



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE CLIENTES E DE  
ENFERMEIRAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Carlos Roberto Lyra da Silva**

**Rio de Janeiro – RJ  
Dezembro/2008**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE CLIENTES E DE  
ENFERMEIRAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vilma de Carvalho**

**Rio de Janeiro – RJ  
Dezembro/2008**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Carlos Roberto Lyra

O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar – Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2008.

xi, 185p.

Teses (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

Orientadora: Vilma de Carvalho

1. Conceito de conforto. 2. Cuidado de enfermagem. 3. Bem-estar. 4. Enfermagem Fundamental. I. Título

CDD 610.73



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE CLIENTES E DE  
ENFERMEIRAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Dr. Vilma de Carvalho

Rio de Janeiro  
2008

CONCEITO DE CONFORTO NA PERSPECTIVA DE CLIENTES E DE  
ENFERMEIRAS (OS) EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA

Aprovado por:

---

Presidente: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vilma de Carvalho

---

1<sup>o</sup> Examinadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iraci dos Santos

---

2<sup>o</sup> Examinadora: Prof<sup>a</sup> Michel Perreault

---

3<sup>o</sup> Examinadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabel Amélia Costa Mendes

---

4<sup>o</sup> Examinadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia de Assunção Ferreira

Suplentes

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neide Aparaceida Titoneli Alvim

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro – RJ  
Dezembro/2008

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus queridos e amados,  
VIVIANE, minha esposa;  
JÚLIA e GUILHERME, meus filhos;  
VERA, minha mãe;  
OSNIR, meu pai (em memória).

## AGRADECIMENTOS

O Deus, Pai, Poderoso e Criador de todas as coisas. Somente a ti, toda honra e toda glória.

À minha esposa, Viviane, pelo carinho, pelo amor e por ter compartilhado comigo os momentos difíceis. Amo você.

Aos meus Pais, Osnir (em memória) e Vera e, avó Doralice e avô Agenor (em memória) pelo exemplo, dedicação incansável em nossa formação cidadã. A vocês o meu eterno muito obrigado.

Aos meus irmãos Roberto, Rita e Janaína, pela caminhada e convivência sempre muito afetuosa.

À minha orientadora Dr<sup>a</sup> Vilma de Carvalho, com quem tive o privilégio de compartilhar idéias aqui desenvolvidas. Muito obrigado pelos ensinamentos.

Ao digitador de textos do LEPISTEME, Sr<sup>o</sup> Enilson Santos de Jesus, pela ajuda sempre que necessária nos dias de orientação.

Aos professores do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro, Luiz, Osnir, Teresa, Eva, Kaneji, Nébia, Roberto, Flávia, que por diversas vezes assumiram minhas atividades didáticas, acreditando na importância da pesquisa para a Enfermagem.

Aos clientes e enfermeiras(os) que se propuseram a participar deste estudo. Vocês foram fundamentais.

Aos professores e colegas de Turma do Curso de Doutorado. Muito obrigado pelos ensinamentos e convivência sempre muito urbana.

Aos funcionários da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Sônia e Jorge, pelo carinho, dedicação e solicitude.

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, pela minha liberação e afastamento para a consecução desta caminhada.

Um agradecimento especial à professora amiga e irmã NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO, incansável, otimista, alegre, competente, disposta e outras predicções possíveis quando o que está em jogo é a Enfermagem. Nébia muito obrigado por tudo que tens feito por mim e meus colegas de trabalho. De fato posso lhe dizer: você é TITULAR. Um beijo enorme no seu coração e que Deus te abençoe rica e abundantemente e que realize os desejos do seu coração.



Aprender generosamente significa não aprender  
com egoísmo, buscando a aquisição de  
conhecimento para vaidade pessoal ou para  
vangloriar-se em um amanhã de triunfos  
exteriores, esquecendo que muito do aprendido foi  
ensinado para evitar sofrimento e permitir a  
passagem pelos trechos difíceis no longo caminho  
da vida.  
Raumsol

## RESUMO

SILVA, Carlos Roberto Lyra da. Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vilma de Carvalho. UFRJ/EEAN, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

O Objeto da tese trata do conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar. Os objetivos foram: 1º conceituar o que é conforto a partir de predicções de enfermeiras e clientes em unidades de internação hospitalar, 2º Classificar predicções/características atribuídos(as) ao conforto de modo a contribuir para o conceito de conforto, a partir de tesouros semânticos, 3º identificar nos predicados referenciais (como atribuídos pelos *sujeitos-objeto*) a *forma verbal* denotativa do conforto. O estudo foi realizado na abordagem qualitativa, a estratégia metodológica para a obtenção dos dados foi a aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas. O cenário confere com as unidades de internação hospitalar de hospitais da rede pública e privada do Município do Rio de Janeiro – RJ. O referencial teórico utilizado foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a Teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg. Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin, onde as predicções foram exaustivamente lidas e ordenadas e quadros (03 e 04). O *referente* à luz de Dahlberg foi o conforto, submetido às *características predicativas* pelos *sujeitos-objeto*. A *predicção* mais referenciada foi o “bem-estar”, presente em cinquenta e oito 58% das respostas. Assim, o “bem-estar” é conferido nesta tese como a *forma-verbal/termo* denotativa do conforto, culminando em um conceito concebido pelos autores da pesquisa. A segunda categoria trata do ambiente, do corpo e dos cuidados de enfermagem como elementos do conforto. Concluímos que é possível construir cientificamente uma *terminologia* específica de enfermagem, que cuidado e conforto são *termos antinômicos*, pois, nem todo cuidado é confortante ele é sim, previsível de conforto, no entanto, o conforto é resultado de um cuidado de enfermagem ou de um autocuidado. É possível afirmar que o conforto é imprescindível ao ambiente, aos corpos dos indivíduos (principalmente de quem cuida e é cuidado) no âmbito dos planos que envolvem o cuidado de enfermagem.

## ABSTRACT

SILVA, Carlos Roberto Lyra da. Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vilma de Carvalho. UFRJ/EEAN, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

The object of the thesis deals about the concept of comfort in view of customers and nurses in hospital units. The objectives were: 1st conceptualize what is comfort from predication of the nurses and clients in units of hospitalization, 2<sup>nd</sup> rank predication / features assigned the comfort in order to contribute to the concept of comfort, from semantic thesaurus, 3<sup>rd</sup> in predicates identify benchmarks (as Assigned by subject-object) the form of verbal denotative comfort. The study was conducted on the qualitative approach; the methodological strategy for obtaining the data was the application of questionnaires with questions open and closed. The scenario gives the units of hospital hospitals, hospital's public and private network in Rio de Janeiro - RJ. The theoretical framework used was the theory of Comfort of Katharine Kolcaba and Theory of Concept of Ingetraut Dahlberg. The data were analyzed in the light of the Content Analysis of Bardin, where the predication thoroughly read and sorted and tables (03 and 04). The on the basis of Dahlberg was the comfort, submitted by the characteristics predicative subject-object. The predication was the most referenced "welfare", this in fifty-eight 58% the responses. Thus, the "welfare" is given in this thesis as forma-verbal/term denotative the comfort, culminating in a concept conceived by the authors of the research. The second category deals with the environment, the body and nursing care as part of comfort. Conclude it is scientifically possible to build a specific terminology, nursing, care that antinomic terms and comfort are therefore not all care is comforting him but is expected to comfort, ho weaver, and the comfort is the result of a nursing care or a self-care. You can say that the comfort is essential to the environment, the bodies of individuals (mainly on who is caring and careful) in the plans involving the care of nursing.

## RESUMEN

SILVA, Carlos Roberto Lyra da. Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vilma de Carvalho. UFRJ/EEAN, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

El objeto de la tesis aborda el concepto de confort en vista de los clientes y personal de enfermería en unidades en el hospital. Los objetivos fueron: 1<sup>a</sup> conceptualizar lo que la comodidad de predicaciones de las enfermeras y los clientes en unidades de hospitalización, 2<sup>a</sup> categoría predicaciones / funciones asignadas la comodidad con el fin de contribuir al concepto de confort, de semántica report, 3 de predicados en identificar los puntos de referencia (como asignación por sujeto-objeto) de la forma verbal denotativo comodidad. El estudio se realizó sobre el enfoque cualitativo, la estrategia metodológica para la obtención de los datos fue la aplicación de cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas. El escenario da las unidades de hospital hospitales, el hospital público y la red privada en Río de Janeiro - RJ. El marco teórico utilizado fue la teoría de la comodidad de Katharine Kolcaba y Teoría de la Concepto de Ingetraut Dahlberg. Los datos fueron analizados a la luz de los análisis del contenido de Bardin, donde el predicaciones leer detenidamente y ordenada y tablas (03 y 04). El sobre la base de Dahlberg fue la comodidad, presentado por las características predicativo sujeto-objeto. El predication fue la más referenciada "bienestar", esto en cincuenta y ocho 58% las respuestas. Por lo tanto, el "bienestar" se da en esta tesis como forma-verbal/termo denotativo la comodidad, que culminaron en un concepto concebido por los autores de la investigación. La segunda categoría trata con el medio ambiente, el cuerpo y cuidados de enfermería como parte de la comodidad. Concluir es científicamente posible la construcción de una terminología específica, de enfermería, la atención que antinomic términos y comodidad, por lo tanto, no son todos los cuidados es reconfortante, pero él se espera que comodidad, sin embargo, la comodidad es el resultado de un cuidado de enfermería o un autocuidado. Se puede decir que la comodidad es esencial para el medio ambiente, los cuerpos de las personas (principalmente en que es el cuidado y cuidado) en los planes la participación de la atención de de enfermería.

## RESUMÉ

SILVA, Carlos Roberto Lyra da. Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vilma de Carvalho. UFRJ/EEAN, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

L'objet de la thèse traite de la notion de confort en vue de clients et d'infirmières dans unités à l'hôpital. Les objectifs étaient: 1er conceptualiser ce que le confort de predicções des infirmières et des clients dans des unités à l'hôpital, 2e rang predicções / caractéristiques attribuées le confort afin de contribuer à la notion de confort, de thésaurus sémantique, 3ème en prédicats identifier des points de repère (comme attribué par sujet-objet) la forme verbale dénotatif de confort. L'étude a été menée sur l'approche qualitative, la stratégie méthodologique pour l'obtention des données nécessaires à l'application de questionnaires avec des questions ouvertes et fermées. Le scénario donne les unités de l'hôpital les hôpitaux, l'hôpital public et réseau privé à Rio de Janeiro - RJ. Le cadre théorique a été utilisé la théorie de confort de Katharine Kolcaba et théorie de l'Concept de Ingetraut Dahlberg. Les données ont été analysées à la lumière de l'analyse de Bardin, où la predicções lire et triés et de tableaux (03 et 04). Le sur la base de Dahlberg a été le confort, présenté par les caractéristiques prédictive sujet-objet. La prédication est le plus référencé "bien-être", ce dans cinquante-huit 58% les réponses. Ainsi, le "bien-être" est donnée dans cette thèse comme forma-verbal/termo dénotatif le confort, qui a abouti à un concept conçu par les auteurs de la recherche. La deuxième catégorie traite de l'environnement, le corps et des soins infirmiers dans le cadre de confort. Conclure il est scientifiquement possible de construire une terminologie spécifique, les soins infirmiers, les soins queantinomiques termes de confort et ne sont donc pas tous les soins lui est réconfortant mais on s'attend à confort, toutefois, le confort est le résultat d'une soins infirmiers ou une auto-soins. Vous pouvez dire que le confort est essentiel de l'environnement, les corps des personnes (principalement sur qui est la bienveillance et attention) dans les plans de soins de la soins infirmiers.

## *SUMÁRIO*

|  | <i>Pág.</i> |
|--|-------------|
| <b>CAPÍTULO I – Das Experiências Pessoal e Profissional do Autor em Face da Investigação</b> | <b>16</b>   |
| A Primeira Situação  | 17          |
| A Segunda Situação   | 21          |
| Sobre o Tema e o Problema  | 22          |
| Sobre o Conforto   | 25          |
| O Objeto de Estudo: Pressupostos e Objetivos   | 31          |
| Relevância e Justificativa   | 33          |
| <br>   |             |
| <b>CAPÍTULO II – Abordagem Metodológica</b>  | <b>42</b>   |
| Do Caminho Percorrido  | 45          |
| A Obtenção dos Dados   | 46          |
| O Tratamento dos Dados   | 49          |
| Caracterização das Enfermeiras e Clientes nesta Investigação                                 | 51          |
| <br>   |             |
| <b>CAPÍTULO III – Referencial Teórico</b>  | <b>56</b>   |
| A Importância da Utilização da Teoria do Conforto  | 65          |
| Do Cuidado Confortante à Teoria do Conforto  | 69          |
| Sobre Enfermagem e Conforto  | 72          |
| Teorização sobre Conforto e fontes Teóricas de apoio   | 78          |
| A Teoria do Conforto e o uso das provas Empíricas  | 81          |
| Os Principais Pressupostos da Teoria do Conforto e os Conceitos Paradigmáticos de Kolcaba    | 84          |

|  |     |
|--|-----|
| A Forma Lógica na Elaboração da Teoria do Conforto   | 86  |
| A Teoria do Conceito: de Aristóteles a Dahlberg  | 92  |
| O Referente  | 94  |
| Característica   | 95  |
| Termo ou Forma Verbal  | 96  |
| Função   | 97  |
| Classificação das Características  | 98  |
| Intensão   | 101 |
| Aspectos Teóricos do Conceito Segundo Dahlberg   | 106 |
| Aspectos Sistemáticos da Terminologia  |     |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS DADOS</b>   |     |
| <b>Categoria I</b> – Predicações de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar: uma aproximação em Dahlberg | 112 |
| <b>Categoria II</b> – o Ambiente, o Corpo e os Cuidados de Enfermagem como Elementos do Conforto nas Falas das Enfermeiras e Clientes                      | 141 |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | 163 |
| <br>   |     |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 175 |

## CAPÍTULO I

### DAS EXPERIÊNCIAS PESSOAL E PROFISSIONAL DO AUTOR EM FACE DA INVESTIGAÇÃO

Quando falta saúde a sabedoria não se revela, a arte não se manifesta, a força não luta, a riqueza é inútil e a inteligência é inaplicável.  
Herophilus (335-280 a.C.)

