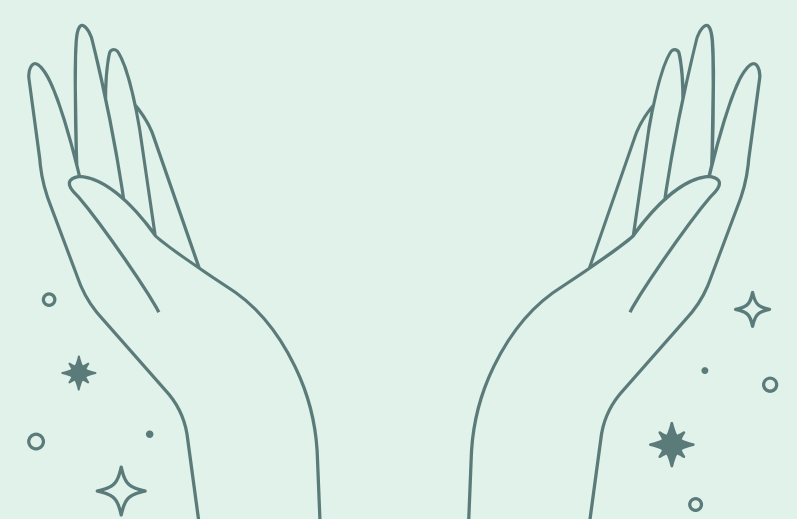
<b>CONFORTO</b>	<b>Alívio</b>	<b>Transcendência</b>	<b>Tranquilidade</b>
<b>Físico</b>			
<b>Ambiental</b>			
<b>Sociocultural</b>			
<b>Psicoespiritual</b>			

---

# Considerações Finais

Compreende-se que o conforto é um conceito multidimensional e subjetivo de acordo com as percepções individuais e as circunstâncias de cada pessoa. O protocolo se insere nesse contexto com o intuito de orientar, não limitar, mas ampliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre esse fenômeno complexo. Ao buscar identificar as intervenções focadas na resolução ou minimização do Conforto Prejudicado, espera-se tornar possível proporcionar um ambiente mais acolhedor e tornar as ações da enfermagem mais intencionais contribuindo para recuperação e bem-estar das pessoas idosas. Dessa forma, os enfermeiros são capacitados a identificar de maneira mais sensível e holística de atender as necessidades de conforto, considerando não apenas aspectos físicos, mas também emocionais, socioculturais e psicoespirituais, isso permite uma abordagem ampliada e personalizada, promovendo um cuidado verdadeiramente centrado no paciente.

A implementação do protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas, utilizando evidências científicas, a NIC e o sistema de linguagem padronizada da NANDA não só fortalecerá a prática baseada em evidências na enfermagem, mas também promoverá um cuidado mais humanizado e eficaz. Esta abordagem dinâmica e integrativa demonstra ser uma abordagem fundamentada para melhorar a qualidade da assistência, não apenas melhorar a experiência do paciente durante o período de hospitalização, mas também por fortalecer a relação terapêutica entre enfermeiro e paciente, essencial para o sucesso do tratamento e recuperação, refletindo em melhores práticas e políticas institucionais.



---

# Referências

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.406,%20DE,enfermagem,%20e%20dá%20outras%20provid%C3%AAncias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.406,%20DE,enfermagem,%20e%20dá%20outras%20provid%C3%AAncias). Acesso em: 25 jun. 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 736 de 17 de janeiro de 2024**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 25 jun. 2024.

COFEN. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>. Acesso em: 25 jun. 2024.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem/COREN-SP**. São Paulo: Coren-SP, 2015. BRASIL.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2024. Alves, J.E.D. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. Novas projeções da ONU. Revista Longeviver, v. 1, n. 3, 2019.

IBGE. **Censo 2022**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 25 jun. 2024. FREITAS, Eduardo Gomes

SALIBI, G.; FREITAS, E. G. F. Modern approaches to the special education programs for the prevention of cognitive dysfunction in elderly people in the practice of GPs from the point of view of evidence-based medicine. **Special journal of the Medical Academy and other Life Sciences**, v. 1, n. 1, p. 51-78, 16 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.58676/sjmas.v1i1.7>

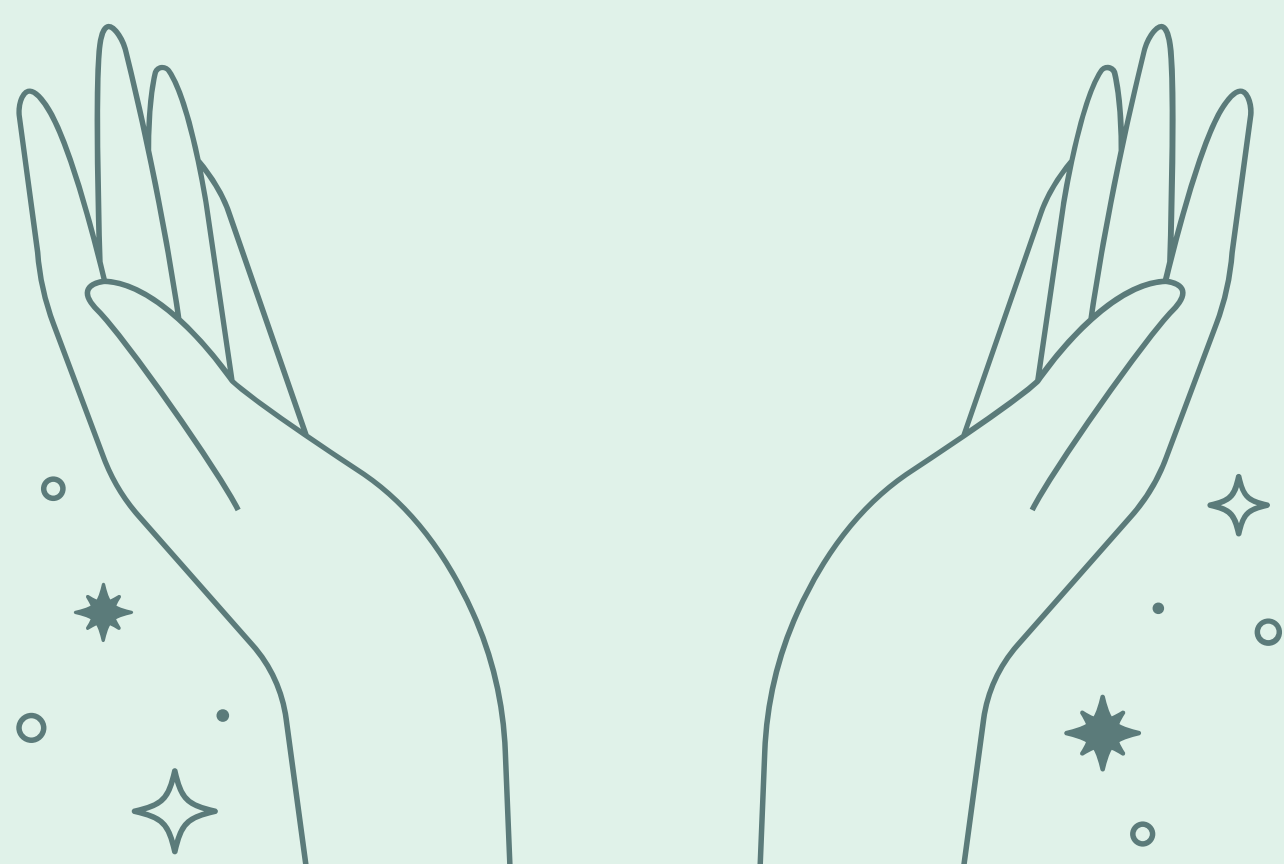
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

