

CONFORTO: REVISÃO DE LITERATURA*

Fernanda Carneiro Mussi**

MUSSI, F. C. Conforto: revisão de literatura. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.2, p.254-66, ago. 1996.

A autora apresenta uma revisão de literatura sobre o tema conforto. Retrata analiticamente a concepção, as definições encontradas e os estudos que focaram o conforto sob a perspectiva dos sujeitos. Destaca algumas lacunas existentes nesta área do conhecimento e sugere aspectos importantes a serem considerados no desenvolvimento de pesquisas.

UNITERMOS: Conforto. Assistência de enfermagem

“Você está confortável”? “O que posso fazer para ajudá-lo a estar mais confortável”? Observa-se no campo clínico que os enfermeiros fazem questões desta natureza com a finalidade de propor ações cuidativas para promover conforto aos pacientes.

Na literatura de enfermagem constata-se que historicamente o conforto vem sendo considerado um conceito importante, fundamental e relacionado a prática da enfermagem MORSE (1983); JACOX (1989); KOLCABA (1991); NEVES-ARRUDA et al. (1992), como um objetivo a ser atingido pela assistência de enfermagem ou uma dimensão desta, NIGHTINGALE (1859); HAMER (1926); GOODNOW (1950); WHITE et al. (1976); ORLANDO (1978); AMERICAN NURSES' ASSOCIATION - ANA (1980); ELHART et al. (1983); DU GAS (1984); JONES (1986); NISHIOKA (1989); GEORGE (1993); BOTTORFF (s.d.), e, portanto, como um resultado desejado para o cuidado do paciente (WATSON, 1979; KOLCABA, 1992).

Embora a observação dos contextos da prática da enfermagem e os achados da literatura indiquem que o fenômeno conforto faz parte dos referenciais teórico e prático da enfermagem, ainda são muitas as indagações sobre o assunto e a falta de pesquisas tem sido denunciada por diversos autores (MUSSI, 1994).

* Extraído da Dissertação de Mestrado - "Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio"- Apresentada a EEUSP em dezembro de 1994.

** Enfermeira; Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento Médico- Cirúrgica e de Orientação Profissional da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein.

Durante o período de revisão de literatura constatou-se que ainda é pequeno o número de publicações existentes e de enfermeiros pesquisadores interessados no fenômeno conforto. Outra significativa constatação refere-se ao fato de não haver um periódico, nacional ou internacional, dedicado ao tema em questão. Por fim, verificou-se que, como tema indexado, o conforto somente começa a aparecer, a partir de 1990, no CUMULATIVE INDEX TO NURSING & ALLIED HEALTH LITERATURE.

O trabalho apresentado tem o objetivo de retratar analiticamente a concepção e as definições de conforto encontradas, os estudos que focaram o conforto sob a perspectiva dos sujeitos e destacar as lacunas existentes nesta área do conhecimento. Pretende-se assim, contribuir para a reflexão, compreensão e desenvolvimento de pesquisas sobre o assunto.

a) Definições de conforto

Na literatura de enfermagem PRICE (1965); ELHART et al. (1983); DU GAS (1984); MORSE (1992) e fora dela WEBSTER'S (1949); PINEAU (1982) o bem-estar é apontado como elemento comum nas definições de conforto, caracterizando assim a concepção subjetiva do conforto.

Verificou-se, também, nas definições encontradas, que a concepção de conforto pode adquirir significado de um **estado**, expresso pelos autores de várias maneiras: estado de alívio, encorajamento ou consolo WEBSTER'S (1949); estado em que as necessidades fisiológicas básicas de sobrevivência são satisfeitas e a homeostase fisiológica é mantida FISHER; CONNOLLY (1975 a); estado subjetivo em que se verifica uma sensação de bem-estar mental e físico, isento de dor, desejo ou ansiedade ELHART et al. (1983); estado de comodidade e bem-estar em que a pessoa está à vontade consigo mesma e com o seu ambiente DU GAS (1984); estado relaxado, quando as pessoas experienciam emoções positivas, livres de extrema tensão e dor, têm uma sensação de relaxamento, estão conscientes de sua identidade e têm atitude de aceitação em relação a outros LEAL (1986); estado de harmonia, resultado da integração corpo-mente-espírito na relação consigo mesmo, dela e do ambiente, em que a pessoa sente-se em um ambiente familiar, segura, cuidada, amada, em controle, e é capaz de funcionar e viver tanto quanto possível uma vida normal, desempenhando seus papéis usuais NEVES-ARRUDA et al. (1989)*; estado de bem-estar, que pode ocorrer durante qualquer estágio do continuum saúde-doença, e pode ser temporal (como alívio temporário da dor) e estado de alcance a longo prazo, tal como a obtenção de saúde (MORSE, 1992).

