



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

O CUIDADO CONFORTADOR AO IDOSO CRÓNICO HOSPITALIZADO**Patricia Pontífice Sousa**Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Patriciapontificesousa@gmail.com**Maria Arminda Costa**

RN, Phd

*Fecha de recepción: 29 de enero de 2012**Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012***RESUMO**

Introdução e objectivos: As práticas de cuidados de enfermagem geriátricos, devem revestir-se de conhecimentos científicos e práticas fundamentadas, contribuindo para o exercício do cuidado confortador. Este estudo teve como objectivo identificar as situações de cuidados confortadores aos doentes idosos crónicos hospitalizados.

Metodologia: Efectuámos um estudo etnográfico com uma abordagem qualitativa. Realizámos entrevistas semi-estruturadas aos doentes e observação participante de forma a identificar modos e formas de confortar.

Resultados: A amostra ficou constituída por 22 idosos, a maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre 65 e 90 anos. Os modos e formas de confortar centram-se em estratégias promotoras de conforto mobilizadas pelo enfermeiro e reconhecidas pelos doentes (a informação/esclarecimento; a diminuição de estímulos externos ambientais; o humor; o sorriso; o toque, entre outros), e em momentos particulares de conforto ("cuidados da tarde"; a visita da família; o contacto inaugural e os cuidados de higiene e arranjo pessoal), que se constituem como alicerces do cuidar/cuidado confortador.

Conclusão: O cuidado confortador assume-se como um processo complexo, de ajuda coconstruído entre o idoso e o enfermeiro, pelo que o estudo reforça a ideia de que há necessidade de investigações em diferentes contextos com vista a ampliar o conhecimento acerca das melhores estratégias de confortar.

Palavras-chave: Doente Idoso Crónico, Cuidado Confortador, Hospitalização

ABSTRACT

Introduction and aims: The practices of geriatric nursing care should be based on scientific knowledge and justified practices, contributing to the exercise of comfort care. This study aimed to identify the comfort care situations for hospitalised chronic elderly patients

Methodology: We have carried out an ethnographic study with a qualitative approach. We conducted semi-structured interviews and participant observation to patients in order to identify ways and means of comfort.

Results: The sample was composed of 22 elderly, mostly female, aged between 65 and 90 years old. The ways and means of comfort are focused on comfort promoting strategies, conducted by the nurse



O CUIDADO CONFORTADOR AO IDOSO CRÓNICO HOSPITALIZADO

and recognized by the patients (information; decrease of external environmental stimulus; humour; smile; touch and others), and in particular comfort moments (“afternoon cares”; the family visit; the first contact and the personal hygienic care), that are recognized as foundations of comfort care.

Conclusion: Comfort care assumes itself as a complex process of help, built between the elderly and the nurse, in a way that the study reinforces the idea that there is a need for research in different contexts, in order to increase knowledge about the best comfort strategies.

Keywords: Chronic Elderly Patient, Comfort Care, Hospitalization

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a longevidade tem sido uma conquista. A população idosa está a aumentar substancialmente pelo que, o cuidado a este grupo populacional emerge como uma área específica e complexa da maior relevância para a enfermagem, constituindo mesmo o cuidar o idoso como um desafio para este grupo profissional.

Em qualquer situação de doença, com internamento hospitalar, a fragilidade da pessoa idosa acentua-se, traduzindo-se no aparecimento e agravamento de necessidades de saúde, levando a uma maior susceptibilidade ao sofrimento, a um aumento do desconforto, conduzindo a uma maior vulnerabilidade da pessoa idosa doente, implicando a adequação dos cuidados prestados. As pessoas estão assim no centro da acção, colocando-se diariamente o desafio de aprofundar conhecimentos e definir estratégias no sentido de as cuidar de forma flexível e adaptada às suas necessidades (Costa, 2002; Cabete, 2005; Imaginário, 2004; Mesquita et al, 2007; Gomes, 2009).