CAMARANO, A. A.; WELLE, A.; ROMERO, D. E.; SILVEIRA, F. G. et al. **Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro**. Rio de Janeiro: Edições Livres; Fundação Oswaldo Cruz, 2023. 337 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57831>. Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf). Acesso em: 25 jun. 2024.

KOLCABA, K.Y. **Comfort theory and practice - a vision for holistic health care and research**. New York: Springer Publishing Company; 2003. 264 p.

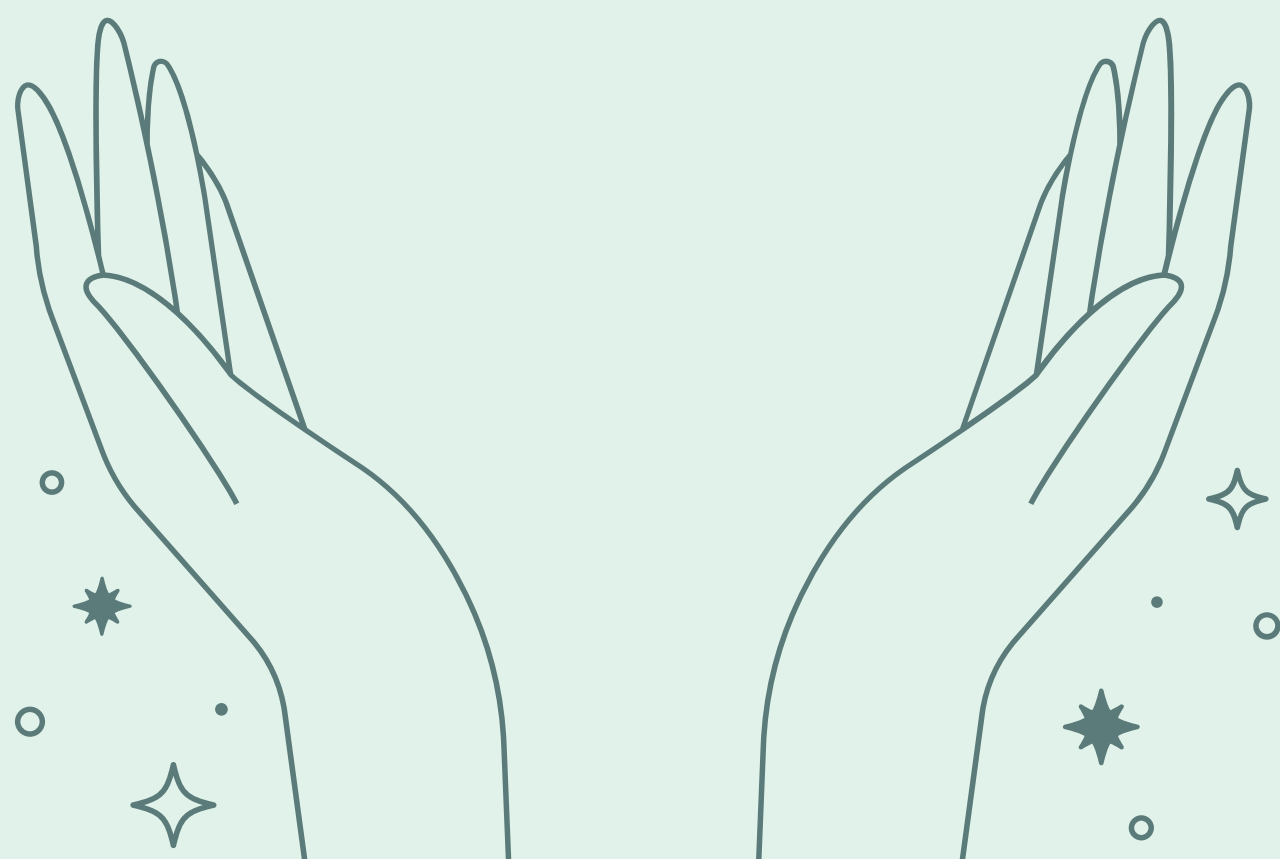
SAAVEDRA, B.A.S.; GÁLVEZ, M.A.G. Percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidado importantes perception of nurses and families of patients regarding important care behaviors. **Ciencia y Enfermería**. v.23, n.1, p.35-44, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000100035>



---

# Referências

- MEDINA, S.A.R; MANCHAY, R.J.D; VALLEJOS, M.F.; PÉREZ, A.J.B et al. Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas. **Gerokomos**. v. 31, n. 2, p. 71-75, 2020. DOI:10.4321/S1134-928X2020000200003
- CARDOSO, R. B.; SOUZA, P. A.; CALDAS, C. P.; BITENCOURT, G. R. Nursing diagnoses in hospitalized elderly patients based on Kolcaba's comfort theory. **Revista de Enfermagem Referencia**. n. 4, p. 1-10, 2020. DOI: 10.12707/RV20066
- CONNER, N. E.; ELLER, L.S. Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African-Americans. **Journal of Advanced Nursing**, n. 46, v. 6, p. 624-632, 2004. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03053.x.
- OLIVEIRA, S. M.; COSTA, K. N. D. F. M.; DOS SANTOS, K. F. O.; OLIVEIRA, J. D. S. et al. Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of Kolcaba's theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.73, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0501>
- FISHER, K. A.; SMITH, K. M.; GALLAGHER, T. H.; HUANG, J. C. et al. We want to know: Patient comfort speaking up about breakdowns in care and patient experience. **BMJ Quality and Safety**, v. 28, n. 3, p. 190-197, 2019. DOI: 10.1136/bmjqs-2018-008159
- FREITAS, J. S. D.; SILVA, A. E. B. D. C.; MINAMISAVA, R.; BEZERRA, A. L. Q. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454-460, 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3241.2437
- FRIDH, I.; KENNE SARENMALM, E.; FALK, K.; HENOCH, I. et al. Extensive human suffering: A point prevalence survey of patients' most distressing concerns during inpatient care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 29, n. 3, p. 444-453, 2015. DOI: 10.1111/scs.12148
- HOU, Y. F.; ZHAO, A. P.; FENG, Y. X.; CUI, X. N. et al. Nurses' knowledge and attitudes on comfort nursing care for hospitalized patients. **International Journal of Nursing Practice**, v. 20, n. 6, p. 573-578, 2014. DOI: 10.1111/ijn.12200
- LUCENA, S.L.F.; FARIAS, F. S; CORDEIRO, L.M; COUTINHO, D.T.R. et al. Cuidado de Enfermagem à Idosa com Síndrome da Fragilidade Fundamentado na Teoria do Conforto. **Enfermagem em Foco**. v. 11, n. 5, p. 20-9, 2020. DOI:10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3417
- JIMÉNEZ, N.M.; SUAZO, S.V.; YÁNEZ, A.O. Impacto de un proyecto piloto de estimulación cognitiva sobre el bienestar psicoespiritual en adultos mayores impact of a cognitive stimulation pilot project on psychospiritual welfare in the elderly. **Horizonte de Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 88-97, 2018. DOI: 107764/Horiz\_Enferm.29.2.88-97
- OLIVEIRA, A. L. B. D.; MENEZES, T. M. D. O. The meaning of religion/religiosity for the elderly. **Revista brasileira de enfermagem**, v.71, n.2, p. 770-776, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0120>
- RIBEIRO, P. C. P. S. V.; MARQUES, R. M. D.; RIBEIRO, M. P. Geriatric care: ways and means of providing comfort. **Revista brasileira de enfermagem**, v.70, n. 4, p. 830-837, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>
- TUTTON, E; SEERS, K. Comfort on a ward for older people. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, n. 4, p. 380-389, 2004. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x
- WILLIAMS, A. M.; IRURITA, V. F. Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic context. **International Journal of Nursing Studies**, v.43, n. 4, p. 405-415, 2006. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2005.06.004
- YOUSEFI, H.; ABEDI, H. A.; YARMOHAMMADIAN, M. H.; ELLIOTT, D. Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: A hermeneutic phenomenology study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 9, p. 1891-1898, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x





## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida e maior proporção de pessoas idosas no Brasil e no mundo com maior suscetibilidade para condições crônicas atreladas ao processo de envelhecer, requer novos modelos de atenção à saúde para essa população. Aos que inevitavelmente precisem de serviços de saúde, a nível secundário ou terciário, embora haja a proposta da integralidade, a qualificação profissional e a humanização do cuidado são atributos essenciais para essa atenção. Muitas vezes, nesse contexto percebe-se uma fragmentação do cuidado que em geral desconsideram a multidimensionalidade das necessidades de saúde específicas dessa faixa etária.

A compreensão do “ser idoso” e do processo de envelhecimento devem estar integradas nesse processo, considerando ainda o impacto que a hospitalização pode ocasionar nas funções funcionais e cognitivas. Logo, a crescente complexidade das necessidades de saúde representa um desafio, demandando cuidados particulares e intencionais em contextos de fragilidade, cronicidade e hospitalização, valorizando o desenvolvimento de uma atenção direcionada, um cuidado centrado no significado das experiências da pessoa que transcende os aspectos biomédicos e o contexto em si, para assim ofertar um cuidado holístico, capaz de promover o conforto e contemplar os interesses da pessoa cuidada, auxiliando-o a viver com sentido e de maneira compatível com sua situação, independentemente da condição física, de saúde ou de doença.

Motivadas pela intenção de proporcionar um cuidado de enfermagem de excelência com maior conforto às pessoas idosas, reconhecendo o processo de confortar como uma prática da enfermagem e não obstante uma prática humana e cultural, optou-se por aprofundar os conhecimentos em uma base científica comprometida com o bem-estar do paciente, a Teoria do Conforto, que vem redesenhando o fenômeno do conforto na práxis da Enfermagem, tratando-se de uma experiência desejável em qualquer etapa da vida.

Debruçar-se sobre uma teoria de enfermagem voltada para o conforto ao longo dos últimos anos permitiu uma compreensão ampla e relacional do cuidado que a enfermagem deve oferecer à pessoa idosa numa integração que deve existir entre a ciência e a humanização. Torna-se essencial contribuir para uma prática baseada em fundamentos científicos com aplicabilidades práticas no cotidiano. Enquadrar o cuidado em saúde numa política de humanização é situar as intervenções de conforto numa atenção individualizada e respeitosa. A humanização, nesse contexto se situa pelo cuidado dispensado às pessoas

mais vulneráveis, e é consensual que se busquem intervenções para satisfazer as necessidades de saúde das pessoas idosas, sejam essas híginas e as que possuem risco ou funcionalidade reduzida.

A pessoa idosa necessita de uma abordagem singular, a qual a teoria fundamenta, que se considere todas as suas dimensões: físicas, emocionais, socioculturais e psicoespirituais. Em todo os contextos, o cuidado de enfermagem deve ser sensível e empático, proporcionando um ambiente acolhedor que minimize os desconfortos do distanciamento do lar e da família, bem como as limitações e condições impostas pela hospitalização. É acolher independentemente de sua situação de vida, autonomia ou dependência, é reconhecer e valorizar a sua história de vida, seus sentimentos, medos e esperanças, é proporcionar cuidados dignos e humanizados.

Compreender as necessidades de saúde, as variáveis intervenientes tornam-se imperante para reconhecer a singularidade do que se busca para alcançar os resultados positivos, visando um cuidado que respeite e promova o conforto pleno. Logo, intervir e promover a qualidade dos cuidados é fundamental, e o conforto surge como uma prática intrínseca dos profissionais de enfermagem, sendo assim, deve ser incorporado a intencionalidade que lhes confere um sentido único nas suas práticas.

Entende-se que este estudo alcançou o objetivo o qual se propôs de elaborar e validar um protocolo de intervenções de enfermagem para promoção do conforto de pessoas idosas hospitalizadas à luz da Teoria de Kolcaba. Mediante as intervenções, cuidados e atividades de enfermagem evidenciadas na Prática Baseada em Evidências científicas que buscam promover um conforto holístico, onde cada ação é pensada e direcionada para atender às necessidades únicas das pessoas idosas. As intervenções de enfermagem contempladas na NIC para o diagnóstico “Conforto Prejudicado” da NANDA-I permitem mais cientificidade para Enfermagem frente ao julgamento clínico e tomada de decisão. Dessa forma, foi possível estruturar o protocolo e validar a qualidade, rigor metodológico e transparência por meio do instrumento de avaliação que permitirá uma prestação de uma assistência verdadeiramente humanizada e individualizada no que se refere ao conforto.