* NEVES-ARRUDA, E. et al. (Universidade Federal de Santa Catarina). Definição de conforto.

Para WEBSTER'S (1949) o conforto é expresso como um **sentimento** de alívio, encorajamento e consolo; para PRICE (1965), de bem-estar físico e mental, alcançado com o descanso físico, paz mental e espiritual; para FRANCIS; MUNJAS (1979) sentimento de consolo, encorajamento e paz

Acrescente-se, também, que o estado de conforto pressupõe a ausência de efeitos indesejáveis como: dor WEBSTER'S (1949); FRANCIS; MUNJAS (1979); ELHART et al. (1983); LEAL (1986), problemas, miséria WEBSTER'S (1949), necessidades fisiológicas insatisfeitas FISHER; CONNOLY (1975 a), ansiedade FRANCIS; MUNJAS (1979); ELHART et al. (1983), tensão LEAL (1986), incapacidade de viver tão normal quanto possível desempenhando os papéis usuais (NEVES-ARRUDA et al. 1989). Diferentemente, para MORSE (1992), a obtenção de conforto inclui também um estado intermediário de desconforto, assistência ao cliente no provimento de bem-estar em qualquer estado de saúde ou doença e em face à morte do paciente. Este estado intermediário de desconforto ocorre na medida em que muitas ações essenciais para o bem-estar do paciente, tais como aplicar uma injeção ou assisti-lo com exercícios pós-operatórios, podem causar desconforto e, portanto, parecerem antagonicas à perspectiva de conforto.

Cumpre salientar que medida de conforto com sentido de causa do alívio do desconforto e/ou do estado de conforto corresponde ao primeiro significado de conforto encontrado na revisão de literatura elaborada por KOLCABA; KOLCABA (1991), no inglês contemporâneo. Sabe-se também que algumas medidas de conforto são indicadas para prevenir a instalação de um desconforto potencial HORNEMANY (1977), e outras para aliviar ou reverter um desconforto em conforto (ELHART et al. 1983; DU GAS, 1984; SOUZA, 1990; WHITE et al. 1976). Por este prisma, o termo conforto aparece como antônimo de desconforto. Para MOSELEY (1985); ENGELKING (1988); ELAND (1988) o conforto é também considerado como condição contrária ou antagonica ao desconforto.

Notou-se ainda, nas definições, que os autores referem-se ao termo conforto não só como substantivo WEBSTER'S'S (1949); FISHER; CONNOLY (1975 a); FRANCIS; MUNJAS (1979); ELHART et al. (1983); DU GAS (1984); LEAL (1986); MORSE (1992) mas também como verbo (WEBSTER'S'S, 1949).

Na sua definição, MORSE (1992) se refere ao conforto enquanto substantivo e, ao reportar-se ao estado intermediário de desconforto, parece destacar o conforto como processo, isto é, salienta o ato de confortar.

Parece implícito que quando o conforto é definido como substantivo está vinculado a um resultado e quando é considerado verbo está implícita a idéia de processo.

Devido a esta variação de interpretações, uma análise do termo deve especificar se ele é um verbo, um substantivo, um estado ou sentimento e se se refere a um processo ou a um resultado. A análise deve distinguir também conforto e seu antônimo desconforto (KOLCABA, 1992).

A multidimensionalidade do termo conforto expressa nas definições é

ratificada por vários autores, ao designarem que ele envolve aspectos de natureza **física** ORLANDO (1978); McCLAIN; GRAGG (1970); FUERST et al. (1974 b); FISHER; CONNOLY (1975 a, c); WHITE et al. (1976); WATSON (1979); ELHART et al. (1983); DU GAS (1984); KAWAMOTO; FORTES (1986); JONES (1986); SOUZA (1990); JACOX (1989); NEVES-ARRUDA et al. (1989); KOLCABA (1992), **social e psicológica** McCLAIN; GRAGG (1970); ORLANDO (1978); WATSON (1979); ELHART et al. (1983); DU GAS (1984); KAWAMOTO; FORTES (1986); JONES (1986); LEAL (1986); JACOX (1989); NEVES-ARRUDA et al. (1989); KOLCABA (1992), **espiritual** KAWAMOTO; FORTES (1986); NEVES-ARRUDA et al. (1989); SOUZA (1990); KOLCABA (1992), e **ambiental** (FUERST et al. 1974 a; WATSON, 1979; PINEAU, 1982; VEIGA; CROSSETI, 1982; JONES, 1986; NEVES-ARRUDA et al. 1989; KOLCABA, 1992).