#### Conspectus<sup>1</sup>

Cuidar de clientes em unidades de internação hospitalar é parte da experiência profissional, desde os tempos de estudante de enfermagem, enquanto se consolidava o interesse por essas unidades e, mais especificamente, pelas unidades de clientes críticos.

*Após concluir o Curso de Graduação de Enfermagem, (em agosto de 1994, na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO), quase que de imediato tive a primeira experiência como enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e na ocasião, me descobri pensando em "Conforto" <sup>2</sup>.*

O local é aquele onde o sofrimento e a morte, tornam os clientes mais vulneráveis, já que existe a possibilidade de, em alguns momentos, estarmos provocando “*desconfortos*” (assim percebidos por eles) devido às situações de risco a que estão submetidos.

Durante o tempo de trabalho, em instituição privada localizada no Rio de Janeiro, buscava em minha prática e na daqueles sob minha supervisão em que momento nos preocupávamos com *conforto* e o que significava para nós. De fato, percebia-se que nem sempre quando cuidávamos, tínhamos a idéia de

---

<sup>1</sup> É o momento utilizado pelo autor para “falar não do texto que se propunha a escrever, mas do “pré-texto”, daquele momento em que ocorre o ato de criação da escrita, do momento em que o sujeito se torna autor”. Campos (2001, p. 15).

<sup>2</sup> O conforto neste momento encontra-se entre parênteses porque estamos em busca de um melhor conceito para a terminologia de enfermagem. Neste momento não temos a certeza do que possa significar para o cliente e para as enfermeiras. Como diz Deleuze (1992, p. 34): “quando não temos certeza sobre as coisas, é melhor que elas fiquem entre aspas”.



*conforto* por preocupação primeira e que, muitos de nossos cuidados acabavam sendo, para os clientes, “desconfortantes”. Nesse sentido, vale dizer que a filosofia de trabalho visava a satisfação do cliente e de sua família e a valorização da equipe de enfermagem, sem desmerecer ou prejudicar os objetivos da instituição e, é claro, o interesse financeiro de uma instituição privada. Ainda assim, conseguimos implantar uma metodologia de assistência, se não de *excelência*, pelo menos capaz de atender às perspectivas profissionais já enriquecidas de ideais. Tornou-se mais fácil constatar, então, que as prescrições de enfermagem não estavam incluindo medidas visando o *conforto*, ou se incluídas, não se tinha por certo de que “conforto” se falava.

E me dei conta de que era imprescindível investigar sobre este assunto *conforto* quando me vi diante de duas situações que podem ilustrar meu pensamento e posição profissional.

➤ **A primeira situação**

*Ementa: Um cliente com diagnóstico de morte encefálica prevista nos termos dos protocolos médicos na presença de sua esposa e filhas ainda adolescentes.*

Lembro das reações desesperadas de esposa e filhas, as quais, diante de um corpo inerte e aparentemente sem vida, suplicavam piedade a Deus, e a graça concedida de ter de volta o seu ente querido. A lesão encefálica causada por traumatismo craniano era tão grave, que o neurocirurgião que o assistia chegou a dizer à mulher: “*seu marido vai precisar ser um bom jogador para vencer a morte*”. Devo confessar que aquelas palavras me encheram de angústia e medo do que vinha pela frente, pois, cabia a mim e aos colegas de equipe a responsabilidade de cuidar daquele cliente em risco de morte. Além disso, cabia-nos assistir, também, seus entes queridos que aguardavam do lado de fora da

UTI, e eram impedidos de entrarem acompanhados por outros visitantes nos momentos de visita, fato este que os deixavam ainda mais desconfortáveis.

Os dias se passavam e os prognósticos sombrios deixavam de se concretizar, enquanto o cliente resistia bravamente ao perigo e risco de morte. Os cuidados de enfermagem eram sempre considerados (pelos familiares) os mais qualificados possíveis, tais como repletos de respeito, carinho e emoções a cada visita, como eles mesmo aludiam. Pensávamos que estávamos proporcionando o “conforto”, ou minimizando o “desconforto”, possivelmente percebido e experimentado pelo cliente e família. Lembro-me que uma das filhas chegou a perguntar como era realizada a higiene corporal de seu pai, e ao ser informada da técnica a adolescente disse que seu pai certamente se sentiria bastante *desconfortável* com este tipo de banho se estivesse consciente, pois sempre parecia muito atento a sua aparência física. E ela me perguntou, então, se o banho poderia ser de outra maneira, quando iniciamos uma técnica improvisada de banhar o cliente no leito como se fosse um “banho de aspersão” - utilizamos o aspirador para recuperar a água que se acumulava no colchão, evitando que leito e unidade se inundassem. Diga-se de passagem, que um dos banhos foi acompanhando pela filha, que ajudou fazendo a barba do pai.

Após uma semana, a família foi informada pelo neurocirurgião que “não havia mais o que fazer” e, ao ser indagado pela esposa se a medicina nada mais tinha a oferecer a seu marido, o médico respondeu que não. Um tanto surpreso fui abordado pela esposa que me informou que não mais conversaria com a equipe médica, posto que então, a medicina não podia fazer mais nada por seu marido, e as informações de que ela precisava seriam as emitidas pela enfermagem.

O relacionamento da equipe de enfermagem com esta família passou a ser mais freqüente e consolidado: um abraço aqui, um suspiro ali, um agradecimento sempre. Toda a equipe se mostrava atenciosa. Os cuidados eram orientados para favorecer o conforto e bem estar para o cliente, pois continuava em estado de coma. Certa noite, fomos agraciados: durante um banho no plantão noturno o cliente abriu os olhos, olhou a sua volta parecendo assustado. Tamanho foi o susto do técnico de enfermagem que prontamente me chamou - “*Chefe... Chefe... o Sr. F.K. abriu os olhos*”; Naquela noite eu estava substituindo a folga de outro enfermeiro. Imediatamente fui à beira do leito e constatei que não se tratava de uma resposta reflexo-involuntária (clientes com lesão neurológica podem apresentar) e que, de fato, o Sr. FK estava acordado e olhando-nos bastante expressivo que remetia à idéia de temor e sofrimento. Chamei-o pelo nome e expliquei que ele estava internado em uma UTI, que ficasse tranqüilo.

Mesmo estando traqueostomizado, percebia-se sua vontade de falar, de comunicar-se. Explicamos de tal modo, o impedimento causado pela cânula traqueal.

A felicidade foi tamanha que não me contive e telefonei (de madrugada) para sua família a fim de informar as boas novas. A euforia e alegria contagiaram toda a equipe, que ao receber as filhas e a esposa não se contiveram de emoção. A alegria tomou lugar nos corações daquelas pessoas, que sempre acreditaram no potencial da equipe de enfermagem que cuidava do Sr. FK, que no trigésimo quarto dia de sua internação na UTI, foi removido para o quarto com apenas uma atresia de esôfago devido à demorada traqueostomia e sem se alimentar pela via oral.

Essa experiência reforçou o indicativo de que o cuidado de enfermagem ocupa um lugar fundamental no processo de restauração da saúde e na

manutenção da vida (Nightingale, 1989). Com base nesta primeira experiência, procurei me dedicar ao magistério ingressando em uma instituição de ensino superior (1997). O exercício da função docente iniciou-se com o acompanhamento dos estudantes do 3º período em ensino clínico, quando tive a oportunidade de integrar a minha experiência prática no processo de ensino-aprendizagem do cuidado de enfermagem. Com o passar do tempo, e tendo em vista a necessidade de adquirir maior qualificação, parti em busca do Curso de Mestrado em Enfermagem. Sabia que carecia ampliar meus conhecimentos relativos à área – Enfermagem Fundamental - entendendo que só assim poderia sedimentar a bagagem profissional e os conceitos e/ou teorias, que orientam “o fazer” e “o pensar” básicos às práticas assistenciais aos clientes em UTI.

A pós-graduação *stricto-sensu*, pela sua própria natureza de fomentar o debate a partir da crítica e reflexão sobre a prática à luz dos conceitos, teorias e paradigmas filosóficos, levou-me a situar melhor a finalidade do cuidado de enfermagem no atendimento/satisfação das necessidades dos clientes. Porém, eu continuava buscando no domínio do discurso, o que significava “conforto” e como poderia ser mais bem implementado, em atos e operações de cuidar, uma vez que não se manifestava, para mim, como um ato voluntário e explícito nas ações dos que habitualmente cuidam.

O Mestrado proporcionou-me discussões sobre a natureza do cuidado de enfermagem que abarca as dimensões técnica, científica e humana. Como se pode afirmar, além da competência técnico-profissional requerida na assistência ao cliente, mormente em unidades de internação, a equipe de enfermagem atua aliviando a ansiedade, o medo e a angústia dos clientes e de suas famílias, o que precisa ser compreendido também como modos de *conforto* e de bem-estar.

Se as experiências de cuidar de clientes em estado crítico me levaram à reflexão sobre o que é “conforto” na prática de cuidar, percebo que ainda é necessário incluir, na sistemática da prática assistencial, outros elementos predicativos da singularidade - (físico-psico-espiritual-social) - de confortar os seres humanos.

➤ **A segunda situação**

*Ementa: Experimentando o cuidado de enfermagem em unidade altamente tecnológica: de assistente a assistido.*

Eu mesmo, na condição de cliente, senti na pele o que é cuidado e o que poderia ser *(des)conforto*. Foram oito dias de internação em um ambiente que eu conhecia e até dominava a parafernália tecnológica (UTI). Ainda assim, o medo e a angústia me traziam muito *desconforto*, mesmo sendo muito bem cuidado por enfermeiros ex-alunos com competência técnica para exercer suas funções nesse tipo de unidade. Em outra ocasião, ainda na condição de cliente, tive oportunidade de melhor observar o tratamento dispensado pela equipe de enfermagem aos demais clientes. O carinho a cada abordagem, a racionalidade evidenciada na habilidade com o manuseio das tecnologias de toda natureza, o consolo diante da possível perda da família e o “conforto” para enfrentar uma morte iminente. Tais experiências me levaram a perceber que as ações de enfermagem estão repletas não só de racionalidade, mas de sensibilidade: conhecimentos técnicos e científicos, acolhimento e expressões de amor que se mesclam para nos “confortar” e fortalecer não só em momentos de dificuldades, mas em evidentes situações de morte iminente. Porém, percebia que a prestação do cuidado de enfermagem ofertado, nas bases científicas habituais, parecia não ser suficiente para minimizar a manifesta sensação de desconforto do cliente,

sobretudo ao recém-chegado na unidade. Afinal, nas mais das vezes, talvez os enfermeiros, em muitas ocasiões, pela própria urgência das circunstâncias cotidianas, não tenham condições de demonstrar aos clientes os atos de *conforto* que podem ofertar enquanto prestam os cuidados de enfermagem.

### **Sobre o Tema e o Problema**

Essas duas situações me fizeram pensar em um objeto de investigação que pudessem vir a ensejar a construção de um conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras, em unidades de internação hospitalar e, assim, possibilitar, a enfermeiras e enfermeiros, condutas compatíveis com a racionalidade adequada e a visão holística de cuidar de clientes em unidades de internação hospitalar.

Assim sendo, o tema desta investigação é o "*conforto*" possivelmente aliado ao cuidado da enfermagem, como percebido por clientes que são cuidados e pelas enfermeiras e enfermeiros que cuidam em unidades de internação hospitalar.

Para a compreensão do assunto, como colocado, alguns problemas podem ser considerados na perspectiva de confortar os clientes, tomando como base as minhas experiências de enfermeiro intensivista e professor de *Semiotécnica* para estudantes em nível de graduação em enfermagem.

O ponto de partida de minhas reflexões surge das necessidades de "*conforto*", como expressadas pelos clientes em processo de enfermidade e de como eles requerem ações profissionais entendidas (por eles) como *confortantes*. Algumas questões são colocadas como norteadoras da investigação.

◆ O que os clientes e enfermeiras entendem por *conforto* na oportunidade da prestação de cuidados?

◆ Do que as enfermeiras precisam para promover conforto para o cliente em unidade de internação hospitalar?

◆ Como o cliente percebe ou sente o conforto no plano do cuidado de enfermagem?

◆ São distintas as falas de enfermeiras e clientes sobre conforto?

Carvalho/org. et al (1983) em conferência proferida em 1973 em San Juan de Puerto Rico destaca que o processo científico e social leva à evolução de conceitos. Assim, o exercício de reflexões sobre o assunto e a busca de respostas para as questões acima citadas têm me estimulado a buscar elementos/conteúdos para a construção de um conceito de *conforto*, acreditando que esta busca deve considerar o contexto em que se vive a experiência de conforto/desconforto e a cultura dos indivíduos implicados no ambiente de cuidar e de ser cuidado. Tenha-se em consideração a proposição de Leininger (1978) acerca das influências de contexto e cultura na prestação do cuidado de enfermagem. Nesse sentido, a intenção de proporcionar *conforto* parece exigir das enfermeiras que considerem, dentre outros aspectos, principalmente a influência cultural e, também, a individualidade de cada cliente. E como advoga Henderson (1981) é preciso ter em mente a doutrina dos *princípios básicos de cuidados de enfermagem*, pois cada ser humano sente de forma diferente suas necessidades, particularidades e espiritualidade. Por isso, é fundamental saber dos próprios clientes o que sentem, quando se dizem “confortáveis” no âmbito do cuidado de enfermagem, e das enfermeiras o que pensam sobre o cuidado que prestam em relação à idéia de conforto.

Contudo, é primordial não perder de vista a prioridade do cuidado de enfermagem, no âmbito da pragmática assistencial, pois é ele que nos conduz à

promoção do conforto, em que pese o fato de que, em muitas situações, o cliente talvez possa experimentar sensações de “desconforto” (manifesto ou não).