O percurso metodológico desse estudo buscou uma interligação estrutural e um olhar desafiador sobre o conforto como uma necessidade vital e essência do cuidado de enfermagem, especialmente para pessoas idosas hospitalizadas. Tomando por base

PINTO, S.; CALDEIRA, S. MARTINS, J.C. A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: Implications for nursing diagnosis and interventions. **Journal of Nursing Education and Practice**, v.7, n.8, p.37, 2017. DOI: 10.5430/JNEP.V7N8P37

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTSYURKO, M. Comfort society: philosophical and axiological dimension. **Humanities studies**, n.10, p.30-37, 2022. DOI: <https://10.26661/hst-2022-10-87-03>

QUEIROZ, L.L.C.S.; BOENTE, D.R. Financing Public Health Expenditure in an Aging Society: The Role of Public-Private Partnerships in Health. **New challenges in accounting and finance**, v.9, p.1-12, 2022. DOI: <https://doi.org/10.32038/NCAF.2023.09.01>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. **Diccionario de la lengua española**. 23ª ed. Madrid: Espasa, 2014.

REIS, C.C.A.; SENA, E.L. DA S.; MENEZES, T.M. DE O. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. **Revista da Escola Anna Nery**. v.20, n.3, e20160070, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160070>

RIBEIRO, P.C.P.S.V.; MARQUES, R.M.D.; RIBEIRO, M.P. Geriatric care: ways and means of providing comfort. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.4, p.830-37, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0636.

SALIBI, G.; FREITAS, E. G. F. Modern approaches to the special education programs for the prevention of cognitive dysfunction in elderly people in the practice of GPs from the point of view of evidence-based medicine. **Special journal of the Medical Academy and other Life Sciences**, v. 1, n. 1, p. 51-78, 16 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.58676/sjmas.v1i1.7>

SANTANA, M.; MENDES, F.; BERNARDO, J.; SILVA, R. et al. Difficulties in Caring for the Older Adults: Perspective of Brazilian and Portuguese Caregivers. **Nursing Reports**, v.13, n.1, p.284-96, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/nursrep13010027>

SANTOS, C.M. da C.; PIMENTA, C.A. de M.; NOBRE, M.R.C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

SANTOS, G.M.; MOREIRA, M.A.S.P. Safety of the elderly in the hospital environment: international scientific production. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v.8, n.1, p.1-14, 2022. DOI: <https://10.26694/repis.v8i1.2727>.

SANTOS, W. M. dos; SECOLI, S. R.; PÜSCHEL, V. A. DE A. The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3074, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>.

SCARPARO, A.F.; LAUS, A.L.C.S.; FREITAS, M.R.I.; GABRIEL, C.S.; CHAVES, L.D.P. Reflections on the use of Delphi technique in a reserach in nursing. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. p.242-51, 2012.

continuamente a Teoria do Conforto, seu delineamento foi fundamentado nas melhores evidências científicas disponibilizada para a temática. Os processos, softwares e Sistema de Linguagem Padronizada forneceram uma base científica robusta para sistematizar as informações, sempre com o olhar atento e sensível da equipe de desenvolvimento e dos especialistas que contribuíram para o desenvolvimento das etapas do estudo, subsidiados pelo rigoroso processo de validação do AGREE-II, obtendo uma recomendação positiva na avaliação global, um passo para seu desenvolvimento e futura aplicação.

Os achados deste estudo mostram que é essencial considerar as particularidades do cuidado à pessoa idosa, pois essas possuem características específicas em relação à manifestação, progressão e resultado dos problemas de saúde, demonstrando uma maior vulnerabilidade a eventos adversos, especialmente no âmbito hospitalar. Isso demanda intervenções que sejam multidimensionais e multissetoriais, com ênfase no cuidado integral, numa construção interativa e contínua entre as dimensões de conforto.

Os resultados dos passos metodológicos realizados destacaram fortemente a importância de considerar principalmente as questões psicológicas e espirituais no conforto das pessoas idosas hospitalizadas. Percebe-se que o diagnóstico de "Conforto Prejudicado" da NANDA-I deverá ser expandido para incluir esses aspectos no Domínio 12, garantindo uma abordagem mais completa e holística do cuidado.

Evidencia-se que a enfermagem se destaca por sua capacidade de intervir e transformar a experiência da hospitalização em um momento de conforto e tranquilidade para as pessoas idosas, valorizando cada ser em sua individualidade. O conforto como um indicador de qualidade do cuidado em saúde exige sensibilidade e dedicação, aspectos que estão no coração deste estudo. Compreender o conforto como necessidade humana e fenômeno intersubjetivo, é valioso e necessário, envolvendo as particularidades da atenção à saúde da pessoa idosa e recursos contextuais que o influenciam.

Este protocolo é uma proposta inovadora que visa transformar o cuidado de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas com vistas ao conforto, tornando uma experiência mais acolhedora e humanizada. Ao tomar o conforto como parte integrante das práticas dos profissionais de enfermagem, ele contribuirá significativamente para que a enfermagem seja reconhecida por suas melhores práticas no atendimento a esse grupo tão vulnerável.

Embora o estudo apresente-se com relevância para a prática, convém destacar as limitações devido à escassez de produções científicas com elevados níveis de evidência, conforme preconizados pela PBE, não apenas sobre a temática, mas na área da Enfermagem. No entanto, como o objeto de estudo constitui um fenômeno intersubjetivo com pesquisas ainda incipientes, concentrando-se em sua maioria em abordagens de cunho qualitativas, essas fornecem uma evidência rica e contextualizada para compreensão do objeto de estudo. Ainda assim, a revisão integrativa da literatura realizada neste estudo permitiu contemplar de forma abrangente as publicações existentes e sintetizar com base em ferramentas metodológicas utilizadas para coletar, analisar e interpretar os dados da pesquisa.

No entanto, faz-se necessário aprofundar o estudo sobre as intervenções de conforto específicas nas diversas nuances da Enfermagem, pois ainda há escassez de trabalhos metodologicamente sólidos que testem a efetividade das intervenções especializadas nesse contexto, com amostras significativas, que forneçam robustez dos resultados e confiança na aplicabilidade.

A continuidade deste estudo é essencial para validar sua aplicabilidade prática e analisar as intervenções posteriores, assegurando o seu aprimoramento e o atendimento às reais necessidades das pessoas idosas hospitalizadas. O protocolo pretende orientar a prática de conforto, minimizando riscos e condutas inadequadas e fornecendo informações que possibilitem uma compreensão mais profunda das necessidades individuais. Sua implementação pode enfrentar barreiras, como a baixa disponibilidade de profissionais de enfermagem e a resistência a mudanças nas práticas cotidianas. Para isso, palestras, treinamentos, oficinas de capacitação e conscientização poderão ser realizados para facilitar sua utilização e garantir que a essência do cuidado humanizado seja mantida.

Cuidar da pessoa idosa é interessar-se por ele e as intervenções de conforto são a forma de concretização desse cuidado, não obstante seja desafiador proporcionar as melhores respostas confortadoras em cuidados de saúde, a adequação das realidades dos serviços às necessidades de conforto das pessoas consolidam políticas e práticas efetivas. Ao construirmos um ambiente que conforta, estabelecemos uma relação terapêutica entre a pessoa e o profissional de enfermagem em um encontro de cuidado, co-criamos um ambiente genuinamente humano com compromisso moral e respeito pela dignidade.