As práticas de cuidados de enfermagem em geritatria, num contexto altamente medicalizado como é o hospital, apresentam-se como uma das respostas à diversidade de problemas a que a senescência pode conduzir (Costa, 2002; Imaginário, 2004). Requer-se uma avaliação multidimensional, tendo em conta o bem-estar biopsicossocial da pessoa idosa e a necessidade de acções integradas da equipe multidisciplinar, tornando-se a pessoa idosa com doença crónica, em todas as suas dimensões, de singular importância e atenção no cuidar de enfermagem. Esta constatação conduz a uma reflexão particular e privilegiada da “...actuação de um grupo profissional que, directamente, se ocupa dos idosos doentes ou menos saudáveis” (Costa, 2002: 43), numa ligação aos cuidados de enfermagem geriátricos. Tal, só será possível, pela compreensão do sentido da doença crónica e da hospitalização, para a pessoa idosa doente.

A prática de enfermagem geriátrica surge como resposta à elevada prevalência de necessidades dos doentes idosos hospitalizados e exige apoiar-se em conhecimentos científicos, clínicos, teóricos e práticos que favoreçam e demonstrem na sua prática quotidiana a intenção de entender a globalidade da pessoa. É com esta perspectiva que se poderá referir que os cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada só ganharão o verdadeiro sentido, quando forem revestidos de um carácter intencional, reflectido e guiado pelo conhecimento das necessidades e desejos da mesma.

O conforto é um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente idoso. Confortar é um acto complexo que não se resume a ter os doentes na cama bem posicionados e quentes e o conforto é muito mais que o alívio da dor, o assegurar a alimentação ou a eliminação (Morse, 2000). Promover conforto é estar atento a todas as manifestações de distress, ter em conta todas as dimensões do ser humano e providenciar medidas para alívio do sofrimento (Morse, 2000).

Kolcaba, considera o conforto como uma necessidade básica da pessoa humana e “um resultado essencial do cuidado de saúde (...) um estado holístico e complexo (...)”, (Kolcaba, 2003: 16), um estado resultante das intervenções de enfermagem e define-o teoricamente como “a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 2003:



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

14), “muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2003: 254), podendo ser perspectivado como a experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado.

De acordo com a bibliografia consultada, confortar “ (...) emerge como um processo que explicitamente procura equilibrar os diferentes concorrentes objetivos terapêuticos em presença” exigindo por isso um “processo de *individualização da intervenção conciliadora de tensões*” (Oliveira, 2011: 204). A autora acrescenta que o cuidado para ser confortador tem que ser adequado à pessoa, dando resposta à sua singularidade e necessidade, sendo no entanto complexo, provisório, inespecífico, circunstancial, paradoxal, integrador, de compromisso e individualizado (Oliveira, 2011).

O conforto é promovido através das intervenções de enfermagem. Confortar constitui um factor de cuidado (Watson, 2002) e uma competência do enfermeiro (Benner, 2001), pelo que perceber os modos e formas de confortar a pessoa idosa hospitalizada se reveste de importância maior.

2 – METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo e objetivos

Através de uma abordagem qualitativa realizamos um estudo etnográfico com o intuito de identificar as situações de cuidados confortadores aos doentes idosos crónicos hospitalizados.

2.2 – População e amostra

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

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

- Ser uma pessoa com doença crónica, com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos;
- Apresentar capacidade para responder oralmente às questões aplicadas;
- Consentir de livre vontade participar no estudo.

A amostra ficou constituída por 22 doentes idosos crónicos hospitalizados

2.3 Instrumentos

Realizámos entrevistas semi-estruturadas aos doentes procurando dar resposta a questões ligadas a experiências significativas durante a hospitalização, que se relacionam com momentos/situações agradáveis de conforto e bem-estar.

De forma a compreender melhor o significado que os actores atribuem aquilo que os rodeia e às suas próprias acções, utilizámos a observação participante, mediante um guião previamente estruturado, recolhendo registando e interpretando os dados mediante a participação na vida de grupo.