Para KOLCABA (1992); MORSE (1992) o conforto é considerado não apenas um conceito, mas um complexo constructo de interesse para a área de enfermagem.

b) Conforto como uma necessidade

A idéia de que os indivíduos têm necessidades de conforto é apontada por NORDMARK; ROHWEDER (1975); ORLANDO (1978); FRANCIS; MUNJAS (1979); PINEAU (1982); SPENCER (1986); HAMILTON (1989); MORSE (1992); NEVES-ARRUDA et al. (1992); KOLCABA (1992), em diferentes contextos de experiência, tais como a física, social, espiritual, mental e ambiental, evidenciando mais uma vez a multidimensionalidade e a importância para uma conceptualização holística deste fenômeno.

KOLCABA (1991); KOLCABA; KOLCABA (1991); vem se dedicando à elucidação da origem e do significado do termo conforto com a finalidade de esclarecer seu uso na prática, pesquisa e teoria de enfermagem. A autora foi buscar o sentido técnico de conforto: a) nos termos do dicionário da língua inglesa arcaica e contemporânea; b) na análise de como o conceito é usado na literatura contemporânea e na história da enfermagem; c) nas teorias de enfermagem e ergonomia. Concluiu que conforto tem como sentidos técnicos: **calma** (o estado de tranquilidade ou satisfação), **alívio** (o estado de ter um desconforto específico aliviado) e **transcendência** (o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor). Dos três sentidos técnicos, surgem três classes de necessidades de conforto: necessidade de calma, alívio e transcendência. Considerando que os temas encontrados no estudo de HAMILTON (1989) apontaram para as esferas física, social, espiritual e ambiental do conforto, KOLCABA (1991) explorou a literatura de enfermagem sobre holismo, concluindo que as necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: **físico** (que pertence às sensações do corpo); **psicoespiritual** (que pertence à conscientização interna

do eu, incluindo estima, conceito, sexualidade e significado na vida do indivíduo; pode também abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior); **ambiental** (que pertence ao cenário externo da experiência humana, abrangendo luz, barulho, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais versus sintéticos); **social** (que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais).

Em um estudo mais recente, KOLCABA (1992) afirma que conforto é positivo, holístico, bidimensional, teoricamente definível e operacionalizável, avançando as idéias que foram demonstradas nos trabalhos anteriores (KOLCABA, 1991; KOLCABA; KOLCABA, 1991). Todos os aspectos de conforto estão inter-relacionados e são diagramados em uma grade bidimensional que representa o conforto holístico. A primeira dimensão da grade é a intensidade de necessidades satisfeitas e não satisfeitas para alívio, calma e transcendência. A segunda dimensão da grade é designada como graus de necessidade de conforto internas ou externas, de natureza física, psicoespiritual, ambiental e social. A grade surge quando as duas dimensões estão justapostas, produzindo 12 células e quando as necessidades são encontradas o conforto é aumentado. Finalmente, a autora define conforto teoricamente como a experiência imediata de ter atendidas as necessidades humanas básicas para alívio, calma e transcendência.

Na medida em que o paciente pode apresentar necessidades de conforto não atendidas, pressupõe-se a necessidade de intervenção para maximizar conforto. Isto ilustra mais uma vez a relação entre conforto e cuidado e a preocupação de alguns autores em estabelecer medidas de conforto como sinônimo de intervenção de enfermagem para prover conforto.

Avançando seus estudos, KOLCABA (1992) propõe um instrumento para medir conforto (General Comfort Questionnaire), construído a partir de sua estrutura taxonômica. Este instrumento permite também avaliar a efetividade de uma intervenção, aferindo-se o grau de conforto obtido quando as necessidades de conforto, previamente identificadas, vão sendo consideradas atendidas pelo paciente. Cumpre, no entanto, salientar que sua estrutura taxonômica foi elaborada a partir da literatura, independente da investigação do que pensam e precisam os pacientes sobre conforto.

c) O conforto sob a perspectiva dos sujeitos

A idéia de estudar o significado do conforto na perspectiva dos sujeitos é defendida por (PINEAU, 1982; MORSE, 1983; HAMILTON, 1989; NEVES-ARRUDA et al. 1992; MUSSI, 1994).