A sua utilização pode fortalecer programas de melhoria, tornando-se uma das escolhas para desenvolver e testar intervenções e medidas nos cuidados de conforto, para que a eficácia e a qualidade dos cuidados possam ser garantidas. Pretende-se que os resultados deste estudo sejam utilizados por pesquisadores, gestores e profissionais de enfermagem e multidisciplinares que busquem elevar os níveis de conforto das pessoas idosas hospitalizadas e ofertar um cuidado digno e especializado para essa população.

Finalmente, sugere-se a realização de estudos futuros para identificar obstáculos na aplicação do protocolo, utilizando ferramentas de avaliação e revisões sistemáticas da literatura. Isso permitirá aprimorar ainda mais as práticas de saúde voltadas para o conforto das pessoas idosas, garantindo que recebam o cuidado atento e confortável que merecem.

## REFERÊNCIAS

ACAUAN, L. V.; ABRANTES, C.V.; STIPP, M.A.C.; TROTTE, L.A.C. et al. Utilização do software iramuteq® para análise de dados qualitativos na enfermagem: um ensaio reflexivo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.24, e1326, 2020 DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200063>.

AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. Estimating the additional hospital inpatient cost and mortality associated with selected hospital-acquired conditions. 2017. Acesso em: 30 de março de 2022. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/hai/pfp/haccost2017-results.html>

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, jul. 2011.

ALVES, J.E.D. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU. **Revista Longeviver**. v.1, n.3, 2019. Acesso em 02 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/787/842>

ARAÚJO, P.D. Políticas públicas no brasil: necessidade de políticas públicas para tratamento de idosos com Alzheimer. **Fronteiras Interdisciplinares do Direito**, v.2, n.1, p.1-20, 2020. DOI: <https://10.23925/2596-3333.2020v2i1a4>.

AROMATARIS, E., PEARSON, A. The systematic review: an overview. **Am J Nurs**. v.114, n.3, p.53-8, 2014. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c.

AZEREDO PASSOS, V.M.A; CHAMPS, A.P.S, TEIXEIRA, R.A.; MARIA, LIMA-COSTA, F. *et al.* The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, v.30, n.18 (Suppl 1), p.14, 2020. DOI: 10.1186/s12963-020-00206-3.

BARBOSA, E.M.G.; OLIVEIRA, F.D.M.; GUEDES, M.V.C.; MONTEIRO, A.R.M. *et al.* Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 845-9, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.

BENNER, P., TANNER, C.A.; CHESLA, A. **Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment & ethics**. Springer Publishing Company, New York, 2009.

BERNEZ, M.O. Comfort, the acceptable face of luxury - an eighteenth-century cultural etymology. **Journal for Early Modern Cultural Studies**, v.14, n.2, p.3-21, 2014. DOI: <https://halshs-01017374f>.

BERNEZ, M.O. Comfort, the Acceptable Face of Luxury: An Eighteenth-Century Cultural Etymology. **Journal for Early Modern Cultural Studies**, v.14, n.2, p.3-21. DOI: <https://10.1353/JEM.2014.0015>.

BORDIN, R.; BORDIN, D.; FAGUNDES, L.O.B; ARGENTON, L.B. *et al.* National policy on health of the elderly person in the light of the steps of the public policy cycle and national health research. **International Journal of Development Research**, v.12, n.08, p.57896-901, 2022. DOI: <https://10.37118/ijdr.25002.08.2022>

BRASIL, R. F. G.; SILVA, M. J. da; MOURA, E. R. F. Avaliação da qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03335, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017008103335>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2024. Alves, J.E.D. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. Novas projeções da ONU. *Revista Longevidade*, v. 1, n. 3, 2019.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20n%2094.406,%20DE,enfermagem,%20e%20d%20outras%20provid%20ncias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20n%2094.406,%20DE,enfermagem,%20e%20d%20outras%20provid%20ncias). Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf). Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto da Pessoa Idosa** (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Acesso em 08 de fevereiro de 2022. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm). Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Acesso em 08 de fevereiro de 2022. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)

BRASIL. **Nota informativa nº 1/2019**. COSAPI/DAPES/SAS/MS, 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Acesso em: 08 de fevereiro de 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)

BUTCHER, H.; BULECHEK, G.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. **NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 7ªed, Editora GEN Guanabara Koogan, 2020.

CAMARANO, A. A.; WELLE, A.; ROMERO, D. E.; SILVEIRA, F. G. *et al.* **Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro**. Rio de Janeiro: Edições Livres; Fundação Oswaldo Cruz, 2023. 337 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57831>. Acesso em: 25 jun. 2024.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.; IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicologia**, v.21, n.2, p.513-518, 2013. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CARDOSO, R.B.; PACHECO, S.T.A; CALDAS, C.P.; SOUZA, P.A.D. *et al.* Prática confortadora ao idoso hospitalizado à luz da bioética, v.27, n.4, p.595-99, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019274342

CASTRO, V.C.; BORGHI, A.C.; MARIANO, P.P.; FERNANDES, C.A.M. *et al.* Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v.14, n.4, p. 791-800, 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 736 de 17 de janeiro de 2024**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 25 jun. 2024. COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>. Acesso em: 25 jun. 2024.

COSTA, R.L.; CRUZ, I.C.F. The diagnosis of impaired Comfort in the Intensive Care Unit from the Nurse's perspective - systematized review of literature. **Journal of Specialized Nursing Care**, v.9, n.1, 2017.

COUTINHO, M.L.N.; SAMÚDIO, M.A.; ANDRADE, L.M.de; COUTINHO, R.N. *et al.* Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** v.16, n.6, p.908-1005, 2015.

DANTAS, R. C. de O., RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 24, n. 1, p. 295-306, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35362016>.

DIAS, K. *et al.* (2014). O cuidado em enfermagem direcionado para pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(5), p. 1337-1346.

DUARTE, U.O.; MACENA, R.H.M.; OLIVEIRA, S.D. Reflections on duty of care to guarantee elderly. **Gerontology & Geriatrics**, v.2, n.1, p.1-3, 2017. DOI: <https://10.15406/mojgg.2017.02.00039>.

FLAHERTY, J.H.; RODIN, M.B.; MORLEY, J.E. Changing Hospital Care For Older Adults: The Case for Geriatric Hospitals in the United States. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v.8, 2022. DOI: <https://10.1177/23337214221109005>.

FRANCA FREITAS, E.G.; SALIBI, G. Modern approaches to the special education programs for the prevention of cognitive dysfunction in elderly people in the practice of GPs from the point of view of evidence-based medicine. **Special Journal of the Medical Academy and Other Life Sciences**., v.1, n.1, p.51-78, 2023. DOI: <https://doi.org/10.58676/sjmas.v1i1.7>.

FREITAS, J.S.; SILVA, A.E.C.C.; MINAMISAVA, R.; BEZERRA, A.L.Q. *et al.* Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454-60, 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3241.2437.

