

OS SIGNIFICADOS DA PALAVRA CONFORTO SEGUNDO A PERSPECTIVA DO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO*

*Fernanda Carneiro Mussi***

*Maria Romana Friedlander****

*Eloita Neves-Arruda*****

MUSSI, F.C.; FRIEDLANDER, M.R.; ARRUDA, E.N. Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.19-39, dezembro 1996.

O estudo objetivou identificar o significado da palavra conforto conferido por pacientes com infarto agudo do miocárdio, do sexo masculino, internados numa Unidade Coronariana do município de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário específico. As respostas às questões abertas foram tratadas utilizando-se o método de análise de conteúdo de BARDIN, e os resultados basicamente analisados sob a forma de números absolutos percentuais. 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.

UNITERMOS: *conforto, assistência de enfermagem*

**Extraído da Dissertação de Mestrado – “Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio” – Apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em dezembro de 1994*

***Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professor Assistente do Departamento Médico-Cirúrgica e de Orientação Profissional da Faculdade de Enfermagem do H.I.A.E.*

****Professora Doutora Visitante da Universidade Federal de São Paulo*

*****Professora Titular Visitante da Universidade Federal do Paraná junto a REPENSUL*

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno conforto vem sendo considerado por autores nacionais e internacionais como um conceito extremamente importante, fundamental e relacionado à prática da enfermagem^{23,28,34,40}, como um objetivo a ser atingido pela assistência de enfermagem ou uma dimensão desta^{1,3,9,11,18,24,41,43,53} e, portanto, como um resultado desejado para o cuidado do paciente^{29,51}.

Embora o conforto historicamente esteja relacionado à teoria e à prática³⁷, somente na atualidade a pesquisa em enfermagem começou a focar o conforto sob o ponto de vista dos sujeitos e os poucos investigadores dedicados ao tema denunciam que não existe definição comum do que seja o conforto^{12,31,38,40} e qual é seu significado para os pacientes^{34,38,40}.

Assinala-se que a ênfase na literatura é atribuída à valorização do conforto no cuidado prestado pela enfermagem, e não no que ele significa para os pacientes. Portanto, a escassez de conhecimentos quanto ao significado de conforto, do ponto de vista dos sujeitos, dificulta a determinação de conforto enquanto meta, resultado e padrão de cuidado de enfermagem.

Assim, nesta fase do conhecimento sobre o conforto, torna-se difícil o estabelecimento de parâmetros e dimensões, cujos controles possam contribuir para o desenvolvimento da qualidade da assistência de enfermagem. O que é conforto? Quais são os indicadores significativos do conforto e que relação existe entre eles e a enfermagem? O conforto teria um significado similar para todos os pacientes?

Será que uma vez conhecido melhor o fenômeno conforto, a partir dos sujeitos, poder-se-iam prever os resultados do cuidado esperado e, desta maneira, atribuir-lhes uma qualificação?

Justifica, então explorar o problema que direciona o presente estudo, isto é o desconhecimento do significado de conforto para os pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, a preocupação histórica e contemporânea da enfermagem frente ao conforto; a possível relação entre o cuidado e o conforto, ratificada pelas medidas para confortar^{9,11,15,16,22,24,26,34,36,45,46,47,48,50,51}; o fato de que prover, manter, restaurar e promover o conforto parece estar intimamente relacionado com o trabalho da enfermagem^{9,11,15,24,34,36,49,53} e a constatação de que as ações de enfermagem devem procurar responder às expectativas e necessidades dos pacientes.

A constatação de que o conforto pode ter significados diferentes para pessoas diferentes^{44,21} reforça a idéia de que há necessidade de investigações múltiplas com grupos específicos para se confrontar as semelhanças e as divergências entre os resultados obtidos, com a finalidade de se construir um referencial teórico que possa nortear o cuidar/cuidado de enfermagem. É importante ressaltar que “sem uma clara compreensão do que geralmente constitui conforto em certas situações, a enfermeira terá que continuar utilizando abordagens de erro e acerto

e agir intuitivamente⁴⁰.

A opção de estudar conforto na perspectiva do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio se deve também à abrupta modificação que ocorre em sua vida.

Assim, um indivíduo que estava envolvido com a rotina diária, trabalhando, relacionado-se e engajado socialmente, defronta-se, de repente, com uma série de partes de seu corpo em mau funcionamento, e instalando em um ambiente estranho, afastado do convívio familiar. Desta forma, torna-se importante compreender o fenômeno conforto que pode ter algumas especificidades dada a singularidade da situação.

Acredita-se que os resultados do presente estudo poderão contribuir para: oferecer subsídios para o avanço do conhecimento em direção ao desenvolvimento de um referencial teórico para o conforto e o confortar em enfermagem; ajudar os enfermeiros a compreender e levantarem as percepções do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio internado numa Unidade Coronariana no que concerne ao conforto, de modo a adequarem os cuidados de enfermagem às verdadeiras necessidades dos pacientes; facilitar a operacionalização do conceito conforto e desta maneira a sua mensuração; e desenvolver a aferição da satisfação dos pacientes em relação ao conforto e, conseqüentemente, a determinação dos padrões da qualidade da assistência de enfermagem.

a) Definições de conforto

Na literatura de enfermagem^{9,11,35,44,45,52}, 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^{9,11,13,31,35,52}, ou de um sentimento^{15,45,52}, que o estado de conforto pressupõe a ausência de efeitos indesejáveis^{11,13,15,31,38,52}, e que os autores referem-se ao termo não só como substantivo^{9,11,13,15,31,35,52}, mas também como verbo⁵².

Sabe-se também que o termo considerado como condição antagônica ao desconforto^{10,12,36}.

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.