2.4 Procedimentos formais e éticos e Tratamento dos dados

Antes de emprendermos a colheita de dados propriamente dita, encetámos algumas diligências para a realização do estudo na instituição escolhida. Foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração da Instituição assim como o consentimento informado e esclarecido ao doente. As entrevistas realizadas aos idosos, aconteceram na sala/enfermaria junto à unidade do doente, ou na sala de refeições em ambiente privado. Tivemos em conta as condições físicas e psíquicas dos idosos. Pareceu-nos importante deixar que a entrevista acontecesse de uma forma não forçada, seguindo o fluxo das ideias, no entanto, por vezes, houve necessidade de concretizar as questões para recentrar o entrevistado e reencontrar o sentido do tema.

O registo das notas de campo, tiveram por base o perconizado por Bogdan & Biklen (1994: 150), na medida em que observamos a acção, registamos fazendo uma descrição da acção e do contexto, seguindo-se o registo da reflexão sobre a descrição e eventuais categorias que vão emergindo



O CUIDADO CONFORTADOR AO IDOSO CRÓNICO HOSPITALIZADO

Os dados qualitativos foram analisados pelo método de análise temática de conteúdo perconizado por Huberman & Miles (1991) e Miles e Huberman (1994). Assim, à medida que fomos recolhendo os dados fomos procedendo à sua organização, sistematização e análise na procura de identificar as frases que se poderiam constituir como unidades de significação. Os significados encontrados foram agrupados num tema central, num domínio específico que englobou duas categorias que deram origem a subcategorias de forma a explicitar as situações de cuidados promotoras de conforto.

3 – RESULTADOS

3.1 Caracterização da Amostra dos Doentes

A amostra ficou constituída por 22 idosos sendo que a maioria era do sexo feminino, 15 mulheres (68,2%) e 7 homens (31,8%), com idades compreendidas entre 65 e 90 anos, (média de 76,6 anos). Todos eram caucasianos e residiam no distrito em que se situa o hospital, com habilitações académicas heterógenas já que 77% dos doentes possuíam a quarta classe (actual 4º ano), 14% o 5º ano do Liceu (actual 9º ano) e 9% a licenciatura. Em relação ao estado civil, 36,4% eram casados, 36,4% viúvos, 22,7% solteiros e apenas 4,5% divorciados, sendo que 3 residiam sozinhos, 2 residiam em instituição para pessoas idosas e os restantes 17 doentes viviam com um ou mais familiares (cônjuges e/ou outros familiares). Todos os doentes entrevistados apresentam polipatologias e referiram ter mais que um internamento neste serviço. Relativamente ao estado de consciência e expressão, todos os doentes se apresentavam conscientes e orientados, sendo que apenas um deles evidenciou uma expressão comunicativa. A religião católica foi referida por todos os entrevistados.

3.2 – Situações Representativas de Cuidados de Conforto: Modos e Formas de Confortar

Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjectividade e individualidade de cada actor que se articulam dando expressão à singularidade de um colectivo. Entendemos que o processo de cuidados confortadores assenta num encontro/interacção entre os actores que é influenciado pelo contexto em que acontece o cuidado.

Articulando os aspectos que emergiram do estudo enquanto **alicerces de cuidar/cuidado confortador**, os modos e formas de confortar contribuem para dar sentido ao processo de conforto no âmbito da estrutura do cuidar de enfermagem geriátrico.

O diagrama que se segue demonstra o domínio central significativo inerente aos modos e formas de confortar constituído por duas categorias e respectivas subcategorias:

Figura 1. Modos e Formas de Confortar mobilizadas pelos Enfermeiros





PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

De entre *as estratégias promotoras de conforto mobilizadas pelo enfermeiro* valorizadas pelos doentes idosos e reconhecidas pelos enfermeiros deste estudo, o **esclarecimento/informação**, emerge como promotor de conforto e principal meio para que o idoso compreenda e decida sobre o seu tratamento: *“Aqui as pessoas, os enfermeiros... explicam as coisas muito bem e eu gosto...”*(Id4). A informação/esclarecimento tranquiliza o idoso e assume-se como determinante intervenção confortadora: *“(...) já tive soro e estou a levar ferro (...), os enfermeiros explicam-me tudo...gosto disso! (...)quando nos explicam as coisas ficamos satisfeitas..é conforto!”* (Id2).