GALLARDO, N.P.; ALVES, E.D.L; SILVA, M.S.D.; SOUSA, F.L.N.; SANTOS, B. Avaliação de conforto e eficiência térmica em edifícios com ambientes de plantas: um relato

de estudo experimental. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v.17, n.2, 2021. DOI: <https://10.54399/RBGDR.V17I2.6348>

GOMES, M.A.M; PAIVA, A.M.G. Mortality in the Elderly Due to Cerebrovascular Disease. **International Journal of Cardiovascular Sciences.**, v.34, n.2, p.168-9, 2021. DOI: <https://10.36660/ijcs.20210036>.

GONÇALVES, M.C. dos S.; BRANDÃO, M.A.G.; DURAN, E.C.M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 115–124, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600016>

GONZÁLEZ, E.P. La cultura del bienestar. Poéticas del confort en la arquitectura de los siglos XIX y XX" = The Welfare Culture. Poetics of Comfort in Architecture of the 19th and 20th-centuries. **Cuadernos de Proyectos Arquitectónicos**, n.4, p. 22-31, 2013.

GROWDON, M. E., SHORR, R. I., INOUE, S. K. The tension between promoting mobility and preventing falls in the hospital. **JAMA Internal Medicine**, v. 177, n. 6, p.759–760, 2017. [10.1001/jamainternmed.2017.0840](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.0840)

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed.

HICKEY, A. Comfort: A Project for Cultural Studies. **Open Cultural Studies**. v.2, n.1, p.463-74, 2018. DOI: <https://10.1515/CULTURE-2018-0042>.

IBGE. **Censo 2022**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 25 jun. 2024. FREITAS, Eduardo Gomes

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística **Censo Demográfico 2022**. População por idade e sexo das pessoas de 60 anos ou mais de idade, 2023.

JBI. The Joanna Briggs Institute. **JBI levels of evidence**. Acesso em 13 de outubro de 2022. Disponível em: [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)

KHAN, G. S. C.; STEIN, A. T. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1111–14, maio 2014.

KOLCABA K. Y. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer; 2003.

KOLCABA, K. Y. A theory of holistic comfort for nursing. **J. Adv. Nurs.**, v.19, n.6, p.1178-84, 1994.

KOLCABA, K.Y. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image J. Nurs. Sch.**, v.25, n.4, p.237-40, 1991.

KOLCABA, K.Y. **Comfort theory and practice - a vision for holistic health care and research**. New York: Springer Publishing Company; 2003. 264 p.

- 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.
- LIMA-COSTA, M.F. Envelhecimento e saúde pública: o Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v.52, (Supl.2), p.1-2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap>.
- LIN, C.C. Comfort: a value forgotten in nursing. **Cancer Nursing**, v.33, n.6, p.409-10, 2010. DOI: <https://10.1097/NCC.0B013E3181F78D7D>.
- LIRA, L. N., et al. Nursing diagnosis and prescriptions for hospitalized elderly. **Av. Enferm.** n. 33, n. 2, p. 251-60, 2015.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOPES, F.; NICOLI, E.; OLIVEIRA, S.; ESPÍRITO SANTO, T. *et al.* The operationalization of health care networks for the elderly in Brazil and in the world: scoping review. **Concilium**, v.23, n.15, p.244–59. DOI: <https://doi.org/10.53660/CLM-1637-23J39>
- LUCENA, A. DE F.; BARROS, A. L. B. L. DE. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82–88, mar. 2005.
- MARTINS, A.G.; SOUSA, P.P.; MARQUES, R.M. Comfort: Theoretical contribution to nursing. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.22:e87723, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87723>.
- MCILVEEN, K.H.; MORSE, J.M. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. **Clinical Nursing Research**. 1995 v.4, n.2, p.127-48, 1995. DOI: <http://10.1177/105477389500400202>. PMID: 7757022.
- 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.
- MEDEIROS, R.K.S.; FERREIRA JÚNIOR, M.A.; TORRES, G.V.; VÍTOR, A.F.; SANTOS, V.E.P.; BARICHELLO, E. Instrument content validation on nasogastric intubation skills. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.17, n.2, p.278-89, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.28820>
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C. de C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.4, p.758–764, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2023.
- MINAYO, M.C. de S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**. v. 24, n. 1, pp. 247-52, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29912018>.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement **BMJ**, v.339, b2535, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. *Nursing Diagnosis*, **Philadelphia**, v. 8, n. 4, p. 137-144, 1997.

MURAD, M.H.; ASI, N.; ALSAWAS, M., et al New evidence Pyramid. **Evidence Based Medicine**. v.21, n.4, p.125-7. DOI: 10.1136/ebmed-2016-110401.

MUSSI, F.C. (2005). Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.1, p.72-81. DOI: <https://10.1590/S0103-21002005000100010>

NEUMANN, L.T.V.; ALBERT, S.M. Aging in Brazil. **Gerontologist**, v.58, n.4, p.611-17, 2018. DOI: <https://10.1093/geront/gny019>.

NIGHTINGALE F. **Notes on Nursing**. New York: Dover Publication; 1969.

NOYES, J.; BOOTH, A.; CARGO, M.; FLEMMING, K., *et al*. Chapter 21: Qualitative evidence. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.4* (updated August 2023). **Cochrane**, 2023. Acesso em 13 de outubro de 2023. Disponível em: <https://training.cochrane.org/handbook>

OLIVEIRA, S.M., COSTA, K.N.F.M, SANTOS, K.F.O, OLIVEIRA, J.S, PEREIRA, M.A, FERNANDES, M.G.M. Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of Kolcaba's theory. **Rev Bras Enferm**.v.73, (Suppl 3): e20190501, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0501>

OLIVEIRA, T. M. J., et al. Hospitalização para o idoso: Contribuições da enfermagem gerontológica. **Rev. Kairós Gerontol.**, v.19, n.3, p.293-308, 2016.

OXFORD UNIVERSITY PRESS. **Oxford English Dictionary**. 3ªed. Oxford: Oxford University Press, 2019.

PAGE, M.J.; MCKENZIE, J.E.; BOSSUYT, P.M.; BOUTRON, I. *et al*. Declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **BMJ**, 372, n71, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

PALLESCHI, L.; GALDI, F.; PEDONE, C. Acute medical illness and disability in the elderly. **Geriatric Care**, v.4, n.3, 2018. DOI: 10.4081/gc.2018.7561

PETERS, M.D.J.; GODFREY, C.M.; MCINERNEY, P.; SOARES, C.B.; KHALIL, H.; PARKER, D. **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews**. [Internet]. Adelaide: JBI; 2015. Acesso em 05 de setembro de 2021. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-ScopingReviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-ScopingReviews_2015_v2.pdf)

PIMENTA, C. A. de M, et al. **Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, Prática Baseada em Evidências e classificações de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2017.

PIMENTA, C. A. M. *et al*. **Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem/COREN-SP**. São Paulo: Coren-SP, 2015.BRASIL.