A atividade de cuidar em enfermagem, não obstante seja antiga em plano de História da Enfermagem, no interesse da concepção nightingaleana – segundo o entendimento do Sistema Moderno de Enfermagem - caracteriza-se, sobretudo pela promoção, manutenção e recuperação das necessidades básicas do indivíduo/cliente em especial e, mais intensamente, quando esse é atingido em sua integridade física, emocional, espiritual, e social. Daí, porque precisamos distinguir em nossas ações/funções, tais aspectos, mormente pelo fato de serem aliadas a conhecimentos conexos das ciências de outras áreas de conhecimento. As áreas de ciências conexas abrangem ou influenciam as ciências da saúde, e se encontram integradas no conhecimento profissional. Carvalho (*op cit*) destaca que a função de um profissional se explica por meio das atividades que ele desenvolve.

Assim sendo, é importante dizer que o cliente como percebido e pensado, nesta investigação, está situado em unidades de internação hospitalar, enfermo em busca de sua cura, ainda que ele não tenha bem claro o objetivo de sua internação.

Cabe enfatizar que “cura” não é uma palavra comum na terminologia lingüística de enfermagem, o que nos remete à Florence Nightingale – a fundadora da *Enfermagem Moderna* – quando afirma ser competência primordial da enfermeira “colocar o paciente nas melhores condições para que a natureza possa atuar sobre o processo de cura” (Nightingale, 1989, p. 146). Tão importante essa afirmativa que se encontra referida em textos de História de Enfermagem (Dolan, 1973; Jamieson, Sewall e Suhrie, 1969).



Em suas *Notas sobre Enfermagem* (1989), Nightingale ressalta a importância de tornar o ambiente confortável como meta desejável no/do cuidado de enfermagem. Embora a idéia de *conforto* tenha sido abordada na literatura de enfermagem como parte do cuidado físico, com ênfase nas ações voltadas para a higiene, posição do cliente no leito, manutenção da integridade corporal, sono e repouso, Nightingale, na mesma obra, afirma que o conforto é um aspecto importante do cuidado - levando-se em conta a qualidade da assistência de enfermagem - uma prática entendida por ela como da responsabilidade precípua da enfermeira no que concerne ao processo de restauração da saúde. Além disso, na concepção de Nightingale a “*enfermagem é uma arte, a mais bela das belas artes*” e é, também, uma ciência e um ideal, o que requer educação formal, organizada e científica (Dolan, 1973).

Na busca de um conceito para interpretar melhor a idéia de conforto e pensando, mais especificamente, na enfermeira que cuida de clientes hospitalizados, talvez ela [a enfermeira] careça de alguns atributos atitudinais e comportamentais para proporcionar, com eficácia, o conforto aliado a conhecimentos científicos, intuição, sensibilidade, emoção e habilidades técnicas para desenvolver um cuidado em âmbito de arte e ciência.

Com efeito, pensamos poder encontrar respostas mais concretas acerca do cuidado de enfermagem como proposto e como prestado aos clientes também carentes de conforto e, especialmente, como inseridos neste plano de investigação.

### **Sobre o conforto**

Falar sobre “*conforto*” ainda é uma forma de expressão, pois conceituar e demonstrar não depende só de aprofundar conhecimentos teóricos sobre o cuidado de enfermagem. Precisamos repensar as teóricas de enfermagem para

atender ao propósito primordial desta investigação. Nesse sentido, buscamos apoio, de modo mais específico, na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2002).

Entretanto, ampliando as reflexões e bases para estudar sobre cuidado aliado ao conforto, buscamos apoio, inicialmente, em Henderson (1966), considerando que ela foi uma das teóricas que mais influenciou a prática e os modelos/processos de cuidar na enfermagem. Encontramos que, em suas afirmativas sobre conforto, ela enfatiza a função primária da enfermeira com intencionalidade objetivada na assistência aos clientes. De fato, Henderson define a função da enfermeira, nos seguintes termos:

*"A função peculiar da enfermeira é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la (ou ter uma morte serena) – atividades que ele desempenharia só se tivesse a força, vontade ou o conhecimento necessários. E fazê-lo de modo que o ajude a ganhar sua independência o mais rápido possível". (Op. Cit. 1989, p.18).*

Ao pensarmos em conforto, não podemos deixar de centralizar a nossa atenção em Nightingale (1860, 1989), Henderson (1966) e Abdellah (1960), cujas bases teóricas definidas por elas, dão destaque e sentido a este estudo, mesmo porque, temos nos utilizado delas para basear o ensino e a prática de enfermagem.

Possivelmente, “confortar” pode ser uma forma de se recuperar de um “desconforto” de dependência das ações de enfermagem ou de estar enfermo. A ausência de definição de pertinência para a idéia de *conforto* talvez possa parecer natural, pois considerando o desenvolvimento da profissão nos anos 1950 – 1970, fundamental era definir o que a enfermeira deveria e poderia “saber-fazer”. Até então, as enfermeiras ainda não eram caracteristicamente consideradas como capazes de diagnosticar problemas de sua prática. Ao invés disso, eram

preparadas educacionalmente para o desempenho de atividades junto aos clientes e de ajudá-los a conseguir a independência tanto quanto possível das ações de enfermagem.

Assim, o conforto como tema deste estudo está centrado em aspectos essenciais do cuidado de enfermagem e da assistência aos enfermos hospitalizados e envolvidos em situações sujeitas ao planejamento e à coordenação dessa assistência com base em atos e medidas de enfermagem. No entanto, outro aspecto a ser considerado quando falamos de *conforto*, é o relativo ao ambiente onde convivem enfermeiras e clientes.

Assim, entendemos que, por mais que Florence Nightingale tenha chamado atenção para a importância do ambiente, as bases que têm fundamentado as ações de enfermagem, em sua grande maioria, trazem em si um saber significativamente biológico voltado para o reconhecimento de sinais e sintomas da enfermidade, aspectos esses, habitualmente considerados de fácil mensuração. Aparentemente, os aspectos destacados por necessidades humanas básicas que envolvem o conforto físico-psicoemocional-espiritual-social não têm sido entendidos a partir de fatores do *ambiente* restauradores de saúde ou preventivas de enfermidades. Convém ressaltar que esse saber biológico é importante e necessário, no entanto, não pode ser considerado como único, mas deve ser articulado a outros saberes e ações que ressaltam o cuidado e o conforto para promoção da cura.

Ao decidir investigar sobre “conforto”, encontramos-nos frente a um grande desafio visto que este tema não é tão prosaico e muito menos tão racional como se possa pensar. Ou como algo que se possa apreciar/mensurar com facilidade. Apreciando clientes em unidade de internação hospitalar, não é difícil descobrir que as enfermeiras utilizam inovações tecnológicas e criatividade,

intuição e sensibilidade, aspectos de natureza subjetiva que podem facilmente se complementar, ou serem complementados, pelo conhecimento produzido que acompanha o avanço das práticas de cuidar e que podem se constituir em elementos contribuintes para uma nova “noção de conforto”. Tal noção envolve, também, os sentidos do corpo e que, se manifestam sobre diversas formas de sentir o ambiente e apreciar as ações dos profissionais que cuidam.

Na perspectiva de valores humanos, buscamos apreender ainda a estimativa de comodidade, adequabilidade e expressividade para que possamos assistir aos clientes. No entanto, quando não se reconhece claramente a adequada *forma* de confortar, no *modus operandi* de cuidar, deixa-se de considerar, na prática, as ações mais carregadas de intencionalidade subjetiva no cuidado de enfermagem, talvez, pela supremacia de novos aparatos tecnológicos e de novas evidências científicas, que estão imersos em nosso cotidiano, possivelmente, desacreditando esquemas que antes pareciam adequados ao desenvolvimento de nosso pensamento (Carvalho, 1982).

Para ampliar ainda mais o espaço das reflexões sobre a idéia de “conforto”, buscamos apoio em teóricos do discurso sobre a prática de cuidar como, por exemplo, Du Gas (1984) quando ressalta que para os clientes alcançarem uma sensação de relaxamento, é necessário que eles experimentem emoções positivas a partir da ausência de dor e tensão. Para outros autores, o alcance de tal sensação só é possível para aqueles que estão conscientes de sua identidade e têm atitude de aceitação em relação ao outro. No entanto, Morse (1992) destaca que, para a obtenção do conforto, devemos também incluir um estado *intermediário* entre conforto e desconforto, quando cuidamos de clientes e buscamos a promoção do bem-estar, seja em qualquer estado de saúde ou

enfermidade, ou ainda quando o cliente experimenta uma situação de morte iminente ou de quase morte.

Na condição de pessoas que cuidam de clientes críticos, as ações das enfermeiras, quase sempre, destacam o “conforto” como elemento significativo do cuidado. A impressão que se costuma ter é a de que o “conforto” é parte implícita dos cuidados de enfermagem e, por isso, na regularidade cotidiana, não é visto e nem registrado como digno de nota distintiva, razão porque raramente se pensa em “conforto” na realização dos cuidados aos clientes hospitalizados. Entretanto, segundo Morse (1992, p.91), *“o estado intermediário entre conforto e desconforto ocorre [com certa frequência] na medida em que muitas ações essenciais para o bem-estar do cliente são executadas”*. E, no caso da enfermagem, certas condições adversas podem ocorrer quando cuidamos de clientes submetidos a tratamentos *invasivos* e, por isso, a prática de cuidar necessária pode ser, às vezes, motivo de desconforto, como no caso da aspiração endotraqueal.

Este procedimento indispensável à manutenção da ventilação pulmonar e da vida do cliente vem acompanhado de grande desconforto, considerando-se que o cliente consciente experimenta sensação de irritação endotraqueal manifestando tosse desconfortante com reação de recusa a essa intervenção. Além do mais, outra reação que poderá acontecer é o sangramento na traquéia por lesão mecânica causada pela sonda. Mesmo assim, todo esse desconforto é para provocar conforto com a sensação das vias aéreas livres para que o oxigênio flua com facilidade, portanto, um estado intermediário entre conforto e desconforto.

Outro fato é que o corpo do cliente responde aos procedimentos invasivos ou não. As reações favoráveis ou adversas devem ser observadas através de

gestos, sinais e signos, sendo os últimos ainda pouco registrados pela enfermagem. Principalmente na mímica facial, o que merece uma observação acurada, e tudo devidamente descrito e registrado pela enfermeira que cuida, ensejando base para efetuar prescrições e intervenções de cuidado e de conforto.

Mas os exemplos podem servir apenas de destaque ao aspecto do “conforto” na questão de cuidar em enfermagem, questão que tem nos preocupado e que nos faz pensar em pesquisar: o que sente o cliente que se encontra em situação de internação hospitalar em relação a estar em condições de conforto ou desconforto? Às vezes, não pode declinar “o que é” e “o que não é” confortável ou desconfortável; “o que é” e “o que não é” confortante durante a submissão a um procedimento técnico; que, somente aquele que vive a experiência de estar ou não (des)confortado é capaz de referir pode efetivamente responder. Se abrirmos espaço para que o enfermo fale, talvez possa nos dizer o que é, para ele, “conforto” e o que acha que poderia ser feito pelas enfermeiras para promovê-lo e/ou mantê-lo.

Quando se pensa em “conforto” para o cliente, deve-se também considerar o ambiente como espaço de circulação, de iluminação, de ventilação e de ausência ou presença de ruídos, do acondicionamento de equipamentos, além de aparelhos, como tubo endotraqueal conectado ao respirador artificial, dos fios que ligam o cliente às máquinas. Além disso, não se pode esquecer o caráter da situação extensivamente aos familiares que ficam à espera, muitas vezes, em pé pelos corredores ou que são impedidos de entrar fora do horário de visitas nas unidades de internação. Tal situação pode ser também uma situação de desconforto para o cliente hospitalizado.

Esse modo de pensar o “conforto” nas ações de cuidar em enfermagem ainda não está claramente objetivado e muito menos faz parte dos objetivos

escritos/prescritos e realizados (no processo de enfermagem ou diagnóstico de enfermagem). E se é realizado, como dizem as enfermeiras, ainda não existe um consenso do que seja realmente “conforto” para a enfermagem.

As reflexões que temos feito acerca do assunto desta investigação dizem respeito a duas perguntas principais:

- Por que estudar o conforto sob a ótica do cliente e da enfermeira?
- O que clientes e enfermeiras podem nos dizer sobre os cuidados como *confortantes* ou não?

Acreditamos ser possível encontrar as respostas para aprofundar a idéia e o conceito de “conforto”, a partir das falas de clientes e de enfermeiras sobre os cuidados prestados. Assim então, o “conforto” poderá ser melhor compreendido/entendido, a partir das falas de “sujeitos-objeto”, ou sujeitos objetivados em plano de coleta e análise de dados. O que nos permitirá alcançar justificativas para defender uma *tese* a ser conformada, metodologicamente, com base nas respostas dos clientes e das enfermeiras. E de modo que possamos demonstrar/evidenciar predicativos referenciais para as ações e operações de cuidar das enfermeiras e como testemunhadas pelos clientes.

Encontrar respostas para as questões, aqui colocadas pode revelar uma *forma* de contribuir para a construção de conhecimentos que orientem na elaboração de propostas de cuidados de enfermagem, e que contemplem, também, a pertinência da idéia de “conforto” para superar o senso comum de que todo cuidado é *confortante* e de que as enfermeiras já sabem como ele é.