A multidimensionalidade do termo conforto expressa nas definições é ratificada por vários autores, ao designarem que ele envolve aspectos de natureza **física**^{9,11,13,14,17,23,24,26,29,33,38,43,48,51,53}, **social e psicológica**^{9,11,23,24,26,29,31,33,38,43,51}, **espiritual**^{26,29,38,48}, e **ambiental**^{16,24,29,38,44,50,51}.

Para alguns autores o conforto é considerado apenas um conceito, mas um complexo constructo de interesse para a área de enfermagem^{29,35}.

À elucidação da origem e do significado do termo conforto foi estudada

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 tranqüilidade ou satisfação), alívio (o estado de Ter um desconforto específico aliviado) e transcendência (o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor)^{28,30}.

b) O conforto sob a perspectiva dos sujeitos

Diversos autores defendem a idéia de estudar o significado do conforto na perspectiva dos sujeitos^{21,34,40,44}.

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 PINEAU⁴⁴ demonstra que o conforto de uma residência também deve incluir: **espaço, calma e silêncio e personalização**.

Em uma análise etnocientífica do conforto 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 foram exploradas. **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 uso³⁴.

Para anglo-americanas, nos EUA, 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 externas³². 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)²⁰.

Em situação de saúde, para estudantes de graduação em uma cidade dos EUA foram descritos os seguintes componentes do conforto psicológico: sensações (incluindo pensamentos prazerosos, ter consciência e estar em contato com os sentimentos; sentir tranqüilidade, 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)³¹.

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 sentiam-se independentes e úteis); **posicionamento** (relacionou-se a posicionamento físico adequado em cadeiras ou camas e uso de equipamentos); **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, 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 sua situação, demonstre interesse, empatia e preocupação, sentir que as pessoas são atenciosas e gentis)²¹. Quando os achados deste estudo foram comparados com o do estudo inicial²⁰, 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 de doença com indivíduos em uma cidade no sul do Brasil identificou em situações de saúde 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 como: **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**³⁹.

Uma investigação que utilizou 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 as seguintes características de conforto: **sentir-se integrado**; **funcionalidade e normalidade**; **cuidado e “nurture”**; **segurança**; **controle e comodidade**⁴⁰. Este trabalho 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 confortos percebidas

por 20 pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca foram aspectos investigados. 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 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-estar²⁵.

A análise dos estudos relatados parece evidenciar a idéia de que o nível de conforto pode variar em função da cultura^{34,44,40}; do sexo, do papel dos informantes, das circunstâncias que desencadeiam a necessidade de conforto³⁴; do estado de saúde, da experiência da doença, do ambiente, das expectativas de papel e estilo pessoal⁴⁰. As variáveis apontadas precisam ser dirigidas à tentativa de fornecer uma estrutura significativa de conforto para a prática da enfermagem⁴⁰.

2. OBJETIVO

Analisar os significados da palavra conforto conferidos por pacientes com infarto agudo do miocárdio, do sexo masculino, internados numa Unidade Coronariana do município de São Paulo.

3. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma investigação descritiva exploratória que utiliza métodos de análise quanti-qualitativos^{5,6}.

Foi realizada na Unidade Coronariana (UCO) de um hospital de ensino-governamental, no município de São Paulo, especializado em cardiologia. A escolha da referida unidade relacionou-se ao fato de que nela estão internados pacientes com diagnósticos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), portanto, caracterizados como críticos e em número suficiente para tornar viável um estudo desta natureza.

A população de estudo foi constituída por pacientes internados na UCO, definida como campo de estudo, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- diagnóstico médico definido como IAM em tratamento clínico;
- sexo masculino – como conforto é um objeto de estudo recente para a enfermagem e as variáveis não são bem conhecidas optou-se por limitar o sexo. Vale lembrar que o sexo é uma variável que pode interferir no conforto³⁴;
- adultos, a partir de 18 anos, em virtude da incidência do IAM estar associada a indivíduos adultos⁴; conscientes e em condições de serem entrevistados;
- tempo mínimo de permanência na UCO de 24 horas – uma vez que nas primeiras horas dificilmente o estado do paciente permite uma entrevista;
- concordância verbal em entrevista.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi denominado Formulário para Coleta de Dados da Pesquisa Conforto e constituído por duas partes, como segue:

A Parte I, correspondente às características dos informantes, englobou perguntas abertas e fechadas sobre oito atributos selecionados para caracterizar a população de estudo. Esta parte foi construída com base no instrumento elaborado por NEVES-ARRUDA et al.³⁸, que visou explorar o fenômeno conforto segundo a perspectiva de pacientes imigrantes hispânicos com câncer e que estavam em tratamento em um centro médico no oeste dos E.U.A

A Parte II, foi constituída por uma pergunta aberta que visou identificar o significado do conforto.

O formulário proposto foi submetido a pré-teste verificando-se que levantava os dados necessários para o alcance do objetivo proposto, apresentava as questões redigidas de maneira compreensível para o paciente, podia ser aplicado em tempo não prejudicial ao entrevistado; permitia análise dos dados pelo método selecionado.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista, realizada de segunda à sexta-feira, das 14:30hs e/ou das 16:30 às 17:30hs. A seleção dos horários foi feita em função de ponderações com o enfermeiro do serviço, sobre interferências da entrevista com a rotina da UCO: visitas, alimentação, exames, controles, cuidados e tratamentos.

Os dados foram coletados em 20 dias úteis, compreendidos no período de 4/6 a 19/8/92, perfazendo um a dois pacientes diários. Os pacientes foram entrevistados no seu box, em ambiente privativo. A própria autora realizou a coleta dos dados tendo em vista a sua experiência profissional no contexto da situação vivenciada pelos pacientes daquela unidade, a qual lhe proporcionava condições para avaliar as circunstâncias em que a entrevista precisava ser interrompida em decorrência de alterações da hemodinâmica do entrevistado.