A exígua informação acerca do significado do conforto na perspectiva dos sujeitos foi basicamente explorada em situações de saúde, doença crônica e fase de pré e pós operatório, emergindo resultados que realçam o contexto da experiência do conforto na esfera física, social, espiritual e psicológica.

O estudo descritivo de PINEAU (1982) demonstra que o conforto em moradias não pode ser avaliado pelos critérios preconizados pelo French National Institute for Statistic and Economic Reasearch : suprimento de água, equipamento sanitário e aquecimento central. A autora acrescenta que o conforto de uma residência também deve incluir: **espaço** que permita a privacidade de seus moradores, **aquecimento** no sentido de calor natural ou artificial, possibilidade para os moradores disporem de **calma** e **silêncio** e **personalização**, ou seja, torná-la própria de alguém, evidenciando assim a individualização e a essência psicológica deste fenômeno que escapa à padronização e avaliação física. Finaliza, afirmando que o conceito de conforto não é universal, ou seja, não tem o mesmo significado para todos os indivíduos, o que impede uma definição absoluta.

Em uma análise etnociência do conforto, MORSE (1983) explorou os componentes do conforto e o ato de confortar na perspectiva de 4 mulheres anglo-americanas entre 23 e 29 anos, 2 casadas e mães tempo integral e 2 solteiras e enfermeiras. **Toque** e **conversa** foram os 2 componentes principais identificados e **ouvir** foi o componente secundário. Quatro subcomponentes foram encontrados (conversa/toque, somente conversa, toque com um pouco de conversa e conversa com um pouco de toque) e associados à situação apropriada do seu uso. Observou também que o conforto pode ocorrer sem a presença de um confortador, pois medidas de autoconforto como manter-se ocupado, ir para cama cedo, rezar, conversar consigo mesmo e dar-se um presente foram encontradas. A definição do conforto não foi dada, mas ele foi conceptualizado como uma ação antes que um resultado e ficou claro que o conforto era positivo e vantajoso.

Para anglo-americanas, nos E.U.A., três estruturas de cuidado, em ordem de importância e valor, foram encontradas: **alívio do estresse, conforto e apoio**. Conforto foi descrito como cuidado para aliviar dores e desconfortos, ou tornar alguém livre de ameaças próprias, internas ou externas (LEININGER, 1985). Neste caso, o enfoque do conforto também se relacionou ao ato de confortar.

Na investigação com catorze pacientes canadenses com câncer, que objetivou levantar o significado de conforto, foram identificados quatro temas de conforto: **relacionamento com outros** (saber que está em boas mãos), **doença e sintomas** associados (estar sem dor), **sentimentos** (sentir-se bem consigo mesmo), **ambiente** (ter coisas que lhe são familiares) (HAMILTON, 1985).

Em situação de saúde, para estudantes de graduação em uma cidade dos E.U.A. foram descritos os seguintes componentes do conforto psicológico: **sensações** (incluindo pensamentos prazerosos, ter consciência e estar em contato com os sentimentos; sentir tranquilidade, descanso, segurança, serenidade, confiança, contentamento, paz; sentir-se aquecido, com músculos relaxados e respiração tranqüila); **controle** (ter controle da situação ou, na ausência de capacidade para tal, sentir confiança e competência naqueles que podem controlá-la); **atitude em relação à vida e aos outros** (sentir que a vida vale a pena, sentir-se em sintonia com o mundo e ter consciência da própria vida e morte);

atitude em relação a si mesmo (sentir confiança e aceitação em si mesmo, ter e sentir segurança na sua identidade e satisfação e confiança nas realizações pessoais) (LEAL, 1986).