### O Pólo Epistemológico<sup>3</sup> - objeto do estudo: pressupostos e objetivos

A compreensão do mundo que os seres humanos constroem é bem diferente do fluxo de sensações que o mundo lhes apresenta. Eles empacotam suas experiências na forma de objetos e acontecimentos. Organizam esses objetos e acontecimentos na forma de afirmações, que tomam como caracterizações de mundos reais possíveis.  
Steven Pinker

Na obra de Bachelard – A formação do espírito científico (1996) -, a compreensão do sentido que o problema do conhecimento assume como ferramenta de ruptura entre distintas formas de saber, a exemplo da diferença entre saber do *sensu comum* e *saber intelectual*, é o que dá subsídio à caracterização do espírito científico. A esse respeito ele diz:

*“O espírito científico proíbe que tenhamos opinião sobre questão que não compreendemos, sobre questões que não sabemos formular com clareza. Em primeiro lugar, é preciso saber formular problemas. E digam o que disserem, na vida científica os problemas não se formulam de modo espontâneo. É justamente esse sentido de problema que caracteriza o verdadeiro espírito científico [para o espírito científico, todo conhecimento é resposta a uma pergunta]. Se não há pergunta, não pode haver conhecimento científico. Nada é evidente. Nada é gratuito. Tudo é construído. (Op. Cit. p.18).*

Contudo, as questões aqui colocadas se resolvem como problemas que, por sua vez, ensejam a possibilidade de delimitar o objeto de estudo, tal como segue:

- ***O conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar.***

Para fundamentar melhor a busca investigativa, alguns *pressupostos* podem ser considerados, como os que Alligood e Tomey (2002, p.08) entendem

---

<sup>3</sup> “É a construção do objeto científico e a delimitação da problemática da investigação” Herman (1975, p.50)



como tal. Ou sejam, “(...) *declarações que o teórico ou o investigador têm como verdades, excluindo a hipótese de [poder] medi-las ou pesá-las*”. Assim, passamos a enumerá-los:

- O cuidado ao cliente em unidades de internação hospitalar não é desconfortante apenas quando as enfermeiras utilizam procedimentos invasivos. Ele pode ser desconfortante também devido ao ambiente e/ou pela maneira como a enfermeira interage com o cliente.
- É possível construir um conceito de conforto a partir dos predicados referenciais resultantes das respostas de clientes e de enfermeiras, em unidades de internação hospitalar, e classificá-los a partir de tesouros semânticos (preliminares).
- Em certos momentos, as medidas de enfermagem podem parecer invasivas (mesmo sendo necessárias) e podem provocar dor física e/ou constrangimento à exposição e manuseio do corpo. (Esses momentos podem ser interpretados pelo cliente como resultantes de ações desconfortantes).

Pretendemos responder às questões a partir dos seguintes objetivos:

- 1- Conceituar o que é conforto a partir das predicções emitidas por clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar;
- 2- Classificar predicções/características atribuídas ao conforto de modo a contribuir para o conceito de conforto, a partir de tesouros semânticos;
- 3- Identificar nos predicados referenciais (como atribuídos pelos sujeitos-objeto) a *forma verbal* denotativa do conforto.

### **Relevância e justificativa**

A relevância e justificativa desta investigação têm sua razão de ser, primeiramente, pela escassez de teses/dissertações (doutorado e mestrado) sobre

a *terminologia* de enfermagem, ou, quando existentes não são consultadas/utilizadas, mesmo tratando da linguagem habitual da enfermagem. Tal exigüidade de produção de teses e dissertações e a (des)preocupação com o uso de uma linguagem apropriada faz com que a *enfermagem* – como *ciência em construção* – seja constituída por um aglomerado de tentativas de explicações (teorias?), do estabelecimento de um *corpus doutrinai* como bagagem de apoio à disciplina do conhecimento com diversidade de significações, com predicções ambivalentes e referenciabilidades antinômicas, tudo isso, sem formar uma rede conceitual de comunicação coesa e relacional.

Pior que isso é não adotar uma *terminologia* específica construída não apenas em bases de *prática assistencial*, mas em bases científicas, indispensáveis quanto ao nível de cientificidade das transformações conceituais e das novas investigações na enfermagem. Haja vista que a prática cotidiana, por si só, não aglutina devidamente os significados pertinentes, tornando a enfermagem uma modalidade praxeológica *a-teórica*, e com informações sem o esmero da precisão lingüística.

O que se tem observado é que o pesquisador na enfermagem, ou seja, o *sujeito cognoscente* na perspectiva da teoria do conhecimento e na correlação adequada ao *objeto cognoscível* (Hessen, 1999), na tentativa de manejar o instrumental teórico-metodológico para a realização da sua investigação, talvez, não vem dando a devida atenção ao problema dos elementos, ou idênticos ou indiscerníveis, da polissemia e sinonímia dos caracteres terminológicos e dos conceitos essencialmente positivos ou de outros certamente negativos, e por isso se distancia da meta da cientificidade desejada. Uma razão suficiente, talvez, para a deficiência de trabalhos de pesquisa em enfermagem, no estilo das tipologias, terminologias e conceitos específicos da área de conhecimento em

enfermagem. E, quando existentes, são precários ou evitados de caracteres, conceitos e teorias ambivalentes, não-relacionais. Embora quase não se possa contar com produção específica no que concerne a esse aspecto crítico da questão, todo o assunto vem sendo estudado e discutido em âmbito de Curso de Doutorado. Em nosso caso, já apresentamos artigo<sup>4</sup> no 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem (Salvador, 2006), carecendo ainda de publicação/divulgação.

Assim, a relevância da proposta desta tese, principalmente como uma contribuição crítico-reflexiva sobre a Enfermagem, - processos de ensino, de investigação, de assistir/cuidar - reside também na importância de atribuir predicativos de caráter científico ao *saber/conhecimento profissional na enfermagem*, para fins de precisão de terminologia específica, ou seja, de uma *terminologia enfermagem-conceptual*.

Contudo, após determinar o *estado da arte* relativamente ao tema/problema, aqui em estudo, (âmbito nacional), identificamos uma precariedade na produção de conhecimento do cuidado de enfermagem, que tenha o conforto como objeto de estudo, ou pelo menos como destaque no âmbito do cuidado de enfermagem. Principalmente considerando-se como referencial a teoria do conforto de Kolcaba (2002), concernente à prática de cuidar em unidade de internação hospitalar, a qual contribui, com efeito, para uma terminologia específica acerca do “conforto” em enfermagem.

Paralelamente, no cenário internacional, existem autores já consagrados na literatura de enfermagem que têm se preocupado em investigar o conforto nas mais diversas áreas de atuação da enfermagem apoiando-se na teoria do conforto acima citada.

---

<sup>4</sup> SILVA, Carlos Roberto Lyra, CARVALHO, Vilma de e FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. “O conforto como uma consequência dos cuidados de enfermagem ao cliente necessitado de tecnologia de suporte de vida em unidade de terapia intensiva: uma análise e sua relevância na produção do curso de doutoramento em enfermagem.” (Aguardando aceite para publicação).

Neste ponto, um parêntese sobre a identidade da teórica principal torna-se imprescindível. Ou seja, a enfermeira Katharine Kolcaba, Doutora em Enfermagem, é professora associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Akron (USA), e vem ensinando o que ela denomina Teoria do Conforto para estudantes de diferentes níveis; acrescente-se a isso o fato de ser a teórica, também, especializada em gerontologia, pesquisa e saúde comunitária. Ressalte-se que, na enfermagem, Kolcaba mais se destaca em gerontologia, inclusive pela investigação sobre o conforto.

Entendemos assim que as possibilidades de pensar o conforto nas ações de cuidar são imensas. Embora ainda não materializadas como ação de fato, pensamos que seja possível buscar uma *aproximação da verdade* relativamente ao conceito de *conforto*, na prática cotidiana de cuidar de clientes em unidade de internação hospitalar, ou em outras situações do labor da enfermagem.

Tal assertiva tão importante, a nosso ver, justifica-se, ainda, porque precisamos entender o cliente hospitalizado como pessoa que necessita de cuidados médicos e de enfermagem, não só em função de sua condição clínica, mas de suas próprias necessidades humanas afetadas, exigindo constante observação por meio de operações objetivas e medidas interventivas pertinentes ao ato de cuidar em enfermagem. O que se quer dizer, em sã consciência, é que o atendimento às necessidades básicas afetadas, de natureza biológica ou não, pode provocar alterações homeostáticas que levaram o cliente à hospitalização, precisando de atendimento sob controle médico e vigilância direta/objetiva quanto aos cuidados de enfermagem (Atkinson, 1989).

No entanto, sabemos também que outras necessidades extrapolam a natureza biológica e necessitam, também, de atenção global por parte da equipe

de saúde, na qual a equipe de enfermagem está diretamente comprometida na prestação de cuidados específicos. (Abdellah et. Cols., 1961).

Justifica-se ainda, porque pretendemos buscar em unidades de internação hospitalar, elementos significativos de conforto, nas respostas de clientes cuidados e de enfermeiras que cuidam, por entendermos o quão isso é imprescindível para a construção de um conceito sobre este referente, o que, de resto, representa um desafio a mais para a proposta em estudo.

Esta investigação justifica-se, principalmente, pela necessidade de destacar novos termos de cuidar que permitam realçar o cuidado de enfermagem e denotar o conforto a partir de uma *terminologia* específica que atenda tanto à perspectiva dos clientes como as perspectivas das enfermeiras que cuidam. E, tudo isto pode emergir nas situações hospitalares, resultando na melhoria da relação entre enfermeiras e clientes que experimentam uma condição de (des)conforto, podendo os interessados (assistidos e assistentes) contribuírem, deste modo, para a promoção de cuidados reconhecidamente *confortantes*.

No todo e nas partes, a investigação sobre *conforto* e a busca de elementos *inerentes* ao conceito de conforto e bem-estar do enfermo ressalta-se como questão primordial dos *fundamentos* da enfermagem tal como interessam a clientes e enfermeiras e, iniludivelmente, aos princípios paradigmáticos nightingaleanos (Weaver, 1934, p. 96). Pensamos que sua justificativa maior radica-se no fato de que existe uma diferença teórica de *conceito* e de *prática de cuidar*, e entre o que é sentir *conforto* e o que é *ser* cuidado. Isto porque pensamos e apostamos nossa crença, na necessidade de distinção das *coisas* na enfermagem, e tal como interessando aos clientes tanto quanto às enfermeiras.

As coisas que acontecem no cotidiano assistencial podem objetivar, para nós professores e pesquisadores de enfermagem, elementos determinantes do

conhecimento desejado e buscado na trama dos pensamentos dos clientes e das experiências das enfermeiras, podendo nos transmitir o que é *conforto* e nos ajudando a conceituá-lo.

Além disso, esta investigação justifica-se, por último, mas não por fim, pela possibilidade de inserção do assunto em Linhas de Pesquisa: “Concepções Teóricas, Cuidados Fundamentais e Tecnologias na Enfermagem” do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem - Nuclearte, do Departamento de Enfermagem Fundamental da (EEAN/UFRJ), “O Cotidiano da Prática de Cuidar” do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental – Nupeef do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO), e também, na LP3 “Concepções Teorizantes e Bases Explicativas para a Enfermagem Ciência e Arte” do Grupo da Linha de Pesquisa e Estudos Epistemológicos para Enfermagem – Lepisteme (EEAN/UFRJ).

Justifica-se sim. Porque precisamos saber do valor de nossa contribuição para o ensino, a pesquisa e a prática assistencial, mormente a partir da apresentação de novos termos, novos elementos, sobre a temática–problemática envolvendo a *terminologia* dos *sujeitos-objeto*, incluídos na pesquisa, como *forma verbal* indicada por eles. E, sobretudo, de modo a transmitir informações sobre o sentido do *conforto* como uma forma do leitor se utilizar dela criando um processo de intercâmbio/relações e reflexões nas seguintes atividades:

➤ **Ensino**

Como docentes e atuantes em diversos níveis (Graduação e Pós-Graduação), este estudo justifica-se como produção e enquanto pensamos estar contribuindo para a construção de um conhecimento próprio da área de

Enfermagem Fundamental como motivo e causa de reflexão, investigação e aplicação no cenário de experiências pedagógicas de cuidar e confortar.

Principalmente, olhando pelo lado da graduação, lado dos que começam a aprender na enfermagem, acreditamos ser este o espaço apropriado à aplicação do conhecimento produzido e de replicação deste estudo, o que poderá contribuir na redução de *antinomias* entre “o que é cuidar” e “o que é confortar”, dirimindo dúvidas ou resolvendo questionamentos acerca de se são ou não a mesma coisa, ou se um conceito implica o outro. Isto é, se têm ou não as mesmas predicções, podendo levá-los às mesmas definições ou *forma verbal*, e o mesmo efeito como ato de enfermagem no corpo do cliente.

Pretendemos, com isso, que no ensino, docentes e estudantes possam usufruir do interesse comum para fundamentar o *saber-fazer*, em âmbito de prática substantiva de *conforto* e *cuidado*, a partir de conceituações de teóricas de enfermagem que vêm descrevendo e testando o assunto.

### ➤ **Assistência**

Justifica-se o estudo como pesquisa na medida em que pensamos que poderá despertar nas(os) enfermeiras(os) e sua equipe a suma atenção para o termo *conforto* não como sinonímia ou implicação do cuidado, mas como resultado de uma ação que complementa, qualifica e até, em algumas circunstâncias, extrapola o cuidado de enfermagem. Há de se desencadear nestes profissionais a convicção de que mesmo quando nem todo cuidado seja confortante (pela própria natureza da ação sobre o corpo do outro), é preciso enfatizar que todo conforto é decorrente de um cuidado prestado, ou de um autocuidado. “Confortar” e “cuidar” como se depreende nos primeiros dos 21 problemas de Abdellah (1961) podem suscitar nas enfermeiras que tiverem

acesso a estudos, como este aqui, que é preciso considerar as diferenças e compreender que nem tudo, - enquanto *atos e procedimentos* de enfermagem - de uma única vez, em todas as situações, ou em uma situação particular, é *conforto* ou é cuidado.

➤ **Pesquisa**

Justifica-se ainda porque pretendemos estabelecer uma agenda de *vigilância e observações* tendo o *conforto* como objeto de replicações em investigações desenvolvidas nas Linhas de Pesquisa de Enfermagem Fundamental e Núcleos de Pesquisa específicos como existentes nas Escolas Anna Nery da UFRJ e Alfredo Pinto da UNIRIO, e como referidos anteriormente.

Todavia, cabe chamar a atenção para o fato de que, como *experiência primeira*, este estudo talvez ainda careça de repetições no que tange à problemática e de subprojetos sobre a temática ou a ela aliados, afim de que possamos reforçar e reconhecer ainda mais a relevância e justificativa ora apresentadas. Sim. Porque, segundo proposição de Bachelard (1996):

*“Na formação do espírito científico, o primeiro obstáculo é a experiência primeira, a experiência que é colocada antes e acima da crítica – crítica esta que é, necessariamente, elemento integrante do espírito científico. Já que a crítica não pôde intervir de modo explícito, a experiência primeira não constitui de forma alguma uma base segura. (...). O espírito científico deve formar-se enquanto se reforma” (Op. Cit. p.29).*

Destarte, entendemos que precisamos de novos parceiros de investigação sobre *conforto e cuidado*, de modo que possamos ampliar o universo de sujeitos interessados pela problemática para, assim, alcançarmos respostas eficazes contra o *“sensualismo mais ou menos declarado, mais ou menos romanceado,*



*contra o arrebatamento natural, contra o fato colorido e corriqueiro*” contrários ao que pretendemos com os achados deste estudo. Pretendemos criar, também, uma rede de divulgação para compartilhar os resultados e abranger mais interessados em discutir e investigar a temática de nosso atual interesse.