Algumas diretrizes para o entrevistador foram estabelecidas, visando salvaguardar regularidade das decisões e comportamentos e manter constantes as condições nas quais se processava a entrevista.

Assim, antes do início da entrevista procedia-se a:

- Identificação dos pacientes que preenchem os critérios relativos a diagnósticos, sexo, idade e tempo mínimo de permanência na UCO.
- Seleção daqueles que tinham disponibilidade para a entrevista como: estar no quarto, acordados, não encaminhados a exames e indicados pelo enfermeiro como livres de tratamento ou visita por uma hora, e como conscientes e em condições de manter a entrevista. Quando existia mais de um paciente disponível num mesmo momento, era feito sorteio visando identificar quem seria entrevistado.
- Apresentação da entrevistadora ao paciente: indicava-se o nome e a ocupação.
- Explicação da finalidade da entrevista dizendo ao paciente: “Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de verificar qual o significado que os pacientes dão ao conforto ou como os pacientes manifestam o sentir conforto”.
- Solicitação da participação do paciente no estudo: “Para obter suas impressões sobre conforto será necessário que o senhor responda a algumas perguntas. Caso o senhor aceite participar da pesquisa lhe será garantido o sigilo de sua identidade como pessoa. Se o senhor no decorrer da mesma desejar interromper, por qualquer razão, poderá solicitar que a sua vontade será respeitada. O senhor tem toda liberdade para decidir se deseja participar ou não, sem que isso afete sua relação com o serviço ou com o seu tratamento”.
- Caso o paciente não desejasse participar, a entrevistadora agradecia-lhe a atenção e despedia-se.
- Obtida a anuência, perguntava-lhe da possibilidade de iniciar a entrevista naquele momento. Se a resposta fosse afirmativa a entrevista era iniciada, solicitando-lhe que refletisse antes de responder as questões. Se solicitasse outro momento, verificava-se quando e dedicava-se sobre a possibilidade de retornar, confirmando o dia e a hora com o paciente.
- Comunicava-se ao paciente que as respostas seriam anotadas e que os registros seriam validados com ele.

Durante a entrevista, à medida que o paciente emitia as respostas, a cada questão, procurava-se anotá-las sob a forma de frases curtas e com os termos empregados por ele. Estas frases eram submetidas ao parecer do entrevistado por meio da literatura do registro para que ficassem assegurados a precisão e o rigor das anotações.

Ao término da entrevista, a entrevistadora agradecia-lhe a contribuição à pesquisa.

Também foram utilizados os seguintes procedimentos:

- Dados como prenome, número do leito, dias de internação na UCO, idade, sexo foram coletados das fichas de internação, localizadas no KARDEX. O diagnóstico médico, registrado no prontuário, foi confirmado com o médico do paciente.
- Os dados – estado civil, ocupação, escolaridade, importância da religião na vida, com quem mora, e a condição econômica após o início da doença – foram colhidos junto ao paciente.

- Os dados da questão sobre o significado de conforto foram obtidos por meio da entrevista feita com o paciente.

Os dados relacionados à caracterização da população são apresentados descritivamente, enquanto as respostas à questão relacionada ao significado de conforto foram tratadas, utilizando-se o método de análise de conteúdo de BARDIN².

Esta autora define o método como um conjunto de técnicas de análise das comunicações escritas visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, obter indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de mensagem.

A análise de conteúdo organiza-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

O estabelecimento claro e preciso dos objetivos, a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a escolha da regra de recorte do texto, a determinação dos índices e indicadores constituem etapas da pré-análise, isto é, pré-requisitos que orientam toda a análise.

Os índices representam a menção explícita de um assunto numa mensagem, isto é, manifestações percebidas no texto (indícios) que a análise vai fazer falar. Supondo-se que a frase a seguir possa ser explicitada por um paciente como resposta à pergunta sobre o que significa conforto: “**significa ter uma moto, uma geladeira e uma casa**”. Nesta resposta infere-se que o paciente se refere a condições materiais como significado de conforto. Assim, este assunto, percebido no texto, torna-se uma categoria. Isto quer dizer que o paciente indica que o conforto tem o significado de possuir condições materiais. As palavras ou expressões que levam o pesquisador a inferir o significado de condições materiais são: ter moto, geladeira e casa. Estas últimas três palavras são os indicadores dos quais falar-se-á mais adiante.

Ainda relacionado aos índices, estes podem ou não comprovar as hipóteses ou permitir que os objetivos sejam atingidos. No caso particular deste estudo, os índices originam a codificação das categorias sob as quais se agrupam os indicadores.

No presente trabalho, os indicadores são, então, as palavras ou expressões que indicam que segmento da mensagem do paciente refere-se a esta ou aquela categoria. Portanto, é necessária a presença do indicador específico num segmento da mensagem do paciente (unidade de registro) para classificar este segmento em uma categoria. Os indicadores estabelecidos são determinados durante a análise dos primeiros formulários (pré-análise) e completados enquanto se processa a análise. A identificação dos indicadores valida os índices.

Mencionou-se anteriormente que o indicador está presente em um segmento da mensagem do paciente. Selecionar um segmento da mensagem do paciente consiste em recortar o texto, que é a resposta do paciente a cada questão, em elementos completos. Para isso é necessário selecionar uma regra de recorte.

Assim, neste estudo, o recorte do texto é de ordem semântica, isto é, a unidade de registro ou unidade de significação utilizada é o “tema” (núcleo de sentido). O “tema” corresponde a uma regra de recorte do sentido e não da forma. Assim, é identificado nas respostas do paciente a cada questão o(s) núcleo(s) de sentido existente (s), de onde se extraem os indicadores visando a classificação nas categorias e a contagem freqüencial.