O estudo do significado e dos atributos do conforto para 30 pacientes canadenses, idosos, cronicamente hospitalizados, revelou cinco temas: **processo de doença** (relacionou-se a presença ou ausência de dor, função intestinal e incapacidades); **auto-estima** (relacionava-se a como os pacientes sentiam seu ajustamento e se sentiam-se independentes e úteis); **posicionamento** (relacionou-se a posicionamento físico adequado em cadeiras ou camas, uso de equipamentos e atenção da enfermeira para as necessidades de posicionamento); **vida hospitalar** (relacionou-se a sentir-se em casa, estar bem alimentado, ser capaz de ter e fazer suas próprias coisas, manutenção de contatos sociais e familiares como conversar socialmente com as enfermeiras, família e amigos, ter atividades de diversão); **abordagens e atitudes da equipe** (associou-se ao relacionamento com a equipe hospitalar, como ter afinidade e sentir-se cuidado pela enfermeira, ter uma enfermeira que entenda a sua situação, demonstre interesse, empatia e preocupação, sentir que as pessoas são atenciosas e gentis, poder confiar nas enfermeiras no sentido de fazerem aquilo que dizem) (HAMILTON, 1989). Concluiu o autor que o conforto é multidimensional com significados diferentes para pessoas diferentes. Quando os achados deste estudo foram comparados com os do estudo inicial HAMILTON (1985), o autor descobriu que as dimensões do conforto eram muito similares e apontaram para o conforto holístico.

Um estudo preliminar, em situações de saúde e doença com indivíduos em uma cidade no sul do Brasil foi iniciado por (Neves-Arruda et al. (1986) apud NEVES-ARRUDA, 1990 a). Em situações de saúde foram identificadas as seguintes características de conforto: ter (bens materiais, saúde, força, comida, oportunidades de lazer); fazer o que deseja; ambiente favorável; viver de acordo com os próprios valores; segurança; ausência de perturbações; estar em paz/integrando mente-corpo; estar com outros (dar e receber carinho e amizade). Em situações de doença foram identificadas as seguintes características de conforto: ter acesso à comida e ao tratamento médico; estar em boas condições fisiológicas comendo, dormindo, caminhando; estar em paz; estar com pessoas amigas; sentir-se cuidado profissionalmente; sentir satisfação com o tratamento; sentir-se melhorando; ausência de perturbações (dor, doença); sentir posicionamento adequado do corpo.

A investigação de NEVES-ARRUDA et al. (1992), que utilizaram o método etnográfico, identificou nas trinta entrevistas realizadas com dez pacientes com câncer, imigrantes hispânicos que estavam em tratamento em um centro médico no oeste dos E.U.A., características, necessidades e fontes de conforto. As características de conforto foram: sentir-se integrado (um sentido de totalidade dentro de si mesmo e em relação ao mundo); funcionalidade e normalidade (descrições do estado de estar bem, boa saúde, viver a vida tão normal quanto possível, processo de recuperação, adaptação); cuidado e "nurture" (sentimento

de amizade, gratidão, apreciação, “nurturance”, dar e receber amor e ajuda e ternura em relação a outros e expressados por outros para o paciente); segurança (ter acesso ao tratamento médico para cura e/ou alívio dos sintomas e algum tipo de auxílio financeiro, tal como uma fonte de renda ou suporte monetário para tratamento); controle (sentimentos relacionados ao próprio paciente, como ser capaz de fazer o que deseja ou tomar decisões sobre assuntos que não gosta mas tem um resultado potencialmente benéfico) e comodidade (acomodação e alinhamento e posicionamento das partes do corpo). As necessidades de conforto foram classificadas em seis categorias: “nurture” (troca de amor e recebimento de consolo, suporte e orientação, especialmente, ajuda no desenvolvimento de “insights” e aumento de força e confiança em si mesmo); ambiente familiar (estar em um ambiente conhecido, recebendo alimentos a que estava acostumado, estar entre família e amigos e usar suas próprias roupas); segurança (necessidades para tratamento médico, dinheiro ou um emprego e documentos de imigração); qualidade de vida (ter coisas importantes para o paciente); normalidade (ser capaz de viver uma vida normal e desempenhar funções usuais, comunicar-se e ser compreendido em termos da língua falada e ser independente); ânimo (necessidade de ter disposição mental, para conduzir ou ser capaz de enfrentar o que está atravessando). Os provedores de conforto para esses pacientes foram: eles mesmos, membros da família, amigos, profissionais de saúde e Deus. Este estudo apontou para a necessidade de conceptualização holística de conforto e evidenciou que os pacientes podem perceber e discutir o que experienciam como conforto e que este fenômeno se constitui em uma de suas preocupações e uma dimensão importante do seu cuidado, podendo ser gerado por ações e intenções de uma grande variedade de pessoas. As autoras não apresentaram definição de conforto e sugeriram outras investigações para melhor verificar as influências das variáveis, a experiência da doença e a cultura, no significado do conforto. Diferentemente de PINEAU (1982); HAMILTON (1989), o trabalho de NEVES-ARRUDA et al. (1992) não concluiu que o conforto tem significados diferentes para diferentes pessoas, mas retrataram que até o conforto estar mais claramente definido, as enfermeiras, enquanto pesquisadoras ou provedoras de cuidados, terão que continuar a interpretá-lo sob uma base individual.