O discurso aqui, a nosso ver, apresentado para o *conforto* poderá significar, para a pesquisa na enfermagem, o direito de entender o *conforto* como o resultado de uma ação própria da prática de cuidar, já que seu *objeto* de primordial interesse é o ser humano entendido como sujeito concreto homem ou mulher – independentemente de outras distinções de gênero e de direito, o que nos permite realçar o cuidado de enfermagem em sua *essência/natureza* e denotar para a profissão de enfermagem um conhecimento mais pleno no que tange à idéia de *conforto*.

Justifica-se, por conseguinte, este estudo, porque nos permite diferenciar a idéia de *conforto* no cuidado de enfermagem. E porque pensamos poder aplicá-lo na produção do discurso pedagógico – ensino, pesquisa e extensão (assistência) – e, principalmente, na construção do conhecimento na área da enfermagem. Não obstante, esperamos que os resultados do estudo possam ser entendidos pelos pares ou parceiros do empreendimento de uma *ciência em construção*, onde a mensagem apela à apresentação do *conforto* no cuidado, e com base nos fundamentos de enfermagem que ensejam e apóiam a ação de cuidar em enfermagem.

## CAPÍTULO II

### ABORDAGEM METODOLÓGICA

#### *Do método em si*

Neste estudo, a fim de que fosse possível ampliar as possibilidades de investigação acerca do objeto proposto, optamos pelo método qualitativo, que de acordo com Minayo e col. (1994, p.21):

*“Se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis”.*

Tal opção deve-se a algumas considerações:

- A metodologia qualitativa aplicada à saúde é uma abordagem ampla que privilegia diferentes formas de investigar as experiências humanas envolvidas no processo saúde-doença. Nesse sentido, pesquisar qualitativamente a experiência humana, a qual, talvez, permita alcançar uma compreensão mais próxima de um conceito de *conforto* a partir das predicções emitidas pelas enfermeiras e clientes em unidades de internação hospitalar;
- A pesquisa qualitativa na área de saúde oferece ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pela qual os *sujeitos-objeto* dessa investigação pensam e reagem frente a situações de cuidar e ser cuidado, – confortar e ser confortado -, possibilitando que as pessoas envolvidas nesse contexto se manifestem a partir de sentimentos, valores, crenças, e atitudes. Esse conhecimento possibilita ao pesquisador planejar ações que valorizem o *ser* que está incluído, ou, por detrás da pesquisa, pois se consegue, pelos dados

coletados, conhecer em melhor a experiência vivida de forma única e singular por cada *sujeito* incluído no objeto de estudo.

*In casu*, para não incorreremos no erro metodológico da generalidade, delimitamos, conceitual e tipologicamente, nosso campo de análise e *verificacionismo*. Deste modo, a análise das teorias se restringiu, dentre as diversas tipologias e teorias terminológico-conceituais existentes e de enfermagem, ao estudo das chamadas Teorias do Conceito de Ingetraut Dahlberg e Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, conforme explicitaremos mais adiante.

Consideram-se as particularidades, limites e possibilidades do método qualitativo na busca de resultados que transcenda à simples compreensão do *fenômeno* “subjetivo”, mas que se baseia, sobretudo, na premissa de que são, só os conhecimentos sobre os indivíduos, por si, que permitem a descrição da experiência humana, tal como é vivida e tal como ela é definida pelos próprios atores (Polit e Hungler, 1995).

Cabe destacar que essa abordagem metodológica não faz oposição entre a *objetividade* e a *subjetividade* visto que a própria *subjetividade* é passível de *objetivação* (Demo, 1985). Assim, é nessa perspectiva que percebemos que a *subjetividade* pode nos permitir graus diferenciados de *objetividade* a partir dos posicionamentos de clientes e enfermeiras. Assim, nestes termos, o que queremos enfatizar é que a *subjetividade* não é evitada, mas desejada, pois tudo o que é *objetivo* foi antes *subjetivo*. Schutz (1979) corrobora dizendo que todas as explicações científicas acerca do mundo social *podem* e, para certos propósitos, *devem* referir-se ao significado *subjetivo* das ações dos seres humanos, pelos quais se origina a realidade social.

Atendendo ao plano epistemológico, Almeida e Rocha (1986) realçam que o ganho epistemológico e ontológico que obtemos com a investigação qualitativa pode ser posto nos seguintes termos:

- Ao invés de pensarmos as relações entre o *subjetivo* e o *objetivo* em termos dicotômicos ou causais, conceberemos essa relação em termos de ramificações múltiplas da *subjetividade* na *objetividade*;
- Não teria sentido algum o processo de exteriorização ou *objetivação mágica* dos dados. O que é um dado para a ciência *objetivista*, foi ou está sendo, então, uma produção/ação humana;
- Não há campo de investigação que cobraria com justeza uma explicação com vistas à *des-subjetivar* os dados, os processos. Nem sequer a interpretação exclusivista, ou solipsista, que isolaria o sujeito (pesquisador) de suas possíveis *objetivações*.

O que não podemos perder de vista é que o *sujeito*, - pela Teoria do Conhecimento (Hessen, *Op. Cit.*) -, em qualquer contexto, encontra-se onde as ações investigativas se estabelecem, seja em ambientes tecnológicos, hospitalares, ambulatoriais, industriais, nas escolas e universidades, no domicílio e, desde que devidamente correlacionado ao objeto com o qual se defronta.

Nesta investigação, enfermeiras e clientes dividem o mesmo meio e, portanto, conhecer suas *histórias*, seus anseios, suas expectativas, suas necessidades, seus modos de ver o *(des)conforto*, nos permitirá elucidar a trama das *relações* na teia das *ações* que envolvem a mutualidade e o conviver em unidades de internação hospitalar.

Mesmo se tratando, aqui, de uma pesquisa qualitativa, alguns dados foram quantificados com o objetivo de melhor realçar os *predicados* que deram origem à *forma verbal* do *conceito* de conforto (como assentado na teoria de Dahlberg).

Richardson (1985) ressalta que a estratégia metodológica de se utilizar a complementariedade entre os dados quantitativos e qualitativos, proporciona um maior nível de integração e profundidade na análise. Nesse particular, a análise de conteúdo, segundo Bardin (1988), nos permitiu uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto de estudo. Além disso, facilitou-nos a maneira pela qual os dados foram interpretados e analisados à luz do referencial teórico proposto para discutir o que pensam, acerca do conforto, enfermeiras e clientes em unidades de internação hospitalar.

Polit e Hungler (1995, p.277) salientam que a opção pelo método qualitativo, com complementação de dados quantitativos, *“requer a busca da complementariedade entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana”*. E ressaltam que os pesquisadores, aderentes ao método qualitativo, coletam e analisam materiais pouco estruturados, às vezes narrativos, mas que propiciam campo *“livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos”*.

### **Do caminho percorrido**

A fase de exploração de campo obedeceu a passos definidos em quatro etapas como propostas por Minayo (1992, p. 101), a saber:

- (...) a opção pelo espaço da pesquisa;
- a constituição do grupo de pesquisa [sujeitos-objeto];
- a escolha dos critérios de amostragem;
- o estabelecimento de estratégia de entrada em campo...”

A guisa de esclarecimento detalha-se cada uma dessas etapas, a fim de demarcar melhor o território sob investigação e os *sujeitos-objeto* investigados.

A pesquisa foi desenvolvida junto aos clientes e enfermeiras de unidades de internação em hospitais das redes pública e privada de saúde, no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Os *sujeitos-objeto*, na investigação, foram selecionados pela técnica de amostragem não-probabilística (amostra por conveniência, com população acessível), de acordo com as considerações de Hulley (2001). Ou seja, a sua distribuição foi realizada do seguinte modo: trinta e três (33) clientes internados em unidades de internação hospitalar e trinta e três (33) enfermeiras, perfazendo um total de sessenta e seis (66) indivíduos em plano de *sujeitos-objeto*.

### **A obtenção dos dados**

Atendendo às exigências da Resolução 196/96 e em consonância com o parecer dos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP (UNIRIO e HUGG), além do Termo de Autorização da Diretoria responsável por cada uma das instituições implicadas, o Projeto de investigação foi apresentado à Diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, cumprindo exigência dos mencionados CEP.

Cumprir registrar, ainda, que os *sujeitos-objeto* que concordaram em participar, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário, aqui entendido como um impresso contendo um conjunto de perguntas, que a pessoa interessada poderá respondê-lo na presença ou não de um entrevistador. Poderia ser enviado via correio, fax, Internet, etc. Ou ainda, entregue em mãos, como foi o caso específico neste estudo.

O questionário em questão, e como utilizado nesta pesquisa, obedeceu aos requisitos indicados por Boyd e Wetfall (1964) e designado correntemente como

“estruturado não disfarçado”, pelo qual utiliza técnicas projetivas (responder perguntas abertas ou fechadas, e completar sentenças, etc.) para obter as informações desejadas, sem que o respondente alcance os termos da finalidade e objetivos da pesquisa.

O instrumento utilizado para a produção de dados, nesse sentido, foi submetido a uma testagem prévia, junto a três (03) enfermeiras inscritas como *alunas especiais* em disciplinas do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, e três (03) clientes internados na clínica cirúrgica de um Hospital Público no Município do Rio de Janeiro.

O teste nos permitiu identificar possíveis dificuldades do questionário e quanto ao entendimento das questões nele contidas e, assim, foi possível equacioná-las de modo imediato.

Rúdio (1995) considera o questionário um dos instrumentos de pesquisa mais utilizados e o caracteriza como um instrumento constituído por uma lista de indagações que, respondidas ou não, dão ao pesquisador as informações que ele pretende produzir.

Pensamos que a aplicação do questionário, como descrito, enseja uma estratégia pertinente à necessidade de minimizar a influência da ótica do pesquisador na produção de dados. Pois, conforme salienta Polit e Hungler (1995), o questionário, bem elaborado e bem aplicado, poderá reduzir a tendenciosidade nas respostas, e que poderiam refletir a reação do respondente ao entrevistador, e não a *denotação* das perguntas em si, justamente pelo fato de poder dispensar a presença do pesquisador no momento em que as questões são respondidas (Marconi e Lakatos, 1996).

A escolha do questionário como instrumento de inquirição, nesta investigação, abrange um determinado número de pessoas (*sujeitos-objeto*) apresenta, ainda, outras vantagens, dentre as quais as seguintes:

- ✓ A aplicação de um inquérito, por questionário, possibilita uma maior sistematização dos resultados fornecidos;
- ✓ Permite maior facilidade de análise bem como reduz o tempo que é necessário despender para recolher e analisar os dados;
- ✓ Pode ser aplicado simultaneamente a um grande número de informantes (Marconi e Lakatos, 1996).

Da mesma forma, outrossim, ao tempo em que este instrumento apresenta vantagens, algumas dificuldades foram também observadas, dentre as quais, a demora na devolução dos questionários respondidos, visto que foram distribuídos quarenta (40) para clientes e quarenta (40) para enfermeiras, recebemos de volta 82,5% ou seja, sessenta e seis (66) do total de oitenta (80) distribuídos. Estes problemas foram identificados na pilotagem e prontamente corrigidos antes que o questionário fosse aplicado, por último, aos *sujeitos-objeto* do estudo.

Com relação à demora na entrega dos questionários, a estratégia adotada foi a otimização do questionário com perguntas mais objetivas, o que nos permitiu reduzir sem comprometer a qualidade das informações, a média do tempo utilizado para a devolução dos mesmos. Quanto às perguntas inadequadas, fizemos uma revisão dos objetivos do estudo e, em seguida, reformulamos algumas questões que passaram a integrar o instrumento final a ser aplicado.

O questionário, então, foi composto por perguntas abertas e fechadas. Algumas feitas no sentido de traçar o perfil dos *sujeitos-objeto*, tal como sexo e idade, o tempo de formação e de experiência profissional, e o setor de atuação profissional. Outras foram repensadas com o objetivo de buscar o entendimento



que os profissionais possuem acerca do conforto, se ele é uma necessidade do cliente, do que as enfermeiras precisam para promovê-lo, quais os tipos de conforto que elas conseguem identificar, e seu mais adequado contexto.

Já para o cliente, o questionário também buscou as seguintes informações: desenhar um perfil individual com pertinência quanto à idade, sexo, unidade de internação, diagnóstico, o que se entende por conforto, se conforto é uma necessidade do cliente, o mais importante tipo de conforto, o contexto de conforto mais importante e o que mais (des)conforta na internação.

Assim sendo, os dados foram produzidos no período de agosto de 2007 a junho de 2008, com base na aplicação dos questionários junto aos *sujeitos-objeto* do estudo, que, após tomarem conhecimento acerca da pesquisa pela leitura do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE), e de concordar em participar do estudo, cada participante recebeu um questionário que deveria ser preferencialmente respondido ainda na presença do pesquisador, a fim de que possíveis dúvidas pudessem ser esclarecidas. No entanto, alguns participantes decidiram responder o questionário em momento mais oportuno, alegando que se sentiriam mais à vontade para desenvolver suas respostas, mas se comprometendo a devolver o material o mais rápido possível.

### **O tratamento dos dados**

Os dados foram tratados de acordo com a frequência de sua aparição nas respostas e apresentados na forma de tabelas. Para a sua pertinente apreciação, optamos pela análise temática dos discursos, uma tipificação de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), e a conseqüente construção das idéias nucleares, por meio do processo de categorização temática.