Na fase da exploração do material procede-se à leitura das respostas a todas as entrevistas para iniciar-se a codificação do material a ser analisado. A codificação visa transformar os dados brutos do texto, por meio de operações, para esclarecer o analista acerca das particularidades do texto que podem servir de índices e indicadores. Para tal utilizam-se as seguintes operações: recorte, escolha das regras de contagem, denominação das categorias e identificação dos indicadores. Esta fase, que corresponde à análise propriamente dita, nada mais é do que a operacionalização sistemática de algumas decisões tomadas na pré-análise, ou seja, a aplicação das regras previamente formuladas.

Nas fases de recorte e escolha das regras de contagem, as mensagens de cada paciente são recortadas em núcleos de sentido ou unidades de registro que é a unidade a ser contada e denominada “resposta”. Note-se que os pacientes, quando respondem a uma questão, podem oferecer um ou mais núcleos de sentido com significados pertencentes a uma ou mais categorias. Considera-se, então, que cada núcleo, classificado em uma categoria, é contado como uma resposta dada por um paciente à questão em análise. No caso de haver vários núcleos em uma mensagem, cujos conteúdos são classificáveis dentro da mesma categoria, apenas se conta como uma resposta. Os vários núcleos, neste caso, são considerados sinônimos ou formas diferentes de um paciente expressar a sua resposta.

As categorias da análise são delineadas respeitando-se os seguintes princípios: exclusão mútua, homogeneidade, objetividade, adequação ou pertinência, exaustão, produtividade².

Após a fase de exploração do material, as categorias encontradas para o significado do conforto são descritas e ilustradas com frases dos pacientes. Posteriormente essas categorias e suas freqüências de aparição são apresentadas em uma tabela.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados relacionam-se aos vinte e cinco pacientes do sexo masculino, com diagnóstico médico de Infarto Agudo do Miocárdio, que constituem a população de estudo. Ressalta-se que nenhum paciente recusou participar do estudo.

4.1 Caracterização da população

A maioria da população de estudo pode ser caracterizada pelos seguintes parâmetros: estar internada em uma UCO, no momento da coleta de dados, no período compreendido entre três e seis dias (64,0%); estar na faixa etária compreendida entre 40 e 80 anos, portanto são pacientes adultos maduros ou idosos (84,0%); estar casada ou com companheira (76,0%); exercer atividade profissional (76,0%); ter escolaridade equivalente ao 1º grau incompleto (40,0%) e superior completo (24,0%); viver em companhia de alguém (88,0%); considerar suas condições financeiras como satisfatórias e não alteradas após o início da doença (60,0%); atribuir alta importância à religião (60,0%), manifestando justificativas como: a) “criação familiar religiosa”, estudo em colégio de padre que prega a religião”, apontando possivelmente para a influência da família e da escola na formação religiosa; b) “atitudes norteadas aos princípios de Deus”, bom ensino advindo da religião”, ressaltando com estas formas de expressão, que os princípios religiosos regem o comportamento pessoal; c) “recebimento de graças divinas”, “fé em Deus”, indicando talvez que o suporte da vida parece estar em Deus e d) “frequência à missa aos domingos”, “oração”, associando o valor aos rituais da religião. Nota-se que os pacientes justificam a alta importância da religião como um valor para todos os eventos da vida e não, particularmente, para a situação de ameaça à vida.

4.2 Expressão do paciente sobre o significado do conforto

O significado do conforto foi analisado por meio de uma questão com resposta aberta (Para você o que significa conforto?) Como as respostas a essa questão foram analisadas segundo categorias e indicadores, para facilitar a compreensão, são descritas, a seguir, as categorias que representam os significados de conforto e seus respectivos indicadores ilustrados com exemplos de frases dos pacientes. Ressalta-se que os 25 pacientes responderam a essa questão e a média de respostas por paciente foi de 2,0%.

Categorias e indicadores encontrados

- **Condições materiais ou financeiras:** foram classificadas como pertencentes a esta categoria as referências dos pacientes à posse de bens materiais ou a condições financeiras ou a sensações geradas por eles no ambiente doméstico e/ou hospitalar. **Indicadores:** ter coisas necessárias, posses, dinheiro, renda, gêneros alimentícios, casa própria, casa mobiliada; bem de vida; carro; poder comprar; bem-estar material; liberdade monetária; só depender do dinheiro; pagar seguro-saúde; ter casa própria, casa mobiliada, rede, cadeira e travesseiros; ter remédios no hospital; condições de sobreviver.

“Não é muita coisa... Ter gêneros alimentícios, dinheiro para pagar a luz, remédios que sejam necessários. Não penso em armazenar nada para o mês que vem e nem para o ano que vem.” (Joaquim ***, 60 anos)**

- **Interações pessoais:** foram classificadas nesta categoria as referências dos pacientes às relações com pessoas significativas, isto é, aquelas cuja importância o paciente manifesta por meio de expressões equivalentes a “ter pessoas”, “estar bem com”, “relacionar-se com” ou “trocar demonstrações afetivas com”, implicando, assim, a existência do paciente e de uma outra pessoa. **Indicadores:** ter amigos, família, companheira, mulher; estar bem com a família; relação pai-filho; filho-amigo; gostar de você; gostar do filho; ter amizade; amizade com esposa; conselho, visita de amigo; dar carinho e atenção; perguntarem; solidariedade do pessoal.

... **“É muito importante ter um amigo. Só agora sabemos o valor de um amigo. Os amigos ligarem, perguntarem se preciso de alguma coisa, isto é um conforto. Não adianta ter muito dinheiro e viver sozinho. Será que a pessoa que só tem dinheiro está bem consigo mesmo e com a família”.** (Natanael*****, 42 anos)

“Gosto muito do conforto. É fundamental em todas as situações especialmente nesta. Significa solidariedade do pessoal”. (José*****, 53 anos)

- **Bem-estar físico:** foram incluídas nesta categoria as referências dos pacientes que expressam sensações agradáveis de ordem biológica e recursos ou fatores desencadeadores dessas sensações. **Indicadores:** bem-estar físico; conforto físico; sentir-se bem fisicamente; não sentir dor; bolsa de água quente.