SCHEERMAN, K. Moving towards better care for hospitalized older adults. **Global Academic Press** [PhD-Thesis]. Vrije Universiteit Amsterdam, 2023. DOI: 10.5463/thesis.62.

SILVA, C.R.L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N.M.A. Predicações de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.1, p.49-55, 2011.

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.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

SOUSA, F. V. F. S. **Software Solatium: processo de enfermagem para o cuidado de conforto de pessoas com adoecimento cardiovascular**. 2018. 371 f. Tese [Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde]. Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação, Fortaleza, 2018.

SOUSA, Patrícia Pontífice. **O conforto da pessoa idosa**. Editora Universidade Católica, 2ed., 2020, 144p.

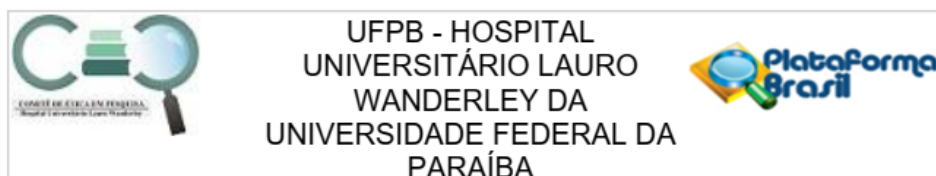
SZWARCWALD, C.L.; STOPA, S.R.; MALTA, D.C. Status of the main noncommunicable diseases and lifestyles in the Brazilian population: Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. **Cadernos de Saude Publica**, v.38, (suppl 1), PT276021, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT276021>.

TUTTON, E.; SEERS, K. An exploration of the concept of comfort. **Journal of Clinical Nursing**, v.12, n.5, p.689-96, 2003. DOI: <https://10.1046/J.1365-2702.2003.00775.X>

YOUSEFI, H., ABEDI, H.A., YARMOHAMMADIAN, M.H., ELLIOTT, D. Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. **J Adv Nurs**. v.65, n.9, p.1891-8, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x. PMID: 19694852.

## ANEXOS

## Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Elaboração de um Protocolo de Intervenções de Enfermagem

**Pesquisador:** Sanni Moraes de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56816022.7.0000.5183

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Lauro Wanderley

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.375.472

**Apresentação do Projeto:**

Informações preliminares

Protocolo de pesquisa original, trata-se de um projeto de tese de doutorado, versão 1, submetido pela pesquisadora Sanni Moraes de Oliveira. É um estudo metodológico construção do protocolo fundamentado na Teoria do Conforto de Kolcaba, através de uma revisão integrativa da literatura para seleção de Práticas Baseadas em Evidências, além das intervenções e atividades propostas pela Classificação de Intervenções de Enfermagem para promoção do Conforto, a ser validado a posteriori por expertises, guiados pelo instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II.

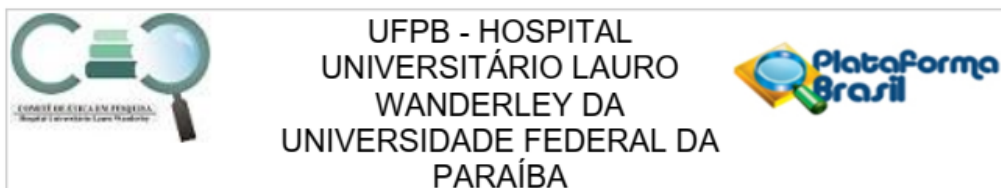
– Informações sobre o estudo:

Os dados extraídos dos documentos postados na Plataforma Brasil (PB) E/OU no Projeto Detalhado (extraídos do PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1880385 postado em 16/03/2022 e do PROJETO\_SANNI\_2).

Introdução

As transformações demográficas e sociais evidenciam o aumento exponencial no quantitativo de idosos na perspectiva mundial, com índices acentuados nas sociedades desenvolvidas, constituindo-se como um fenômeno, progressivo, sistemático e irreversível. Esse fenômeno vem alterando significativamente a situação da pessoa idosa e implica consequências sociais,

**Endereço:** Rua Tabelaio Stanislau Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.375.472

Em tempo, a pesquisadora responsável foi contatada e foram solicitados os ajustes necessários nos documentos citados na lista de pendências. Após análise dos ajustes, o estudo pode ser considerado como aprovado uma vez que não há mais pendências documentais. Os documentos corretos foram anexados à Plataforma Brasil.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião extraordinária realizada em 19 de abril de 2022.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES**

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

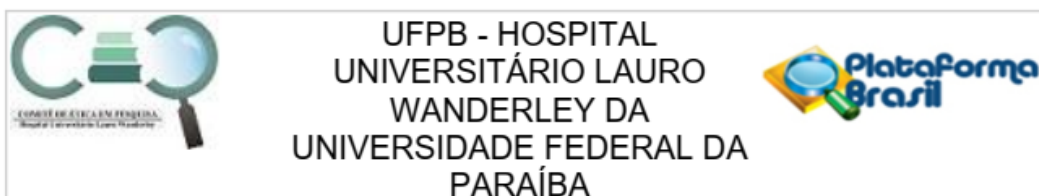
. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante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

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.

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

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para APRECIAÇÃO e OBTENÇÃO 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.

**Endereço:** Rua Tabeião Stanislaw Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.375.472

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SANNI_ajustado.pdf	28/04/2022 14:04:40	LUCIANA PIMENTEL FERNANDES DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SANNI_ajustado.pdf	28/04/2022 14:04:40	LUCIANA PIMENTEL FERNANDES DE MELO	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_G RACA.pdf	28/04/2022 14:03:38	LUCIANA PIMENTEL FERNANDES DE MELO	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_G RACA.pdf	28/04/2022 14:03:38	LUCIANA PIMENTEL FERNANDES DE MELO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1880385.pdf	16/03/2022 10:25:19		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/03/2022 10:20:55	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	16/03/2022 10:19:29	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE.pdf	13/02/2022 19:40:34	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_FINANCEIR O.pdf	13/02/2022 19:28:53	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	FICHA_CADASTRO_PESQUISA.pdf	13/02/2022 19:23:17	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.pdf	13/02/2022 19:21:59	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	13/02/2022 19:19:05	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SANNI_2.docx	13/02/2022 19:15:38	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SANNI.pdf	02/01/2022 17:47:32	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
Outros	AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf	02/01/2022 17:31:09	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito

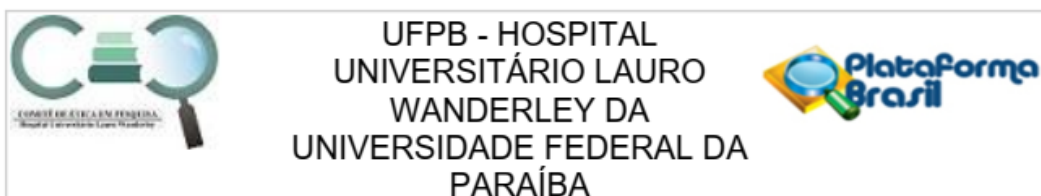
Endereço: Rua Tabeião Stanislau Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco

Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.050-585

UF: PB Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3206-0704

E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.375.472

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CERTIDAO_HOMOLOGACAO.pdf	02/01/2022 17:28:10	Sanni Moraes de Oliveira	Aceito
--	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 28 de Abril de 2022

---

**Assinado por:**  
**MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Tabeião Stanislau Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br

**APÊNDICES**  
**Apêndice I**

**CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS PARA ELABORAÇÃO DO  
PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO  
DO CONFORTO EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS**

Prezado Sr.