O que é conforto, o que o proporciona e as situações de conforto percebidas por 20 pacientes em pré e pós operatório de cirurgia cardíaca foram aspectos investigados por (JUNCKES; JUNCKES, 1993). As autoras apresentaram no manuscrito frases dos pacientes, nas quais pode-se identificar que o conforto foi associado a: estar bem consigo mesmo e com outras pessoas, paz, felicidade, calma, tranqüilidade, estar livre de preocupações e problemas, paz com Deus, bem-estar espiritual e físico, ausência de dor e doença, comer e dormir bem, saúde e estar em companhia de familiares. As situações de conforto e o que o proporciona no pré-operatório relacionaram-se a: visita da família, estar na companhia de familiares, ser bem medicado, receber orientações, visita e bom atendimento dos médicos e enfermeiras, tranqüilidade, paz, calma, ausência de

preocupação, estar bem consigo mesmo e com Deus. No pós-operatório referiram-se a alívio da dor, massagens corporais, bom padrão de sono, extubação, cuidado e atendimento de boa qualidade, alta para o quarto, orientações, posicionamento e mobilização adequada, saber que tudo correu bem, paz, calma e bem-estar. A maioria dos pacientes considerou o nível de conforto atual como alto e foram unânimes quando indicaram o conforto desejado como de nível mais alto, justificando esse nível principalmente pela vontade de obter a recuperação da saúde.

O estudo descritivo exploratório realizado por MUSSI, 1994 investigou o significado e as necessidades de conforto na perspectiva de 25 pacientes com infarto agudo do miocárdio em tratamento clínico, internados numa Unidade Coronariana revelando que: o conforto enquanto significado foi expressado com vários sentidos, relacionando-se com as condições materiais ou financeiras (29,4%), o desfrutar das interações pessoais (21,6%), as sensações de bem-estar psicológico (13,7%), físico (11,8%) e espiritual (9,8%), o funcionar normalmente (13,7%) isto é, ter expectativas de recuperação, estar livre de doenças e poder desempenhar as atividades habituais. A maioria dos pacientes pontuou estar no momento da entrevista no nível de conforto médio ou alto (84,0%). Quanto ao nível de conforto desejado, 20 (80,0%) pacientes pontuaram como alto. Os pacientes expressaram necessidades de conforto atual e desejado, tanto no contexto vida hospitalar como no extra hospitalar e as manifestaram como satisfeitas e não satisfeitas, havendo inter-relação quanto à natureza dessas necessidades. Houve predomínio de necessidades de conforto atual satisfeitas, seja no contexto vida hospitalar (57,5%) seja no extra hospitalar (53,9%), destacando-se em ambos as interações pessoais e no contexto vida hospitalar a qualidade técnica/atendimento. Dentre as necessidades de conforto atual expressas como não satisfeitas, no contexto vida hospitalar, salientaram-se as condições de funcionalidade/normalidade e bem-estar físico e no extra hospitalar a realização pessoal/profissional. Houve predomínio de necessidades de conforto desejado satisfeitas no contexto vida hospitalar (60,5%), destacando-se as interações pessoais e qualidade técnica/atendimento. Entre as não satisfeitas (39,5%), destacaram-se as condições de funcionalidade/normalidade. Houve predomínio de necessidades de conforto desejado não satisfeitas no contexto vida extra hospitalar (63,4%), destacando-se as condições materiais ou financeiras, interações pessoais e condições de funcionalidade/normalidade. Entre as necessidades de conforto desejado satisfeitas no contexto vida extra hospitalar (36,6%) o destaque foi para interações pessoais. Os resultados deste estudo permitiram também acrescentar que: a) dada a multidimensionalidade do conforto, este possivelmente não depende exclusivamente da assistência de enfermagem considerando a complexidade dessas várias dimensões; b) a pluralidade de indicadores encontrados sugeriu que o mesmo significado de conforto pode ser expresso ou descrito pelos pacientes por meio de formas muito variadas. Os achados relacionados ao significado e as necessidades de conforto possivelmente constituem-se em elementos que indicam o suporte para o paciente

alcançar o conforto, isto é, constituem um sistema de apoio para o conforto. Parecem existir fatores que contribuem para aumentar ou diminuir o nível de conforto, mas o seu controle nem sempre está relacionado com a assistência de enfermagem, mas com a contribuição que ela poderá dar.