“O conforto é tudo para a pessoa. O meu por exemplo, é não sentir dor”. (Manoel*****, 39 anos)

- **Condições de funcionalidade/normalidade:** foram incluídas nesta categoria as referências dos pacientes às sensações ou expectativas de “recuperação”, “cura”, “saúde”, ou “ausência de doença” à capacidade de desempenhar atividades e de decisão ou ação, segundo a própria determinação. **Indicadores:** saúde, não ficar doente; comer; beber; sem doença; sair daqui para casa; recuperação.

... **“É comer, beber e não ficar doente. O que adianta ter muito dinheiro e não ter saúde”.** (Túlio*****, 54 anos)

***** *Todos os nomes utilizados são fictícios*

- **Bem-estar psicológico:** nesta categoria foram classificados as referências dos pacientes às sensações relacionadas a seu estado psíquico e suas manifestações. Indicadores: bem-estar psicológico; paz; harmonia; tranquilidade; bem consigo mesmo; não ter problemas mentais e emocionais; moralidade; privacidade; liberdade.

“É tudo aquilo que não lhe aperta: liberdade, respirar o seu oxigênio. Não é questão de ser extravagante. É sentir-se bem. É estar dentro do seu campo magnético, do seu mundo, só você manda, ninguém invade sua privacidade”.
(Ari****, 39 anos)

- **Bem-estar espiritual:** nesta categoria foram classificados as referências dos pacientes que expressam um sentido de conexão com Deus, religião e espiritualidade. **Indicadores:** bem-estar espiritual; sentir-se bem espiritualmente; Deus; religiosidade; conforto religioso.

“... Deus ajudando a gente a ter força...” (Sebastião****, 74 anos)

“... Em primeiro lugar está Deus, Deus é o primeiro conforto...” (José****, 46 anos)

As categorias de respostas obtidas quanto ao significado de conforto e sua frequência estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Respostas dos pacientes segundo as categorias dos significados de conforto. São Paulo, 1992

SIGNIFICADOS DE CONFORTO	Nº	%
condições materiais ou financeiras	15	29,4
interações pessoais	11	21,6
bem-estar psicológico	7	13,7
condições de funcionalidade/normalidade	7	13,7
bem-estar físico	6	11,8
bem-estar espiritual	5	9,8
Total	51	100,0

Nota-se, na Tabela 1, dispersão na distribuição das respostas nas categorias, evidenciando que os pacientes estudados não expressam o significado de conforto de forma homogênea, mas descrevem uma variedade de maneiras pelas quais ele é experienciado, quer no cotidiano, quer no contexto hospitalar. Os resultados desta tabela mostram que conforto significa contar com recursos materiais ou financeiros, desfrutar de interações pessoais com pessoas significativas e de sensações de bem-estar físico, psicológico e espiritual, funcionar normalmente, isto é, ter expectativas de recuperação, estar livre de doenças e poder desempenhar

as atividades habituais. Observa-se que os pacientes emitiram maior número de respostas relacionadas às condições materiais ou financeiras (29,4%) e às relações com pessoas significativas (21,6%).

Estes significados apontam para a multidimensionalidade e para o conceito individualizado do fenômeno conforto, verificando também nos estudos de PINEAU⁴⁴ e HAMILTON²¹.

O fato de a maior parte das respostas dos pacientes (29,4%) estar relacionada às condições materiais ou financeiras parece evidenciar, tanto o valor que atribuem a uma melhora nas condições de vida no espaço habitado, quanto a idéia de que o conforto pode ser produzido por coisas, como já foi apontado por PINEAU⁴⁴. Ficou claro que a posse de bens materiais e de recursos financeiros para a sobrevivência básica e as sensações causadas por eles estão relacionadas à idéia de conforto. Os elementos significativos, refletidos nos indicadores e que ilustram o conforto material são: as condições materiais domésticas (cama e rede gostosa e casa mobiliada), as condições materiais hospitalares (ter remédios) e o dinheiro no sentido do que ele proporciona e das sensações resultantes dele (liberdade monetária, ter coisas necessárias, poder comprar).

As condições materiais ou financeiras induzem à reflexão sobre dois outros aspectos importantes relativos ao conforto, como segurança e comodidade, os quais podem ser assegurados por estas condições e foram classificados por NEVES-ARRUDA et al.⁴⁰, como características do conforto. Os indicadores do presente estudo, como pagar seguro-saúde, ter coisas necessárias, casa mobiliada, rede gostosa, entre outros, exemplificam a segurança e a comodidade (no sentido de aposentados agradáveis, úteis, favoráveis) respectivamente. Outra característica identificada para pacientes e situações de saúde³⁹ e, similar aos nossos resultados, foi ter bens materiais.