Eu, Sanni Moraes de Oliveira, enfermeira e doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Construção de um Protocolo de Intervenções de Enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas”, sob orientação da Professora Dra. Maria das Graças Melo Fernandes, enfermeira e docente da Universidade Federal da Paraíba, cujo objetivo geral é construir e validar um protocolo de intervenções de enfermagem à luz da Teoria do Conforto para o conforto de pessoas idosas em ambiente hospitalar.

Por reconhecimento de sua experiência profissional, venho por meio desta convidá-la a colaborar com suas contribuições e julgamento sobre o conteúdo do protocolo construído. Sua participação constará na validação de intervenções da NIC e utilização de um instrumento confiável, testado e recomendado para avaliação de protocolos.

Enviamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o forms para validação das intervenções para o Protocolo de Intervenções de Enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas. Certas da sua valorosa contribuição, agradecemos antecipadamente a sua disponibilidade e nos colocamos à sua inteira disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Sanni Moraes de Oliveira

*Doutoranda*

Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes

*Orientadora*

**Caro Enfermeiro Especialista,**

Trazemos aqui as instruções para sua contribuição valiosa nesta pesquisa que acontecerá em até três momentos, quais sejam:

1. Utilização do instrumento para apreciação da viabilidade do uso de Intervenções/Atividades/Cuidados para Conforto Prejudicado de idosas hospitalizadas; O instrumento será entregue impresso ou por e-mail, conforme preferência, e terá um **prazo máximo de 15 dias** para retorno devidamente respondido. Será composto por um quadro com a discriminação de cada Intervenção de Enfermagem da *Nursing Interventions Classification*, as Atividades de Enfermagem propostas pela *NIC*, os Cuidados para Conforto Prejudicado de pessoas idosas hospitalizadas alcançados por meio da Revisão Integrativa da literatura, uma escala intervalar do tipo Likert com as opções “Inviável”, “Viável em partes” e “Viável”, além de um campo direcionado para sugestões, alterações ou observações pertinentes quando a concordância não for alcançada. *Neste ponto, admita a seguinte pergunta para os itens do quadro: “Você considera viável o uso dessa intervenção/atividade/cuidado para Conforto Prejudicado de pessoas idosas hospitalizadas?”*
2. Análise do compilado das Intervenções/Atividades/Cuidados alcançado com a contribuições dos Enfermeiros Juízes na primeira etapa; O compilado será entregue ou enviado para cada Enfermeiro Juiz para análise da concordância entre eles e terá um **prazo máximo de 5 dias** para retorno devidamente preenchido. *Neste ponto, você deverá analisar se concorda com o compilado construído.*
3. Caso necessário, mais uma etapa será direcionada para finalização da análise do conteúdo e fechamento dos dados com **prazo máximo de 5 dias** para retorno devidamente preenchido.

Pedimos o seu apoio e dedicação para juntos alcançarmos esse objetivo!

Somos só gratidão por sua disponibilidade e atenção!

Sanni Moraes de Oliveira

*Doutoranda*

Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes

*Orientadora*

## Apêndice II

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AVALIADORES DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS**

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, **Sanni Moraes de Oliveira**, enfermeira e doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Professora Dra. Maria das Graças Melo Fernandes, enfermeira e docente da Universidade Federal da Paraíba, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “*Construção e validação de um Protocolo de Intervenções de Enfermagem para promoção do conforto em pessoas idosas hospitalizadas*”.

O objetivo geral do estudo é elaborar um protocolo de intervenções de enfermagem para promoção de conforto em pessoas idosas hospitalizadas à luz da Teoria do Conforto. A finalidade deste trabalho é contribuir para a consolidação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, tendo em vista que as intervenções de enfermagem que serão validadas poderão compor um plano de cuidados para o conforto de pessoas idosas no ambiente hospitalar e conseqüentemente para a melhoria na qualidade da assistência. O projeto justifica-se pelo fato dessas informações coletadas serem importantes para agregar valor à área de saúde.

Convido-o (a) para participar de forma voluntária da pesquisa, declarando que ele terá livre decisão para participar do estudo, bem como retirar-se a qualquer momento sem quaisquer prejuízos para o mesmo, de qualquer natureza.

Solicitamos a sua colaboração na qualidade de Avaliador (a) para etapa de validação das intervenções, para julgar a questão da variabilidade na qualidade da diretriz, avaliar o rigor metodológico e a transparência em que a diretriz foi desenvolvida. Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco mínimo previsível, este estudo poderá ocasionar-lhe de imediato um possível desconforto psicológico no que tange a extensão e exaustão do instrumento que será diminuída ao máximo, preservando sua individualidade e seus limites fornecendo um tempo necessário para realização. Como benefícios, este trabalho proporcionará resultados que subsidiarão os profissionais da saúde no planejamento e implementação de ações comportamentais específicas, padronizadas por

meio de protocolo assistencial, para um cuidado efetivo de pessoas idosas hospitalizadas, contribuindo, assim, para uma melhora na qualidade da assistência.

Faz-se oportuno esclarecer, que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW sob o número de CAAE: 56816022.7.0000.5183 e Parecer: 5.375.472. Deste modo, a sua participação é voluntária e não envolve custos, por sua vez não implicará em remuneração aos participantes. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados em eventos da área de saúde, publicados em revista científica nacional e/ou internacional, bem como apresentado na instituição onde o estudo será realizado. É assegurado o sigilo acerca de seus dados de identificação por ocasião da publicação dos resultados. Em caso de dúvidas, o pesquisador responsável pode ser consultado acerca da pesquisa, bem como o CEP/HULW também pode ser consultado para esclarecer dúvidas sobre aspectos éticos do estudo.

**Contato da Pesquisadora Responsável:**

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a Pesquisadora Sanni Moraes de Oliveira do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Telefone: (83) 998324777; E-mail: [sanimoraes@gmail.com](mailto:sanimoraes@gmail.com); ou Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW - 2º andar - Campus I - Cidade Universitária - Bairro: Castelo Branco. João Pessoa – PB. CEP: 58059 – 900. Telefone: (83) 3216 – 7964. E-mail: [cep.hulw@ebserh.gov.br](mailto:cep.hulw@ebserh.gov.br).

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) sobre a pesquisa, riscos e benefícios, e dou o meu consentimento para participar da pesquisa de forma voluntária, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

João Pessoa, 25 de janeiro de 2024.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