Sobre este pormenor, Bardin (1977, p.31) diz que:

*“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: o das comunicações”.*

Segundo Minayo (1992), a Análise de Conteúdo, na modalidade temática, confere com uma unidade de significação complexa de comprimento variável, e sua validade não é de ordem lingüística, mas inicialmente, de ordem psicológica. Para a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

Segundo Bardin (1977), no entanto, a análise temática compreende as informações obtidas, a partir das falas dos *sujeitos-objeto* acerca de um determinado assunto, proporcionando o nucleamento de idéias afins, culminando em categorização de temas. O seu propósito é compreender o que se encerra no discurso, isto é, o sentido da fala dos sujeitos sob investigação. Aquilo que esteja “subentendido” ou “oculto” no discurso, carece de ser buscado pela decodificação em unidades de compreensão e posteriores categorias. Refere ainda essa autora, que o pesquisador precisa considerar três (03) etapas para o pronto estabelecimento das categorias de análise, a saber: 1<sup>a</sup> Pré-análise; 2<sup>a</sup> Exploração do material e 3<sup>a</sup> Tratamento/interpretação dos resultados.

Nesse sentido, na primeira etapa – pré-análise -, Bardin (1977) ressalta que o pesquisador deverá analisar exaustivamente sua fonte. Ele tem a liberdade para extrair tudo que lhe for conveniente, desde que mantenha coerência com o assunto tratado. Assim, nesta investigação, a extração das informações léxicas e semanticamente mais importantes, tanto para o objeto quanto para os seus objetivos do estudo, foram também, dispostas em tesouros semânticos.

### Caracterização das enfermeiras e clientes nesta investigação

É importante salientar que não utilizamos critério de inclusão e/ou de exclusão acerca da unidade hospitalar, ou de cuidado específico, o interesse focal recaiu sobre idade e tempo de formação/experiência profissional, muito embora, tais informações tenham servido ao desenho do perfil da amostra. Portanto, a escolha dos respondentes foi aleatória e obedeceu apenas à livre e espontânea vontade de cada um em participar do estudo.

As enfermeiras que participaram da pesquisa condizem com profissionais atuantes nas mais diversas unidades de internação hospitalar pertencentes às redes pública e privada do município do Rio de Janeiro. O universo da pesquisa corresponde, portanto, a 76% de enfermeiras, compreendendo vinte e cinco (25) respondentes do sexo feminino e apenas oito (08) do sexo masculino ou 24% da amostra, conforme termos do Gráfico nº 01, a seguir.

Gráfico nº01



Em razão do número de enfermeiras e enfermeiros na relação do quantitativo de sujeitos partícipes da pesquisa, e do maior número do sexo feminino, decidimos utilizar, daqui por diante, o termo enfermeira para designar todos os profissionais que responderam ao questionário.

Com relação à idade, as mais jovens declinam dezenove (19) anos de vida e a mais velha diz estar com quarenta e três (43) anos. Trata-se, portanto, de uma amostra bastante homogênea quanto à idade.

Responderam ao questionário trinta e três (33) clientes, sendo vinte e sete (27) do sexo feminino e apenas seis (06) do sexo masculino. Os mais jovens tinham dezenove (19) anos de idade e o mais velho quarenta e nove (49) anos.

As enfermeiras e os clientes estão distribuídos nas seguintes unidades de internação hospitalar conforme Gráficos n<sup>os</sup> 02 e 03, a seguir.

Gráfico n<sup>o</sup> 02

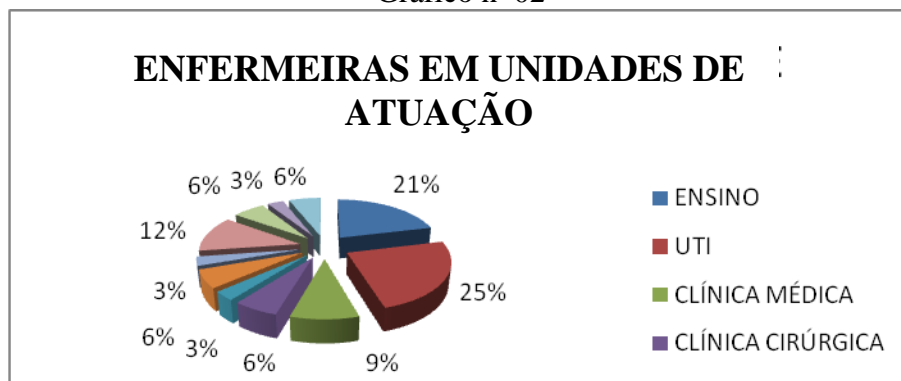


Gráfico n<sup>o</sup> 03



Na tentativa de contemplar uma possível homogeneidade entre os participantes das unidades hospitalares e, portanto, entre profissionais com experiências baseadas em sua atuação em unidades de cuidado, optamos em não

selecionar os sujeitos pela experiência na unidade, e sim, pela vontade declarada, de cada um deles, em participar da investigação. O mesmo aconteceu com os clientes, independentemente do seu diagnóstico ou do setor de internação. No entanto, pode-se perceber a grande diferença na quantidade de unidades de alocação de enfermeiras com relação à unidade de internação de clientes. Este fato justifica-se, também, pela existência de clientes crianças e recém-nascidos, e que, por si só, não estavam capacitados a responderem ao questionário. Outra dificuldade foi de acessar os clientes das unidades especiais – UTI, coronariana, emergência e DIP -, tendo em vista as peculiaridades dessas unidades no que diz respeito ao espaço físico e às condições dos clientes internados. Ainda assim, nas demais unidades cabe destacar aqui a dificuldade encontrada para que os clientes respondessem ao questionário, pois muitos se negaram a participar, alegando que estavam com dor, com sono ou até mesmo, por não terem vontade de participar.

Quanto ao tempo de experiência profissional das enfermeiras que compuseram a amostra da pesquisa, cabe observar a disposição dos dados conforme o Gráfico nº04, a seguir.

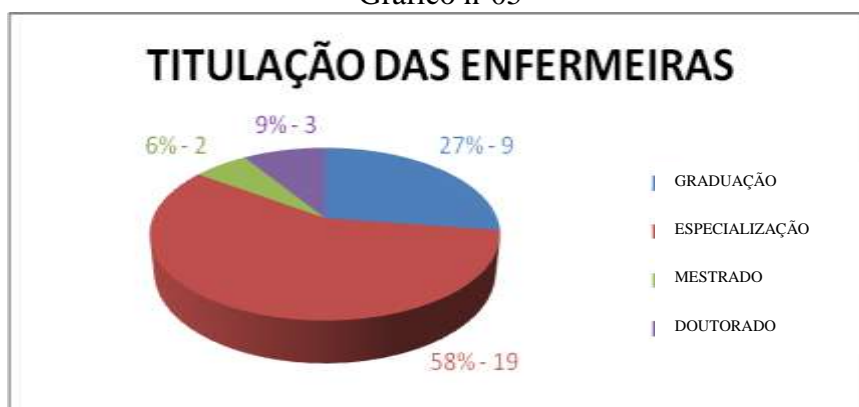
Gráfico nº04



Conforme este Gráfico nº04 pode-se perceber a distribuição das enfermeiras de acordo com o tempo de atuação ou de experiência profissional. Nesse sentido, constatamos que dez (10) enfermeiras encontram-se na faixa de tempo de

atuação ou experiência profissional superior a dez (10) anos, o que representa 30% da amostra, 34% estão distribuídas entre zero a dois (2) anos, seguidos por 18% que se encontram entre três (3) a cinco (5) anos e 18% estão entre seis (6) a dez (10) anos. Portanto, trata-se de uma amostra constituída de enfermeiras com experiência em cuidar bastante significativa, quando associamos essa variável à qualificação dos sujeitos como se pode verificar no Gráfico nº05, a seguir.

Gráfico nº05



Com relação à titulação das enfermeiras constituintes da amostra, a maioria é representada por dezenove (19) enfermeiras especialistas equivalentes a 58% da amostra, seguida de nove (09) enfermeiras graduadas (27%), duas (02) com título de mestre (6%) e três (03) com título de doutor (9%).

Estes dados são bem interessantes, principalmente se considerarmos que a maioria dos sujeitos respondentes, - vinte e quatro (24) enfermeiras -, está desenvolvendo suas atividades de cuidar no serviço público, o qual é composto, em grande parte, por profissionais mais experientes que, por sua vez, são aqueles que passaram por mais de uma unidade onde o cuidado de enfermagem é prestado, continuamente, desde as unidades de controle mais *hermético* e tecnologicamente mais qualificado, como é o caso das unidades de cuidados

intensivos, passando pelas de clínica médica, de depuração extra-renal e até mesmo o centro cirúrgico. No entanto, para fins de *confiabilidade* e de variável válida, consideramos principalmente as unidades de internação hospitalar em geral, e nas quais, atualmente, as enfermeiras partícipes da amostra prestam seus cuidados.

Com relação ao que se pretende investigar nesta pesquisa, - a idéia de *conforto* intrinsecamente aliada ao conceito de cuidado -, permite-nos acreditar que o fato de contarmos com uma amostra composta por enfermeiras, com significativa experiência de trabalhar em unidades de internação hospitalar em geral, e com vivências de envolvimento em situações distintas relacionadas ao cuidado de enfermagem, pensamos que os resultados obtidos poderão contribuir, significativamente, na discussão dos dados produzidos nesta investigação, ainda que este fato não tenha sido utilizado como critério de inclusão.

## CAPÍTULO III

### REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria de enfermagem tem sido um tema dominante na literatura de enfermagem nos últimos 30 anos; no entanto, tem sido pouco utilizada nas investigações de enfermeiras, quer seja em artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

*“A literatura nunca foi tão repleta de exemplos de pesquisa e prática de enfermagem baseada na teoria. O número de enfermeiras eruditas com preparação de doutoramento e com ligação às teorias de enfermagem nunca foi tão elevado. Atualmente, o desafio é traduzir a base de conhecimento criada e desenvolvida no mundo acadêmico para a prática nos mundos das experiências diretas das enfermeiras”*  
(Alligood e Tomey, 2002, p.03).

Nesta pesquisa nos utilizamos, sobretudo, da Teoria do Conforto - base teórica que sustenta o objeto de estudo – de Florence Nightingale a Katharine Kolcaba.

Remontando um pouco à história das teorias de enfermagem, sabemos que embora muitos cursos em épocas remotas dedicassem excelentes cuidados aos doentes, muito do que se sabia sobre enfermagem não era escrito, e a pesquisa para documentar a eficácia dos cuidados não era registrada. Há de se entender que, em tempos remotos, a enfermagem não havia florescido ainda tanto, como nos dias atuais, em seu espírito científico. Nesse sentido, as enfermeiras começaram a se movimentar com o objetivo de desenvolver um conhecimento de enfermagem no qual pudessem basear a sua prática. Alligood e Tomey (2002) enfatizam que esse objetivo serviu às enfermeiras, ao longo do séc. XX, enquanto trabalhavam para o desenvolvimento de um corpo substancial de conhecimentos que orientasse a prática de enfermagem.



Em meados do século XX, importantes líderes da área de enfermagem, sobretudo as enfermeiras norte-americanas, começaram a perceber a necessidade de uma base de conhecimento para a prática de enfermagem profissional. As enfermeiras trabalharam e continuam trabalhando no sentido de desenvolver um corpo substancial de conhecimentos específicos de enfermagem durante o século em que vivemos. Alligood e Tomey (2002) atribuem todo esse trabalho ao objetivo e a necessidade da enfermagem se tornar uma profissão reconhecida, não apenas no cenário científico, mas quanto à universalidade mesma.

*A era da teoria* nada mais é do que uma consequência natural da *era da investigação* na concepção de Alligood e Tomey (2002). Para as autoras,

*“(...) com o entendimento da investigação e o desenvolvimento do conhecimento a aumentar, tornou-se claro que a investigação sem teoria produziria informação isolada”.*

Nesse sentido, pode se deduzir que na concepção das autoras, a investigação e a teoria certamente produziriam a ciência da enfermagem.

*“A perspectiva de Nightingale sobre a enfermagem tem sido praticada há mais de um século e o desenvolvimento da teoria de enfermagem evoluiu rapidamente nas últimas quatro décadas, o que levou, finalmente, ao reconhecimento da enfermagem como disciplina acadêmica com um [já] considerável corpo de conhecimentos”* (Alligood e Tomey 2002, p.05).

Em seu livro *Notas sobre Enfermagem*, Nightingale (1989) evidencia “o que é e o que não é” enfermagem, mostrando a possibilidade e a necessidade de uma preparação formal e sistemática para a aquisição de um conhecimento de natureza distinta daquela buscada pelos médicos, cujos fundamentos permitiriam manter o organismo humano em condições de não adoecer ou de se recuperar de doenças. A importância essencial por ela atribuída à capacidade da enfermeira, de observar com profundidade e descrever com propriedade, confere um novo

caráter, intelectual e científico, à *Enfermagem*, palavra proposta por Nightingale, e em sua própria opinião – “*por falta de outra melhor.*”

Nesse sentido, Nightingale já expressa firme convicção de que o conhecimento de enfermagem era diferente do conhecimento da medicina. Além disso, descreveu a função específica da enfermeira ao propor que o doente deve ser colocado nas melhores condições para que a natureza atue sobre ele, e expõe a idéia de que a enfermagem é baseada nos conhecimentos das *pessoas* e do *ambiente*, o que serve de base para distinção entre o conhecimento de enfermagem e o daqueles conhecimentos utilizados por médicos em sua prática (Nightingale 1860, 1989).

Durante a guerra da Criméia, Nightingale colocava em prática sua preocupação com o ambiente no cuidado ao cliente, naquele contexto, os soldados feridos nos cenários de batalha se beneficiavam de suas proposições essenciais, as quais ela colocava em sua prática, desde que chegara a Scutari, na Turquia, em 04 de novembro de 1845, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem aos soldados feridos. No entanto, precisou expor os problemas ambientais do local, tais como a falta de saneamento e a presença de *imundície* (água contaminada, lençóis sujos e cobertores contaminados, e latrinas com demasiada afluência) como os principais responsáveis pelo elevado índice de baixas e morte. Uma de suas primeiras atitudes foi mudar drasticamente o ambiente em que ficavam os feridos, que era totalmente insalubre. Cabe aqui reproduzir uma citação - de Bassi (1999) que foi uma de suas biógrafas - sobre a situação nos hospitais que recebiam os feridos: “*a sujeira ia além do que se poderia descrever. Embaixo do prédio havia canos de esgoto e bueiros*”.