As respostas dos pacientes (21,6%), que se referiram a interações pessoais, como ficou claro nos indicadores identificados, valorizam interagir e compartilhar experiências e sentimentos com outros. Já foi descrito que para a pessoa alcançar e manter equilíbrio psicológico e psicossocial há necessidade de ter relações satisfatórias com outros seres humanos. Um sentimento de conforto pode ser alcançado por meio das relações com pessoas na vigência de algumas condições, entre elas: sentir-se capaz de, depender de, contar com e cooperar com outros; compartilhar mútuo de responsabilidade com aqueles em quem se confia ou se cuida; relacionar-se com pessoas que de fato indicam que o indivíduo não será ou virá a ser prejudicado e experienciar um sentimento de aceitação e aprovação por outros⁴². O homem é um ser gregário que necessita sentir-se parte de uma família, grupo social primário, em que o relacionamento interpessoal se efetua no plano afetivo, e por isso, se torna inseguro longe dela, principalmente em situações de emergências nas quais a sua vida corre risco²⁷. Interações pessoais podem constituir possivelmente um valor pessoal dos pacientes estudados e um sistema de auxílio com o qual as pessoas possam enfrentar a adversidade. Daí talvez a alta porcentagem

de respostas que indicou essas interações como significado de conforto e a importância de serem valorizados como um dos componentes do conforto desses pacientes. Os indicadores da categoria interações pessoais foram semelhantes às descrições dos sujeitos classificadas na característica cuidado e “nurture” por NEVES-ARRUDA et al.⁴⁰, entre eles, sentimentos de amizade, gratidão, apreciação, “nurturance”, dar e receber amor, ajuda e ternura e a descrição, estar na companhia de familiares, encontrada por JUNCKES; JUNCKES²⁵, para pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Em situações de saúde, estar com outros (dar e receber carinho e amizade) e em situações de doença, estar com pessoas amigas foram características de conforto valorizadas pelos indivíduos no estudo de Neves-Arruda et al. Apud NEVES-ARRUDA³⁹, que também reforçam a importância das interações pessoais.

O conforto parece implicar a ausência de condições indesejáveis, como dor e problemas, ou o alívio destas, quando presentes, conforme apontam os indicadores contidos na categoria bem-estar físico, na qual recaíram 11,8% das respostas, e bem-estar psicológico que contou com 13,7% delas. Assim sendo, as respostas dos pacientes a estas duas categorias parecem expressar o conforto como uma experiência positiva, vinculada à sensação de bem-estar. Estar sem dor foi encontrado como uma descrição referente a significado de conforto para pacientes com câncer^{20,21}, para indivíduos em situação de doenças³⁹ e para pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca²⁵. Acrescente-se que componentes das definições de conforto, dadas por alguns autores, parecem manter relação com indicadores das categorias bem-estar físico e bem-estar psicológicos, principalmente aqueles que pressupõem ausência de efeitos indesejáveis como dor^{11,15,29,31,45,52}, e sentimento ou estado de bem-estar físico^{11,45,52}.

As respostas dos pacientes às categorias bem-estar psicológico (13,7%) e bem-estar espiritual (9,8%), possivelmente, indicam que o significado de conforto, nestes contextos, é altamente individual, pois reflete como a pessoa percebe a si mesma, seu ambiente, sua relação com vida em geral.

A maior parte das descrições encontradas para as categorias bem-estar psicológico e bem-estar espiritual correspondem àquelas manifestadas por indivíduos em situação de doença³⁹, por pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca²⁵, às expressões dos pacientes com câncer, classificadas na característica integração, encontradas com maior frequência no estudo de NEVES-ARRUDA et al.⁴⁰, e às descrições do componente de conforto identificado por estudantes de graduação por LEAL³¹ denominado sensação (paz e tranquilidade).

Ademais, definições de conforto incluem aspectos como sentimento de bem-estar mental⁴⁵, paz¹⁵, emoções positivas³¹ que mantêm relação com os indicadores da categoria bem-estar psicológico.

A categoria bem-estar espiritual indica que o significado de sagrado, o sentido de conexão (onde e com quem), e a concepção de Deus ou de um ser

sobrenatural são algumas maneiras de expressão da espiritualidade dos indivíduos conforme já foi constatado por BURKHARDT⁷.

As respostas dos pacientes ao significado de conforto relacionado às condições de funcionalidade/normalidade (13,7%) mostraram, entre outros aspectos, que os pacientes valorizaram a preservação das funções orgânicas para poder atuar otimamente. Este fato nos leva a refletir que os homens estão inseridos no mundo através de seus corpos. Quando uma mudança ocorre no corpo, o estilo de vida nem sempre está preservado e os indivíduos perdem ou apresentam dificuldades para desempenhar atividades e desfrutar de prazeres e, algumas vezes, afastam-se do seu sistema de apoio social e interrompem a conquista de seus projetos. Desta maneira, os indivíduos podem estar impossibilitados de levar uma vida significativa. Estar com o corpo diferente é comportar-se diferentemente do usual. Comportar-se diferentemente pode constituir uma condição que dificulte o acesso ao mundo familiar e desencadear a inserção do paciente em um mundo estranho, principalmente quando a alteração no corpo requer a hospitalização⁸. Assim, a vida familiar é suspensa por um tempo, bem como o futuro pára de existir temporariamente. De modo interessante, no presente estudo, foram identificados indicadores para a categoria condições de funcionalidade/normalidade relacionados à saúde e ausência de doença. Isto nos faz indagar-se, ao se promover conforto, estamos promovendo saúde. Saúde, para muitos pacientes, é definida como conforto físico e emocional¹⁹. No entanto, outras pesquisas são necessárias para esclarecer melhor a relação entre saúde e conforto. Os indicadores para esta categoria também foram semelhantes a todas as descrições dos sujeitos, como o estado de boa saúde, processo de recuperar ou tornar-se melhor, adaptar-se e viver a vida tão normal quanto possível, classificadas na característica função e normalidade, a Segunda mais mencionada do estudo de NEVES-ARRUDA et al.⁴⁰. Ter saúde, ausência de doença e comer bem foram descrições de conforto encontradas para indivíduos em situações de saúde e doença³⁹ e para pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca²⁵, reforçando funcionalidade/normalidade como significado de conforto.

Os indicadores da categoria bem-estar físico, bem-estar psicológico, bem-estar espiritual e interações pessoais são coerentes com as definições atribuídas aos contextos em que o paciente experiência conforto, interpretadas por KOLCABA²⁴, que são respectivamente a física, psico-espiritual e social. Nas definições relacionadas aos contextos em que o paciente experiência conforto KOLCABA²⁴ não contempla as condições materiais ou financeiras que no presente estudo foram encontradas como significado de conforto.