A transferência de informação acontece mediante a comunicação entre enfermeiro e doente. Assim, a dimensão informativa remete-nos, para a **interacção/comunicação positiva** como modo e forma de confortar tal como podemos ver nas asserções dos doentes: *“(...) quando preciso vêm os enfermeiros e conversam. E isso é muito importante...sinto-me bem, conforta-me na verdade...conforta-me.”* (Id6). Esta forma de interacção/comunicação positiva enfatiza a relação interpessoal como modo de compreender o idoso na sua singularidade favorecendo assim o seu reconhecimento. No estabelecimento de uma interacção/comunicação positiva verifica-se um intercâmbio de informação e compreensão entre as pessoas estando implícito um processo de interpretação mútuo (Prochet & Silva, 2008).

Apesar de todos os componentes da comunicação serem importantes na transmissão de sentimentos, a relação estabelecida quando se é tocado não deixa quem cuida ou quem é cuidado indiferente. **O toque** surge neste estudo como uma forma de confortar, sendo realçado pelos doentes: *“(...) às vezes não é preciso falar, basta meter aqui a mão no ombro, quer dizer que nós estamos com vocês, os enfermeiros sabem bem fazer isso...sabe bem e isso conforta de que maneira”*(Id7); *“Nem é preciso falarem...basta tocar...vale muito!”* (Id 20). Apesar do acto de tocar poder ser considerado necessário a uma tarefa (dar banho, avaliar o pulso) ele pode ser muitas vezes natural, espontâneo e afectivo não sendo por isso mais que um cuidado físico. Importa perceber a sua importância para a prestação de cuidados confortadores, pela imensidão de sentimentos que o toque envolve e desperta (Roxo, 2008).

No âmbito do processo de comunicação, sugerem-nos algumas unidades de registo que nem sempre a comunicação verbal é a mais importante apontando **o sorriso** como estratégia confortadora: *“(...) Há aqui enfermeiros que são maravilhosos, olhe temos aqui aquele enfermeiro que é muito risonho..”*(Id4). Os estudos sobre o sorriso demonstram que este tem efeito na interacção social, podendo considerar-se assim a influência do comportamento sorriso pelo emissor na manifestação do mesmo pelo receptor promovendo um efeito terapêutico, em pessoas que se sentem deprimidas ou pessimistas, ou ainda como uma forma de um maior relaxamento (Freitas-Magalhães, 2007a).

Também a **presença incondicional** é uma forma ou modo de confortar como se evidencia nos registo que se segue: *“Estão sempre aqui constantemente...as enfermeiras...a presença delas faz-nos sentir bem! é incondicional”* (Id14). O significado da presença neste estudo é orientador de uma acção confortadora demonstrando que o enfermeiro está incondicionalmente e de uma forma plena aberto aos problemas e necessidades dos idosos. É uma forma de estar lá, revelando o enfermeiro uma intensidade demonstrativa de interesse provocando no doente uma mudança positiva no seu estado, que conduz ao bem-estar e ao conforto (Ferreira & Dias, 2005).

A intervenção confortadora, neste estudo, relaciona-se também à **relação de empatia/cumplimento** presente, como podemos ver nos depoimentos dos doentes: *“A presença de um enfermeiro, junto dos doentes, para nos escutar(...) para perceber o nosso lado...reconheço que isso é muito importante para o nosso conforto.”* (Id21). O enfermeiro procura ajudar o idoso a compreender a realidade do contexto com clareza e adaptar-se melhor à sua situação tal como reconhece o doente: *“Aqui o meu enfermeiro está atento às minhas necessidades e procura perceber o que me preocupa e o que eu preciso para lidar melhor com esta situação...isso conforta-me bastante.”*(Id6).