A análise dos estudos relatados parece evidenciar a idéia de que o nível de conforto pode variar em função da cultura PINEAU (1982); MORSE (1983); NEVES-ARRUDA et al. (1992); do sexo, do papel dos informantes, das circunstâncias que desencadeiam a necessidade de conforto MORSE (1983); do estado de saúde, da experiência da doença, do ambiente, das expectativas de papel e estilo pessoal (NEVES-ARRUDA et al. 1992). Para NEVES-ARRUDA et al. (1992), as variáveis apontadas precisam ser dirigidas à tentativa de fornecer uma estrutura significativa de conforto para a prática da enfermagem.

Considerando a relação existente entre o conforto e o trabalho da enfermagem e a constatação de que as ações de enfermagem devem procurar responder as expectativas e necessidades dos pacientes percebe-se a importância dos estudos que continuem investigando o significado e as necessidades de conforto sob o ponto de vista dos clientes em uma variedade de situações, em diferentes grupos etários e gêneros (NEVES-ARRUDA et al. 1992; MUSSI, 1994). Outros estudos podem contemplar os agentes que dão suporte para o paciente alcançar o conforto e quando e como os enfermeiros podem prover conforto e apoiar o paciente na sua provisão e verificar as formas apropriadas para avaliar com precisão o grau de satisfação ou insatisfação de uma necessidade de conforto (MUSSI, 1994), com a finalidade de se construir um referencial teórico que possa nortear o cuidar- cuidado em enfermagem.

MUSSI, F. C. Comfort: literature review. *Rev.Esc.Enf USP*, v.30, n.2, p.254-66, aug. 1996.

The authoress presents a literature review on the comfort theme and analytically describes conceptualizations, discovered definitions, and studies focusing comfort from the subjects' perspective; a number of existing gaps within this area of knowledge are emphasized and suggestions are made concerning the important aspects in the research development.

UNITERMS: Comfort. Nursing care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN NURSES' ASSOCIATION - ANA. A statement on the scope of medical-surgical nursing practice. Kansas City, 1980. (Publ. MS-11).

- BOTTORFF, J. The meaning of comfort: the lived experience of being comforted by a nurse. Canadá, s.d. /mimeografado/
- CUMULATIVE INDEX TO NURSING símbolo 38 \f "Symbol" ALLIED HEALTH LITERATURE. Glendale, 1990.
- DU GAS, B.W. Enfermagem prática. 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1984. Cap.17, p.311-29: Necessidades de conforto, repouso e sono.
- ELAND, J.M. Pain management and comfort. J. Gerontol. Nurs., v.14, n.4, p.10-5, 1988.
- ELHART, D. et al. Princípios científicos de enfermagem. Lisboa, Portuguesa de livros técnicos e científicos, 1983. Cap.4, p.288-96: O âmbito de intervenção de enfermagem no apoio à adaptação.
- ENGELKING, C. Comfort issues in geriatric oncology. Semin. Oncol Nurs., v.4, n.3, p.198-207, 1988.
- FISCHER, V.G., CONNOLY, A.F. Promotion of physical comfort and safety. 2.ed. Dubuque, Brown, 1975.(a) Cap.1, p.1-24: The meaning of physical comfort and safety.
- FISCHER, V.G.; CONNOLY, A.F. Promotion of physical comfort and safety. 2.ed. Dubuque, Brown, 1975. (b) Cap.5, p.91-5: Synthesis.
- FRANCIS, G.M.; MUNJAS, B. Promoting psychological comfort. 2.ed. Dubuque, Brown, 1979. Cap.4, p.57-61: Psychological comfort - nursing guidelines.
- FUERST, E.V. et al. Fundamentos de enfermagem: o humanitarismo e as ciências na enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1974. Cap.23, p.291-303: Conforto, repouso e sono do paciente.
- GEORGE, J.B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. Cap.6, p.80-9: Lydia E. Hall.
- GOODNOW, M. La técnica de cuidar enfermos. 4.ed. Buenos Aires, P.R.O.C.M.O., 1950. Cap.6, p.107-36: El comfort del paciente.
- HAMER, B. Methods and principles of teaching the principles and practice of nursing. New York, Mac. Millan, 1926.
- HAMILTON, J. Comfort on a palliative care unit: the client's perception. Montreal, McGill University, 1985. /Mimeografado/
- HAMILTON, J. Comfort and the hospitalized chronically ill. Gerontol. Nurs., v.15, n.4, p. 28-33, 1989.
- HORNEMANY, G.V. Procedimentos de enfermagem. São Paulo, EPU, 1977. Cap.5, p.103-29: Mantendo a segurança e o conforto do paciente.
- JACOX, A.K. Key aspects of confort. In: FUNK, S. G. et al. Key aspects of confort: management of pain fatigue and nausea. New York, Springer, 1989. Cap.2, p.8-21.