As respostas dos pacientes que expressaram o significado de conforto relacionaram-se principalmente às condições materiais ou financeiras (29,4%) e às interações pessoais (21,6%) e não tanto à integração e funcionalidade/normalidade como para os sujeitos do estudo de NEVES-ARRUDA et al.⁴⁰. Enfatiza-se, no entanto, que a diversidade de categorias encontradas mostra que os pacientes deste estudo descrevem várias formas de entender e sentir o conforto. Assim, este achado

reforça a importância da compreensão dos significados de conforto para esse grupo específico de pacientes visando a individualização deste fenômeno.

5. CONCLUSÕES

O conforto enquanto significado foi expressado com vários sentidos, relacionando-se com as condições materiais ou financeiras (29,4%), o desfrutar das intenções pessoais (21,6%), as sensações de bem-estar psicológico (13,7%), físico (1,8%) 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. Além das conclusões relacionadas diretamente aos objetivos, os resultados do presente estudo permitem também acrescentar que: a) dada a multidimensionalidade e conseqüentemente complexidade do conforto, este possivelmente não depende exclusivamente da assistência de enfermagem; b) a pluralidade de indicadores encontrados sugere que o mesmo significado de conforto pode ser expresso ou descrito pelos pacientes por meio de formas variadas.

THE MEANING OF THE WORD COMFORT FROM THE POINT OF VIEW OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

This investigation included 25 male adult patients with Acute Myocardial Infarction admitted in a Coronary Disease Unit located in the Municipality of São Paulo, Brazil. It aimed at identifying the meaning those patients give to the word comfort. Data collection was carried using a specific form and manually processed; answers to open questions were treated using the BARDIN'S² content analysis method and the results were basically analyzed in absolute numbers and percentages and organized in tables and figures. Comfort was expressed by several ways, from material and financial conditions, enjoyment of personal interactions, sense of physical, psychological, and spiritual well-being to normal functioning which means recovery expectations, disease-freedom and capacity to perform usual activities. Material and financial conditions (29,4%) and personal interactions (21,6%) were emphasized. In addition to the conclusions directly related to the objective, the results showed that: (a) viewing the multidimensional aspects related to comfort, it should not be exclusively considered as dependent of nursing care; (b) various indicators identified suggested that the same meaning for comfort was expressed or described in most varied ways.

UNITERMS: comfort, nursing care

LOS SIGNIFICADOS DE LA PALABRA BIENESTAR SEGÚN LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

El objetivo del estudio fue identificar cuál es el significado que los pacientes de sexo masculino diagnosticado con infarto agudo del miocardio, internados en una unidad coronaria del municipio de São Paulo, le dan a la palabra bienestar. La fuente de los datos fue obtenida por medio de un formulario específico. Las respuestas a las preguntas abiertas fueron tratadas utilizándose en método de análisis de contenido de BARDIN² y los resultados básicamente analizados sobre la forma de números absolutos y porcentuales. En cuanto el significado de bienestar fue expresado con varios sentidos, relacionándose con las condiciones materiales o financieras (29,4%), el disfrute de las interacciones personales (21,6%) las sensaciones del bienestar psicológico (13,7%), físico (11,8%) y espiritual (9,8%), el funcionar normalmente (13,7%) esto es, tener expectativa de recuperación, estar libre de enfermedad y poder desempeñar las actividades habituales. Además de las conclusiones relacionadas directamente a los objetivos, los resultados del presente estudio permiten decir también: a) dada la multidimensionalidad y consecuente complejidad del bienestar, este posiblemente no depende exclusivamente de los cuidados de una enfermera; b) la pluralidad de los indicadores encontrados sugiere que el mismo significado de bienestar puede ser expresado o descrito por los pacientes por medio de formas variadas.

TÉRMINO CLAVES: bienestar, cuidados enfermería

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. AMERICAN NURSES' ASSOCIATION – ANA. **A statement on the scope of medical-surgical nursing practice**. Kansas City, 1980. (Publ. MS-11).
02. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. Cap 3, p.93-149: Método.
03. BOTTORFF, J. **The meaning of comfort**: the lived experience of being comforted by a nurse. Canadá, s.d. /mimeografado/
04. BRAUNWALD, E. Aging and the heart. In: WEISFELDT, M.D. et al. Heart disease: textbook of cardiovascular medicine. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 1992. Cap. 52, p. 1656-69.
05. BRINK, P.J. Exploratory designs. In: BRINK, P.J.; WOOD, M.J. Advanced design in nursing research. 2.ed. New Delhi: Sage, 1990. Cap. 7, p. 141-60.
06. BRINK, P.J.; WOOD, M.J. Advanced design in nursing research. 2.ed. New Delhi: Sage, 1990. Cap 6, p. 123-39: Descriptive designs.