O CUIDADO CONFORTADOR AO IDOSO CRÓNICO HOSPITALIZADO

A empatia é um dos requisitos mais importantes da relação de ajuda (Chalifour, 2008). Ao procurar esta compreensão o enfermeiro procura estar em relação de ajuda, pela sua função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento, ajudar o idoso que é portador do que é essencial para o sucesso da relação de ajuda, a alcançar um maior bem-estar, um maior estado de conforto e por isso um maior crescimento (Queiroz & Melo, 2007).

O cuidar/cuidado confortador fundamenta-se numa relação interpessoal onde está presente a intenção de uma ajuda que **promova a autonomia** do doente idoso. Foi possível observar situações representativas da promoção da autonomia ao nível da acção: “*A doente aproximou-se da mesa de refeição com a ajuda da enfermeira. A enfermeira pergunta: «precisa da minha ajuda para partir a carne ou consegue fazer sozinha?» a doente respondeu: «obrigada não preciso...eu faço.»*”(DC). Estimular o doente idoso a realizar sozinho as actividades para as quais tem capacidade em vez de fazer por ele, mesmo que seja mais demorado, pode ajudar o idoso a desenvolver os seus próprios recursos internos e possibilitar um aumento da sua autonomia e da sua auto-estima.

A consciencialização de que todo o doente é pessoa obriga-nos a conhecê-lo na sua singularidade, num contexto cultural. O cuidar em enfermagem surge como um dever ético para todos os doentes na procura de um atendimento centrado nas necessidades reais da pessoa. **O alívio de desconfortos através de massagem/mobilização/terapêutica** emerge como uma intervenção confortadora significativa para os idosos como vemos pelos relatos: “[*Os enfermeiros*] *faziam massagens nas costas e nas pernas... por causa das dores (...)*” (Id1); “[*Sentia-me mal com falta de ar (...)*] *punham-me as bombas, punham-me a máscara, davam-me os medicamentos, davam-me as coisas que eram precisas e ficava bem.*” (Id5); “[*Aliviam-me as dores ...viram-me de posição! É isso!*” (Id8). O alívio de desconfortos, como a dor e outros sintomas, deve ser entendido como um foco e uma preocupação dos profissionais de saúde (Kolcaba, 2003). Na observação da prestação de cuidados aos idosos são os cuidados de manutenção de vida, nomeadamente os cuidados físicos (os cuidados de higiene, o vestir e despir, a ajuda no levantar e a promoção do auto-cuidado) os mais observados, assim como a administração de terapêutica, incluída nos cuidados de reparação. Dado que a presença e a sensação de dor se relacionam à presença de desconforto, o objectivo imediato do trabalho dos enfermeiros será aliviar o desconforto dos doentes, nomeadamente procurando o controlo e a ausência da dor através de administração de terapêutica, massagem e mudanças de decúbito, estas consideradas intervenções promotoras de conforto e bem-estar (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003; Oliveira, 2011).

Para além das estratégias referidas, os participantes do estudo salientaram como *momentos particulares de conforto a visita da família* “*É importante o momento...a presença das visitas...faz falta...conforta.*” (Id2); “[*A nossa família!*] *ajuda muito...a vinda da minha família é o nosso bocadinho de conforto*”(Id1). O doente quando é internado é afastado do seu meio familiar e das pessoas mais significativas. A família vive em paralelo uma fase difícil vivenciando uma situação de crise mais ou menos intensa. Como presença confortadora, a qualidade da relação estabelecida entre os enfermeiros o doente e os seus familiares é igualmente determinante para uma hospitalização bem-sucedida. O doente e respectiva família têm de ser encarados como um sistema, pois a família é o suporte primordial do doente e a principal instituição responsável pelo seu apoio psicológico. A presença da família constitui-se como confortadora sendo considerada como o núcleo base, a referência mais importante para o bem-estar dos idosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Os períodos em que os enfermeiros prestam cuidados de higiene e posicionam os idosos constituem-se como momentos em que os enfermeiros se mostram atentos em proporcionar o máximo conforto ao idoso tal como podemos perceber neste estudo. **O momento dos cuidados de higiene e arranjo pessoal** é referido como importante e confortador: “[*(...) a higiene é muito importante...dá muito conforto... Ao início davam-me o banho na cama, agora já vou ao chuveiro e aí gosto muito, mesmo muito.*”(Id1). Os cuidados de higiene e constituem-se como momentos importantes para as