- JONES, J. Aspects of comfort for the elderly person. Nursing, v.3, n.9, p.344-7, 1986.
- JUNCKES, A. ; JUNCKES, D.D. Cuidando e confortando o paciente no pré e pós-peratório cardíaco. Florianópolis, 1993. / Mimeografado/.
- KAWAMOTO, E.E.; FORTES, J.I. Fundamentos de enfermagem. São Paulo, EPU, 1986. Cap.6, p.30: Medidas de conforto e segurança do paciente.
- 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. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Adv. Nurs. Sci., v.15, n.1, p.1-10, 1992.
- KOLCABA, K.Y.; KOLCABA, R.J. An analysis of the concept of comfort. J. Adv. Nurs., v.16, n.11, p.1301-10, 1991.
- LEAL, A.M. The development of an instrument for the measurement of psychological comfort. Texas, 1986. 216p. Dissertation (Doutorado)- College of Nursing, Texas Woman's University.
- LEININGER, M. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1. Florianópolis, 1985. Anais. Florianópolis, Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1985. p.232-54.
- McCLAIN, M.E.; GRAGG, S.H. Princípios científicos de enfermagem. 21.ed. Rio de Janeiro, Científica, 1970. Cap.3, p.164-84: Princípios relativos à prática de cuidados higiênicos diários.
- MORSE, J.M. An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminary investigation. Nurs. Pap., v.15, n.1, p.6-20, 1983.
- MORSE, J.M. Comfort: the refocusing of nursing care. Clin. Nurs. Res., v.1, n.1, p.91-106, 1992.
- MOSELEY, J.R. Alterations in comfort. Nurs Clin. North Am., v.20, n.2, p.427-38, 1985.
- MUSSI, F. C. Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. São Paulo, 1994. 102p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- NEVES-ARRUDA, E. et al. A qualitative analysis of comfort and discomfort: the case of immigrant hispanic cancer patients. Florianópolis, 1989. /Mimeografado/.
- NEVES-ARRUDA, E. O conforto na perspectiva dos pacientes com câncer. Florianópolis, 1990.(a) (Projeto de pesquisa) - Centro de Pesquisas Oncológicas - HGCR.
- NEVES-ARRUDA, E. et al. Comfort: immigrant hispanic cancer patients' views. Cancer Nurs., v.15, n.6, p.387-94, 1992.
- NISHIOKA, E. Comfort versus cure. Am. J. Nurs., v.89, n.9, p.1125-6, 1989.

- NITHINGALE, F. Notes on nursing. London, Harrison, 1859.
- ORLANDO, I.J. O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente. São Paulo EPU, 1978. Cap.1, p.7-11: A atividade do enfermeiro profissional.
- PINEAU, C. The psychological meaning of comfort. Int. Review Appl. Psychol., v.31, n.2, p.271-83, 1982.
- PRICE, A.L. Tratado de enfermeria. 3.ed. México, Interamericana, 1965. Cap.8, p.83-113: Medidas para comodidad del paciente.
- SOUZA, E. de F. Novo manual de enfermagem: procedimentos e cuidados básicos. 6.ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1990. Cap.7, p.138-56: Necessidades do paciente em relação a mecânica do corpo.
- WATSON, J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boston, Little Brown, 1979. Cap.5, p.88-93: Provision for a supportive, protective, and (or) corretive mental, physical, sociocultural, and spiritual environment.
- WEBSTER'S New Collegiate Dictionary. 2.ed. Springfield, Merrian, 1949.
- WHITE, D.T. et al. Fundamentos de enfermagem. São Paulo, EPU, 1976. Cap.2, p.49-55: Paciente e enfermeira frente a frente.