07. BURKHARDT, M.A. Spirituality: an analysis of the concept. **Holistic Nurs. Pract.**, v. 3, n. 3, p. 69-77, 1989.
08. CAMERON, B.L. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. **J. Adv. Nurs.**, v.18, n.3, p.424-36, 1993.
09. DUGAS, B.W. **Enfermagem prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984. Cap.17, p. 311-29: Necessidades de conforto, repouso e sono.
10. ELAND, J.M. Pain management and comfort. **J. Gerontol. Nurs.**, v.14, n.4, p.10-5, 1988.
11. ELHART, D. et al. **Princípios científicos de enfermagem**. Lisboa: Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983. Cap., p. 288-96: O âmbito de intervenção de enfermagem no apoio à adaptação.
12. ENGELKING, C. Comfort issues in geriatric oncology. **Semin. Oncol Nurs.**, v.4, n.3, p.198-207, 1988.
13. 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.
14. FISCHER, V.G.; CONNOLY, A.F. **Promotion of physical comfort and safety**. 2. ed. Dubuque: Brown, 1975. b Cap.5, p.91-5: Synthesis.
15. FRANCIS, G.M.; MUNJAS, B. Promoting psychological comfort. 2. ed. Dubuque: Brown, 1979. Cap.4, p.57-61: Psychological comfort – nursing guidelines.
16. FUERST, E.V. et al. **Fundamentos de enfermagem: o humanitarismo e as ciências na enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1974. a Cap.18, p.158-93: O meio ambiente do paciente.
17. FUERST, E.V. et al. **Fundamentos de enfermagem: o humanitarismo e as ciências na enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1974. b Cap. 23, p.291-303: Conforto, repouso e sono do paciente.
18. 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.
19. GROPPER, E.I. Promoting health by promoting comfort. **Nurs. Forum.**, v.27, n.2, p.5-8, 1992.
20. HAMILTON, J. **Comfort on a palliative care unit: the client's perception**. Montreal: McGill University, 1985. /Mimeografado/
21. HAMILTON, J. Comfort and the hospitalized chronically ill. **Gerontol. Nurs.**, v.15, n.4, p.28-33, 1989.
22. HORNEMANY, G.V. **Procedimentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1977. Cap5, p.103-29: Mantendo a segurança e o conforto do paciente.
23. JACOX, A.K. Key aspects of comfort. In: FUNK, S.G. et al. Key aspects of comfort: management of pain fatigue and nausea. New York: Springer, 1989. Cap. 2, p. 8-21.

24. JONES, J. Aspects of comfort for the elderly person. **Nursing**, v. 3, n. 9, p. 344-7, 1986.
25. JUNCKES, A.; JUNCKES, D.D. **Cuidando e confortando o paciente no pré e pós-peratório cardíaco**. Florianópolis, 1993. /Mimeografado/.
26. KAWAMOTO, E.E.; FORTES, J.I. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1986. Cap.6, p.30: Medidas de conforto e segurança do paciente.
27. KOIZUMI, M.S. et al. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc.Enfermagem**. USP, v. 13, n. 2, p. 135-45, 1979.
28. KOLCABA, K.Y. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image J. Nurs.Sch.**, v. 25, n. 4, p.237-40, 1991.
29. KOLCABA, K.Y. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Adv. Nurs. Sci.**, v.15, n.1, p.1-10, 1992.
30. KOLCABA, K.Y.; KOLCABA, R.J. An analysis of the concept of comfort. **J. Adv. Nurs.**, v.16, n.11, p.1301-10, 1991.
31. LEAL, A.M. **The development of an instrument for the measurement of psychological comfort**. Texas, 1986. 216 p. Dissertation (Doctoral) – College of Nursing, Texas Woman’s University.
32. 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.
33. 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.
34. MORSE, J.M. An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminary investigation. **Nurs. Pap.**, v.15, n.1, p.6-20, 1983.
35. MORSE J.M. Comfort: the refocusing of nursing care. **Clin. Nurs. Res.**, v.1, n.1, p.91-106, 1992.
36. MOSELEY, J.R. Alterations in comfort. **Nurs Clin. North Am.**, v.20, n.2, p.427-38, 1985.
37. MUSSI, F.C. Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. São Paulo, 1994. 102 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
38. NEVES-ARRUDA, E. O conforto na perspectiva dos pacientes com câncer. Florianópolis, 1990. a (Projeto de pesquisa) – Centro de Pesquisas Oncológicas – HGCR.
39. NEVES-ARRUDA, E. et al. **A qualitative analysis of comfort and discomfort: the case of immigrant Hispanic cancer patients**. Florianópolis, 1989. /Mimeografado/.

40. NEVES-ARRUDA, E. et al. Comfort: immigrant hispanic cancer patients' views. **Cancer Nurs.**, v. 15, n. 6, p. 387-94, 1992.
41. NISHIOKA, E. Comfort versus cure. **Am.J.Nurs.**, v. 89, n. 9, p. 1125-6, 1989.
42. NORDMARK, R.; ROHWEDEW, A.W. **Scientific foundations of nursing**. Philadelphia: Lippincott, 1975. Cap. 27, p. 372-81: Primary and acquired needs.
43. ORLANDO, I.J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente**. São Paulo: EPU, 1978. Cap.1, p.7-11: A atividade do enfermeiro profissional.
44. PINEAU, C. The psychological meaning of comfort. **Int. Review Appl. Psychol.**, v. 31, n. 2, p. 271-83, 1982.
45. PRICE, A.L. **Tratado de enfermeria**. 3.ed. México: Interamericana, 1965. Cap.8, p. 83-113: Medidas para comodidad del paciente.
46. SORRENTINO, S.A. **Mosby's textbook for nursing assistants**. 2.ed. Saint Louis: Mosby, 1987. a Cap. 11, p.53-160: The patient unit.
47. SORRENTINO, S.A. **Mosby's textbook for nursing assistants**. 2.ed. Saint Louis: Mosby, 1987. b Cap. 30, p. 469-77: The dying patient.
48. 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.
49. STRAUSS, A. et al. **Social organization of medical work**. Chicago: University of Chicago Press, 1985. Cap. 5, p. 99-128: Comfort work.
50. VEIGA, D.A.; CROSSETI, M.G. **Manual de técnicas de enfermagem**. Porto Alegre: Universidade FRGS, 1982.
51. 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) corrective mental, physical, sociocultural, and spiritual environment.
52. WEBSTER'S new collegiate dictionary. 2. ed. Springfield: Merriam, 1949.
53. WHITE, D.T. et al. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1976. Cap. 2, p. 49-55: Paciente e enfermeira frente a frente.