Após o seu retorno à Inglaterra, Florence Nightingale fundou com parte de recursos próprios, e parte de recursos obtidos de favorecimento político, uma

instituição de ensino para preparação e treinamento de enfermeiras anexa ao Saint Thomas Hospital e no King's College Hospital, em Londres. Não demorou muito para que começasse a receber pedidos para estabelecer novas escolas em hospitais espalhados pelo mundo inteiro.

Nightingale definiu os *conceitos* com precisão, e embora não tenha se preocupado em dividir o ambiente do doente, particularmente quanto aos aspectos físico, emocional ou social, pode-se concluir que, aparentemente, todos esses aspectos se incluem no ambiente. Ao ler *Notes on Nursing* (1859), é fácil identificar a importância que a autora atribui ao ambiente *físico*. A sua preocupação com aspectos do ambiente, incluía não só os cenários hospitalares, como é o caso dos cenários focalizados neste estudo, como também os lares dos doentes e as condições físicas de vida dos pobres. Nightingale acreditava que um ambiente saudável era necessário aos cuidados de enfermagem e à sua específica condição de adequabilidade.

Para Alligood e Tomey (2002, p.77), a teoria *nightingaleana* dos cinco fundamentos essenciais da saúde ambiental (ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz) são tão essenciais atualmente como eram a cerca de 150 anos passados.

A ventilação apropriada ao doente pareceu, na concepção de Alligood e Tomey (2002), ser uma grande preocupação de Nightingale; a sua instrução para as enfermeiras era manter o ar que se respira tão puro quanto o ar exterior, sem o arrefecer. Afirmam ainda, que o conceito de luz era igualmente importante na teoria de Nightingale. Ela identificou a luz direta do sol como necessidade especial dos doentes, observando em particular, que a luz tem efeitos bastante reais e tangíveis sobre o corpo humano. Tais preocupações e observações nos remetem à idéia da necessidade de preocupação com a oferta, promoção e a

manutenção de conforto e bem-estar físicos aos clientes, mesmo porque, Nightingale incluiu também, os conceitos de calor, sossego e dieta apropriada, em sua teoria. Como referem Alligood e Tomey (2002):

*“(...) O ruído desnecessário e a necessidade de sossego foi igualmente um conceito que necessitou de avaliação e intervenção por parte da enfermeira... O barulho originado pelas atividades físicas no ambiente (quarto) deve ser evitado pela enfermeira, porque pode prejudicar o doente... A enfermeira tinha o controle do ambiente, tanto física, como administrativamente... A enfermeira tinha de controlar o ambiente para proteger o doente dos danos físicos e psicológicos; por exemplo, a enfermeira impedia o doente de receber notícias perturbadoras, de receber visitas que podiam afetar negativamente a recuperação e de experimentar interrupções repentinas do sono” (Op. Cit p.78).*

Isto é, a enfermeira precisava proporcionar, oferecer e zelar pelo conforto. Chegou a reconhecer, ainda, que *“(...) a visita de pequenos animais domésticos pode reconfortar o doente”*, (Nightingale *apud* Alligood e Tomey, 2002, p.78). Atitude que hoje, certamente, encontraria obstáculos frente ao modelo biomédico vigente, uma vez que o argumento central seria não o *conforto*, mas a possibilidade de infecção nosocomial.

Penso que de forma extraordinária, os escritos de Florence Nightingale devem orientar a enfermeira no conhecimento de enfermagem, mesmo nos dias de hoje, para que se possa agir em benefício daqueles sob o cuidado de enfermagem, estejam eles necessitados desse cuidado dentro ou fora dos hospitais.

Os princípios que podem dar *forma* à prática de enfermagem são, a nosso ver, os mais pertinentes possíveis. Daí a sua importância como parte do referencial teórico nas investigações de enfermagem, pelo menos quanto aos que se propõem para a pesquisa e a discussão do cuidado como objeto de estudo. A coragem de Florence, na época em que viveu, sua independência e precisão conceitual, que iam à contramão daquela época pode sem dúvida, ainda, nos dias

de hoje, orientar e motivar as enfermeiras e as que estão por vir, visto que a profissão continua a evoluir.

Muito embora alguns líderes da enfermagem aspirassem ao desenvolvimento enquanto profissão e disciplina acadêmica, a prática de enfermagem continuou a refletir uma herança vocacional mais do que uma visão profissional, assim como aconteceu com Nightingale, em 1837, quando discorreu sobre o seu *chamamento* em seu diário: “*Deus falou comigo e chamou-me a este serviço*”, (Nightingale *apud* Holliday e Parker, 1997, p.41).

A passagem de uma ênfase peculiarmente vocacional para a uma ênfase radicada na profissão, em si, incluiu sucessivas etapas de busca de um corpo de conhecimentos substancial sob o qual se baseasse a prática da enfermagem. Nesse sentido, Carvalho (1982) diz que:

*“(...) A enfermeira atua como fulcro de um processo do qual emerge a prática total da enfermagem entendida como a ciência e a arte de ajudar a indivíduos, grupos e comunidades, em situações nas quais não estejam capacitados a prover o autocuidado para alcançar seu nível ótimo de saúde”.*

Alligood e Tomey (2002) destacam a etapa *curricular*, a qual enfatizou a seleção do curso e o conteúdo dos programas de enfermagem, que deu lugar à etapa da investigação, a qual, segundo as autoras, se concentrou no processo de pesquisar e no objetivo de desenvolver novos conhecimentos.

A emergência da era da teoria de enfermagem teve origem, a partir dos anos de 1960, juntamente com a concepção de uma nova consciência da enfermagem como profissão e como disciplina acadêmica.

Segundo Meleis (1995), este progresso na teoria de enfermagem condiz com um aspecto muito significativo da evolução erudita e é a pedra angular da disciplina de enfermagem.

Pensamos que o corpo da ciência de enfermagem e os métodos de investigação, - ensino e prática -, continuam se fortalecendo e se expandindo a partir dos estudos da enfermagem, seja nas dissertações de mestrado, nas teses de doutorado e em outras produções.

Para melhor entendermos o referencial teórico que sustentará o objeto deste estudo, é necessário que façamos um estudo pormenorizado acerca das terminologias específicas das teorias em si, dentre as quais destacamos:

✚ **O metaparadigma:** entende-se como sendo “*o nível mais abstrato do conhecimento. É ele que determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina*” (Fawcett, 1984). Há muitos anos, a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem foram propostos quer como fenômenos de enfermagem quer como os primeiros conceitos metaparadigmáticos de enfermagem, e ainda nos dias de hoje continuam a ter utilidade enquanto principais conceitos de organização para a disciplina e para a profissão (Fawcett, 1984). Powers e Knapp (1995, p. 119) observam que:

*“Existe um entendimento generalizado de que o metaparadigma da enfermagem consiste nos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem”.*

✚ **Os modelos conceituais:**

*“São estruturas ou paradigmas que fornecem um amplo quadro de referência para abordagens sistemáticas aos fenômenos com os quais a disciplina está relacionada... Esses modelos fornecem diferentes perspectivas da enfermagem de acordo com as características do modelo” (Alligood e Tomey, 2002, p.07).*

Por exemplo, dentre tais modelos, Johnson (1968) centra-se no comportamento, King (1973) na interação e Roy (1970) na adaptação.

E, conseqüentemente, destacamos os seguintes conceitos:

✓ **Teoria:** “é um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática”, (Alligood e Tomey, 2002, p.07). Para Abbagnano (2007, p. 1122) teoria é também: “Uma hipótese ou um conceito científico”.

✓ **Teoria de Enfermagem:** “É um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem”, (Alligood e Tomey, 2002, p.07).

Dentre os conceitos de *teoria de enfermagem*, é necessário distinguir:

✓ **Teorias de médio alcance** - entendidas como aquelas de *menor* nível abstrato do conhecimento teórico, porque incluem pormenores característicos da prática da enfermagem. Essas teorias têm informações que indicam qual a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e a atuação da enfermeira ou a intervenção. Para melhor compreensão dos níveis das obras teóricas do metaparadigma à teoria de médio alcance, apresentamos a ilustração proposta por Alligood e Tomey (2002; p.07) no Quadro nº01, a seguir.

Quadro nº01 Níveis de Estrutura do Conhecimento

| Nível de Estrutura      | Exemplo  |
|-------------------------|--|
| Metaparadigma           | Pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.                                    |
| Filosofia               | Florence Nightingale   |
| Modelos Conceituais     | Estrutura de Sistemas de King  |
| Grande Teoria           | Teoria da Consecução de Objetivos de King                                |
| Teoria                  | Consecução de objetivos em quadros hospitalares                          |
| Teoria de médio alcance | Consecução de objetivos em doentes adolescentes diabéticos da comunidade |

Reprodução de Alligood, M. R e Tomey, Marriner A. Nursing Theory: Utilization and application (2<sup>nd</sup> ed.) St. Louis: Mosby, 2002.

Sabemos que a amplitude da intensidade atribuída a cada teoria é normalmente determinada pelo nível de abstração e pelo conteúdo que a mesma é capaz de determinar. A maior parte dos modelos conceituais de enfermagem tem uma diversidade de teorias das quais derivam. Como exemplo, citamos a Teoria do Conforto.

➤ **Teoria de Médio alcance** - diferentemente das teorias classificadas como “grandes teorias”, esse tipo de teoria é, quase sempre, compreendido como tão alargado quanto o modelo de enfermagem do qual provém. No entanto, diferente desse tipo, a teoria de médio alcance se apresenta como aquela que possui um foco de interesse mais limitado do que as grandes teorias, e inclui aspectos como a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento de local ou a área de prática e a atuação da enfermeira ou a intervenção da mesma, como já vimos anteriormente. A Teoria do Conforto é classificada como uma teoria de médio alcance.

➤ **Conceito** – segundo Powers e Knapp (1995, p.24) - “*é uma idéia ou imagem mental complexa de um fenômeno [objeto, propriedade ou evento], assim sendo, os conceitos são os mais importantes componentes da teoria*”. Para os mesmos autores, “*(...) os conceitos são as etiquetas utilizadas para identificar os fenômenos*”. Os conceitos podem ser de natureza *abstrata* ou *concreta*. Os *abstratos* são independentes do tempo e do espaço e são indiretamente observáveis. Podemos citar como exemplo de um conceito abstrato, a “esperança”. Já os *concretos* são característicos do tempo, ou seja, eles dependem do tempo e do espaço para que possam ocorrer; além do mais, eles podem ser observados diretamente. São exemplos de conceitos *concretos* as características de uma pessoa, tais como: a cor dos olhos, a altura ou o peso.

Nesta investigação, visamos como objeto e objetivo à construção de um conceito de conforto, na perspectiva de clientes e de enfermeiras, em unidades de internação hospitalar. Portanto, a emergência de conceitos *abstratos* e/ou *concretos* irá depender, dentre outros fatores, do nível de intervenção da *subjetividade* ou da *objetividade* contido nas falas de clientes e de enfermeiras participantes do estudo. Entretanto, uma vez que os conceitos *concretos* são mais



facilmente observáveis, acreditamos que o mesmo possa emergir com muito mais facilidade em ambas as falas.

➤ **Indução** - é compreendida como uma forma de raciocínio habitualmente descrito como partindo do particular para o geral. Alligood e Tomey (2002, p.09) enfatizam que:

*“Na lógica indutiva, combinam-se uma série de características num todo maior ou num conjunto de coisas. Na investigação indutiva, os eventos especiais são observados e interpretados como uma base para formular postulados gerais, tal como na fenomenologia ou na teoria fundamentada [em dados]”.*

➤ **Dedução** - é uma forma de raciocínio lógico habitualmente descrito como estando em progresso do geral para o particular. Alligood e Tomey (2002, p.09) afirmam que:

*“Este processo envolve uma seqüência de postulados oriundos de um modelo conceitual de enfermagem ou de uma grande teoria. Duas ou mais afirmações conexas são usadas para delinear uma conclusão (proposição)”.*

➤ **Abdução** (ou raciocínio hipotético dedutivo) - é a combinação da indução com a dedução para criar idéias. Alligood e Tomey (2002, p.09) afirmam que *“esta forma de raciocínio utiliza a analogia como método para elaborar a teoria”.*

### **A importância da utilização da teoria do conforto**

Nesta investigação, Alligood e Tomey (2002, p.11) fazem uma referência a Chinn e Kramer (1998, p. 100) e propõem que:

*“(…) se na investigação, a teoria e a prática forem relacionadas com sentido, então, a teoria de enfermagem deve dedicar-se a testar a investigação que, por sua vez, deve conduzir ao conhecimento que orienta a prática”.*

E sugerem, ainda, que “*a teoria de enfermagem orienta a investigação, e a prática gera novas idéias e distingue o alvo da enfermagem do de outras profissões*” (*op. cit. p.100*).

Nightingale, como fundadora da enfermagem moderna, e como proponente de uma concepção teórica – teoria do ambiente (Alligood e Tomey, 2002, p.76), desenvolveu paralelamente uma *filosofia* para a enfermagem. Posteriormente, cerca de sessenta (60) anos, foram desenvolvidas as primeiras teorias de enfermagem com ênfase nas *relações interpessoais* de Peplau – Enfermagem Psicodinâmica (1950); Orlando – Teoria do Processo de Enfermagem (1961); Travelbee – Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa (1961); Barnard – Modelo de Interação Pais-Filhos (1965); e Mercer – Consecução do Papel Maternal (1986). Mais tarde, Henderson – Definição de Enfermagem (1955); Wiedenbach – A Arte de Ajuda da Enfermagem (1958); e Hall – Modelo de Núcleo, Cuidar e Curar (1964) apresentaram suas teorias com ênfase na *arte de enfermagem*, entre outros elementos de destaque. Enquanto Abdellah – Vinte e Um problemas de Enfermagem (1960) - enfatiza, em sua teoria, um destaque maior quanto aos *fundamentos científicos* da enfermagem.