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

personas saudáveis sendo para os doentes particularmente reveladores de bem-estar, embora nem sempre sejam muito valorizados. Sabemos que o doente não só está sujeito a uma diminuição da resistência às infecções como também o facto de estar num ambiente hospitalar onde a presença de bactérias patogênicas é comum, contribui para um risco constante de adquirir uma infecção. Segundo Adam, (1994: 48), “A alteração do estado de saúde gera novas necessidades de higiene”. A investigação demonstra que para além da higienização do doente, os cuidados de higiene e arranjo pessoal tornam o doente livre de microrganismos patogênicos promovem a sensação de alívio, leveza e melhoram o estado de conforto (Adam, 1994; Kolcaba, 1991, 1994, 2003; Chang, Chenoweth & Hancock, 2003). O momento dos cuidados de higiene e arranjo pessoal é igualmente um momento de interacção particular propício a um melhor conhecimento do doente (Adam, 1994).

Também o **contacto inaugural**, momento de acolhimento do idoso, surge como um momento particular de conforto tal como é referido pelos doentes idosos: “(...)o acolhimento é muito importante...conforta.” (Id7); “ À chegada apareceu logo aquela enfermeira que é uma jóia... muito simpática e boazinha. Perguntou-me logo se queria mais um cobertor ou se queria comer alguma coisa...” (Id19). Este momento reconhecido como momento de avaliação do idoso/família/situação clínica acontece, frequentemente, de forma mais ou menos informal. O efeito do acolhimento no idoso reveste-se de maior importância já que é revelador de disponibilidade, amabilidade permitindo desde logo uma maior aproximação ao idoso e família (Silva, 2006; Waldrop & Kirkendall, 2009). Constitui-se por isso como uma actividade relevante na construção da relação de cuidados. Pela observação realizada percebemos que sempre que o idoso é admitido no Serviço, os enfermeiros procuram desde logo satisfazer a sua necessidade de conforto, aquecendo-o e posicionando-o confortavelmente no leito, procurando fazer dele um momento onde os idosos se sintam “bem-vindos” e bem acolhidos.

4. DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Falamos da prestação de cuidados confortadores às pessoas idosas hospitalizadas implica conhecer melhor os modos e formas de confortar valorizados pelos doentes idosos. Estamos perante uma situação em que a experiência significativa não existe no vazio social. Procuramos o sentido dado á experiência tendo em conta que não só o foco de atenção é a compreensão do significado que as pessoas dão às coisas, como também, os conhecimentos sobre as pessoas só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida pelos seus actores numa articulação social e cultural. Na unidade social estudada, as diferentes estratégias confortadoras mobilizadas pelos enfermeiros procuram dar resposta às necessidades reais e reconhecidas e contribuem para a saúde e o bem-estar das pessoas idosas, proporcionando-lhes suporte confortador. Em contexto de internamento, é notória a evidência de momentos particulares de conforto considerados fundadores do processo de cuidados geriátricos.

De entre os aspectos valorizados, evidenciam-se intervenções/estratégias ou cuidados de conforto de âmbito relacional e de comunicação (interacção/comunicação positiva, toque, sorriso, presença incondicional, promoção da autonomia, relação de empatia/cumplicidade) promotoras de conforto psicoespiritual ou ainda estratégias tradicionalmente consideradas com capacidade para confortar, medidas de conforto físico (alívio de desconfortos através de massagem/ mobilização/ terapêutica) (Kolcaba, 2003). O estudo demonstra a necessidade dos enfermeiros perceberem os idosos a fim de prestarem cuidados de enfermagem humanizados e individualizados congruentes com os valores, estilos de vida, crenças, desejos, necessidades e expectativas de cada doente idoso, pois só assim se constituem cuidados de enfermagem terapêuticos eficazes culturalmente determinados para o conforto e bem-estar dos idosos/família, inseridos nos seus contextos ambientais.



O CUIDADO CONFORTADOR AO IDOSO CRÓNICO HOSPITALIZADO

Como nos diz Backes, Lunardi & Filho (2006: 133), não se pode “(...) descaracterizar a dimensão humana que necessita estar na base de qualquer intervenção na saúde (...)”. A humanização dos cuidados requer um processo reflexivo e uma atitude profundamente humana. É fundamental que os enfermeiros estejam atentos às diferentes manifestações de desconforto dos idosos e desenvolvam habilidades e capacidades que lhes permitam contribuir para o bem-estar da pessoa na implementação de estratégias conducentes ao alívio do sofrimento contribuindo desta forma para o conforto e saúde da pessoa idosa (Morse, 2000; Kolcaba, 2003). A procura intencional direccionada à satisfação das necessidades de conforto, deverá constituir-se como orientadora da prestação de cuidados de conforto numa vertente holística, numa diversidade ligada aos diferentes contextos, definidos por Kolcaba (1994, 2003) – físico, psicoespiritual, socio-cultural e ambiental.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget
- Backes, D S. & Lunardi, VL, & Filho, W.D.L. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 14 (1), pp. 132-135.
- Benner, P. (2001). *Do iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta.
- Bogdan, R. C.; Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora Lda.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital. O Impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Chalifour, J. (2008). *A relação terapêutica*. Loures: Lusodidacta.
- Chang, E.; Chenoweth, L & Hancock, K. (2003). Nursing needs of hospitalized older adults: consumer and nurse perceptions. *Journal of Gerontological Nursing. Wthorofare*. 29 (9), pp. 32-41.
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Ferreira, M.& Dias, M.O. (2005). *Ética e profissão. Relacionamento interpessoal em Enfermagem*. Camarate: Lusociência.
- Freitas-Magalhães, A. (2007a). *A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de si a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Huberman, M. & Miles, M. (1991). *Analyse des donnés qualitative. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxeles: Ed. de Beock.
- Imaginário, C. (2004) - *Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica sócio-económica recente das pessoas idosas*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa
- Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image, Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), pp. 237-240.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (6), pp.1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York : Springer.
- Morse, J. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*. 100 (9), pp. 34-38.
- Marques, M. (2000). Percepção “significativa” dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Referência*. 5, pp.5-15.



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

- Mesquita, C. et al (2007). *Parceria e Cuidado de Enfermagem: Uma Questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. Tese de Doutorado em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: Uma política de saúde. 1ª versão em português*. Disponível em: http://prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf. Consultado a 9 de Março de 2011.
- Prochet, T. & Silva, M. J. (2008). Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. In *Escola Anna Nery*, Revista de Enfermagem 12 (2) pp. 310 -315.
- Queiroz, A.A. & Melo, R.C.F. (2007). Importância da investigação sobre a relação de Ajuda. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Fevereiro, pp.38-42.
- Roxo, J.R.S. (2008). O toque na prática clínica. *Referência*. II série (6), pp 77-89
- Silva, J. (2006). *Quando a Vida chegar ao fim. Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência
- Tutton, E. & Seers, K. (2003) An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*. 12 (5), pp. 689 - 696.
- Waldrop, D. & Kirkendall, A. (2009). Comfort Measures: A Qualitative Study of Nursing. *Journal of Palliative Medicine*. 12(8), pp. 719-724.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Yousefi, H., Abedi, H.A., Yarmohammadian M.H. & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*. 65(9), pp.1891–1898.