Todavia, essas teorias refletem um forte significado de *intensão* filosófica, e que, posteriormente, foram seguidas pelos modelos conceituais de enfermagem, com reflexões sobre a adaptação, o campo comportamental, as abordagens à idéia de sistema e, a nosso ver, uma incisiva ênfase na idéia de ciência. Nesse sentido, merecem destaque as teorias de Johnson – Modelo de Sistema Comportamental (1948), Rogers – Seres Humanos Unitários (1960), Newman – Modelo de Sistemas (1970), King – Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos (1971), Orem – Teoria do Déficit de autocuidado de Enfermagem (1971), Roy – Modelo de Adaptação (1971),

Levine – Modelo de Conservação (1989), Roper, Logan e Tierney – Os Elementos da Enfermagem: Um Modelo de Enfermagem Baseado num Modelo de Vida (1978-1997).

Em suma, há teorias de enfermagem oriundas das filosofias primárias e dos modelos conceituais de enfermagem, como por exemplo, as de Parse, Newman e Adam. Dando continuidade ao desenvolvimento do pensamento e do conhecimento teórico, as enfermeiras avançam na aquisição de outras teorias baseadas em outras disciplinas, sobretudo, das ciências sociais para serem aplicadas na área da enfermagem, a exemplo das construções/explicações de Erickson, Tomlin, Swain e Pender, – Modelagem e Modelo de Papel (1984) e conforme Leininger já havia feito anteriormente.

Alligood e Tomey (2002, p.12) afirmam que, “(...)no final dos anos 1980 e 1990, pode-se evidenciar a combinação da teoria com a filosofia, para uma perspectiva humanista da enfermagem”, então, reenfatizando as ações profissionais na prática da enfermagem. Nesse contexto, as autoras destacam as teóricas Watson – Filosofia e Ciência do Cuidar (1973), Parse – Tornar-se Humano (1998) e Benner – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (1989).

Mais recentemente, as teorias de enfermagem consideradas de *médio alcance* começam ainda que, timidamente, a fazer parte do elenco das renomadas teorias de enfermagem. Nesse sentido, e neste estudo, damos ênfase à teoria do conforto de Katharine Kolcaba. No Quadro nº 02 (abaixo), segue-se uma síntese *idealizada* da evolução das teorias de enfermagem, tendo em vista a relação possível entre o alcance de umas e de outras.

Quadro n<sup>o</sup>02 – EVOLUÇÃO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM

| <i>Evolutiva da Idéia de Teoria de Enfermagem</i> |   |  |
|---|---|--|
| <i>CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS</i>                     | <i>TEORIAS DE MÉDIO ALCANCE DA ENFERMAGEM</i> | <i>MODELOS CONCEITUAIS E GRANDES TEORIAS</i> |
| Nightingale                                       | Peplau  | Orem   |
| Wiedenbach  | Orlando                                       | Levine                                       |
| Henderson   | Travelbee                                     | Rogers                                       |
| Abdellah  | Kolcaba                                       | Johnson                                      |
| Hall  | Erickson, Tomlin e Swain                      | Roy  |
| Watson  | Mercer  | Neuman                                       |

Revedo o passado e pensando no futuro, podemos acreditar que o futuro da enfermagem, com base nos dias de hoje, poderá ser brilhante e cheio de esperanças. As diferentes concepções de enfermagem por parte dos teóricos, das mais pretéritas às mais contemporâneas, enriqueceram e enriquecem a disciplina *enfermagem – teoria e prática* e seu próprio conhecimento. Pensamos que a nossa urgente tarefa, para os dias que se seguem, é testar as teorias de enfermagem no cotidiano da prática de assistir e cuidar de nossos clientes, estejam eles dentro ou fora das unidades de internação hospitalar, estejam eles adoecidos ou saudáveis. E devemos também testá-las em nossas investigações para criar novas explicações teóricas, e a partir dos modelos conceituais de enfermagem já existentes.

Kuhn (1970, p.42) afirma que “(...)os paradigmas podem orientar a investigação na ausência de regras”, mas (...)“a ciência normal não pode progredir sem paradigmas”. Pensamos que, na enfermagem ou para a enfermagem, tal afirmação é perfeitamente aplicável, pois à medida que a teoria se desenvolve, passa a dar mais sentido aos modelos e teorias de enfermagem, ratificando-se a utilização e efeito das mesmas para a prática profissional e para o ensino de enfermagem, desde a graduação aos cursos de mestrado e doutorado. As teorias de enfermagem, como quaisquer outras, conferem significados ao conhecimento, *per se*, de modo a aperfeiçoar a prática às quais essas teorias se

aplicam de forma a assegurar a antevisão, a descrição e a explicação dos fenômenos como manifestados na realidade. Alligood e Tomey (2002) afirmam que o poder de uma enfermeira é aumentado através do conhecimento teórico, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisões no âmbito da prática profissional. Nesse sentido, essas autoras dizem ainda que, provavelmente, a prática é mais bem sucedida, de vez que as enfermeiras perceberão “porque fazem as coisas como estão fazendo” e, conseqüentemente, serão mais capazes de explicar claramente *o que fazem* aos clientes e aos outros profissionais de saúde.

### **Do cuidado confortante à teoria do conforto**

As bases aqui apresentadas nos remetem à limitação de nossas ações de enfermagem na relação entre cuidar e confortar por entender que, quando estamos cuidando de nossos clientes deixamos muitas vezes de considerá-los em sua totalidade ao direcionar nossa assistência apenas para satisfazer as necessidades biológicas, muitas vezes, desconsiderando seus desejos e sua espiritualidade, como dimensões a serem também consideradas numa proposta de cuidados confortantes, que penso: o cliente e a enfermeira serão capazes de dimensioná-los por estarem, na condição de receptor e oferecedor do mesmo. Elas acreditam que tudo pode melhorar no plano de intercâmbio de idéias.

Para alguns autores, a palavra *conforto* designa e relaciona ao cuidado de enfermagem, sentimentos e emoções e tudo aquilo que está adequado e adaptado, na assistência aos clientes, que consola e traz prazer, que é ajustado e apropriado, ou, que é ainda convenientemente oportuno (Schmid, 2005). Assim sendo, só podemos explicar o significado e o sentido de *conforto* articulando essa palavra e o conceito de cuidado de enfermagem a um contexto *cultural* e, é claro, tendo-se

alguma experiência do que implica o desconforto. A simples delimitação dos aspectos físicos e fisiológicos do conforto, portanto, - (sinais observáveis, mensuráveis e tecnicamente manipuláveis) -, já favorece, por si, a proposição do cuidado de enfermagem, mesmo que abordado especificamente em ambiente hospitalar, onde se executa o plano assistencial, ou em outras situações externas, onde enfermeiras e clientes se encontram. A falta de delimitação do conforto poderá resultar em um conceito incompleto de cuidado de enfermagem, tendo em vista que tal conceito estará também sujeito às condições físicas, fisiológicas, psicológicas, espirituais, sócio-econômicas etc., permitindo que as ações (des)confortantes provoquem respostas adversas que só o cliente que vive a experiência poderá relatar.

Numa concepção transdisciplinar, Schmid (2005) relaciona várias interpretações sobre “o conforto” e realiza uma apreciação pelas artes plásticas, literatura, filosofia, psicologia, música, e enfermagem. O autor relata experiências pessoais e recordações *confortáveis* em sua história de vida, numa abordagem ainda pouco explorada pelas enfermeiras que, normalmente, quando em detrimento dos achados semiológicos que remetem às necessidades humanas básicas relativas à fisiologia, patologia, bioquímica etc., esquecem de favorecer as condições confortáveis, entre outras. Não se dão conta de saber o que o cliente entende por conforto, relegando ao plano secundário o que cada sujeito sente como possuidor de uma história de vida que é sua unicamente e singularmente, e que o cuidado que lhe é prestado poderá ser *confortante* ou desconfortante, independentemente da natureza da situação de enfermidade na qual se encontra, e talvez em estado grave, na dependência total dos cuidados de enfermagem e das ações de outros profissionais de saúde.

A idéia de “*conforto*” e “*desconforto*” requer, antes de tudo, das enfermeiras, uma exploração sobre os cinco sentidos, no corpo do cliente assistido, tal como ele se encontra no âmbito da experiência, e de forma que o cliente possa expressar suas necessidades em face de suas próprias condições de enfermo, e do modo como ele sente o ambiente e os profissionais que cuidam dele. Na perspectiva dos valores humanos, é imperativo que se dê atenção à comodidade, adequação e expressividade para que se possa assistir devidamente aos clientes. No entanto, deve-se ter em mente que um bom resultado na assistência ao cliente, depende também de efeito cultural, tomando-se como base um conjunto de elementos sociais harmoniosamente equilibrados e bem estruturados.

Convém ressaltar que Schmid (*op.cit.*) em nada tem relação com as ciências da saúde. Esse autor é arquiteto e engenheiro mecânico, e seu comentário sobre as condições do conforto, *certamente* vale na consideração e avaliação dos elementos sensíveis presentes na condição do cliente. E, *com certeza*, pode ser muito *reconfortante* – para as enfermeiras - saber que outros profissionais com formação distinta da enfermagem se debruçam sobre tal assunto, buscando apoiar suas ações em fundamentos filosóficos e artísticos, e entendendo o quanto é relevante a percepção do espaço físico, neste caso da unidade de internação hospitalar, o que requer bem mais do que a simples sensibilidade, ou seja, atenção ao clima humano, de quem oferece e de quem recebe o conforto.

Se engenheiros e arquitetos se preocupam com o estado de conforto, quando pensam e desenham seus projetos habitacionais, porque não as enfermeiras que lidam com vidas humanas? Afinal, é de seu dever, a obrigação de enfatizar a idéia de conforto em suas práticas de cuidar de clientes. Entretanto, vale destacar

que é preciso compreender, ou entender cientificamente, que o conceito de conforto imprime variação às ações de cuidar e aos atos de enfermagem, que acarretam diferença em relação ao paradigma biomédico, e que são dinâmicos com os movimentos do mundo, com o contexto sócio-cultural e é claro, na dependência também da perspectiva do sujeito que o vivencia.

### **Sobre Enfermagem e conforto**

Foi a partir de Nightingale (1899), com o surgimento da Enfermagem moderna no final do séc. XIX, que a prática de cuidar das pessoas e famílias, em âmbito de assistência continuada, passou a focalizar o cuidado de enfermagem como objeto de estudo, de trabalho específico e de investigação. A *enfermagem moderna* tornou-se capaz de proporcionar condições adequadas à restauração da saúde e à manutenção da vida. E a partir daí, estabeleceu-se a preocupação com o saber da enfermagem como conhecimento profissional.

Almeida e Rocha (1986) dizem que o processo de evolução do *saber da enfermagem* percorreu etapas diferenciadas, partindo do enfoque técnico para a busca de princípios científicos, da utilização do método científico no planejamento e execução da assistência e da aquisição de novas explicações, de modo a abranger uma concepção teórica adequada ao cuidado de enfermagem e suas repercussões.

Ainda nos primórdios da estruturação do sistema de enfermagem por Florence Nightingale, já se destacava a necessidade de prestar cuidado aos clientes como arte, ciência e ideal conforme enfatiza Lucy Ridgely Seymer (*sd*).



Situações emergentes do processo de cuidar em enfermagem, na atualidade, nos remetem a novos paradigmas influenciando a profissão. Podemos identificar, nas unidades de internação hospitalar, que a enfermagem passa a assumir atribuições e atividades que não eram desenvolvidas anteriormente pelas enfermeiras (Santoro, 2000). Tais atribuições e atividades podem dar conta da complexidade de situações em que se encontram os clientes que necessitam de cuidados intensivos, e em vista do propósito de aliviar condições adversas, favorecendo a vigilância compatível com a manutenção da vida.

Com a dificuldade de atingir a condição de *concretude* do cuidado de enfermagem entendido como *confortante* a partir de medidas de promoção do próprio conforto buscamos suporte teórico em autores do campo das ciências sociais e da filosofia, a exemplo de Guattari, Deleuze, Barbier e outros que possam auxiliar a investigação no sentido de ampliar a visão sobre o sentido do cuidado de enfermagem na unidade de internação.

Santoro (2000) nos aponta que o cuidar em enfermagem, em unidades de cuidados intensivos, permite não apenas a melhoria das condições do cliente, mas, também favorece o desenvolvimento do potencial de competência da enfermeira e membros da equipe de enfermagem. No entanto, a autora ressalta que, para cuidar em enfermagem, não basta apenas querer e ter boa vontade, e enfatiza sua afirmativa, dizendo que a competência técnica, científica e relacional são ingredientes importantes e necessários para cuidar cientificamente e com arte.

É a partir do cuidado prestado que a enfermeira, utilizando a razão com sensibilidade, pode avaliar, com propriedade, a aplicação dos conhecimentos

técnicos e científicos, e, com isso, criar também condições favoráveis ao conforto - ambiente e relação de ajuda -, ou seja, à interação mesma com o cliente. Ela lança mão de elementos objetivos e subjetivos da/na prática de enfermagem para que se possa prestar um cuidado de qualidade.

Barbier (1993), quando fala do *sensível*, diz que este se afirma pela *sensação* através dos receptores sensoriais, e que sua manifestação (do sensível), quando ligada à sensação tem um papel definido sobre ela mesma (sensação), mas que, também, é produzido a partir dela. Esse mesmo autor, diz que as sensações são resultantes de estímulos internos e externos, os quais, ao atingirem os receptores sensoriais desencadeiam respostas de choro, dor, prazer, desprazer, dentre outras manifestações da emoção. As sensações fazem parte da natureza humana. No entanto, se as sensações de natureza humana podem ser detectadas – observadas e descritas - mesmo assim, às vezes, costumam ser ignoradas nas circunstâncias do cuidado aos clientes. Neste particular, pode-se compreender que o cliente pensa e traz, intimamente, um conjunto de afetos com polarização em torno do prazer e do desprazer, mesmo quando não existe abismo de fronteiras entre eles. Tanto o prazer, como o desprazer, são sensações resultantes de estímulos internos e externos, da mesma forma que a sensação de conforto e desconforto.

Se, se pretende que o sujeito assistido, em plano de cuidado de enfermagem, seja uma pessoa única, dotação original e singular, é importante que, na oportunidade de sua internação, possa tomar ciência de que se encontra inserido em um contexto institucional que ele não conhece ou, às vezes, mal conhece. Por sua vez, a enfermeira não pode compreender o cliente apenas como corpo e mente, mas também como um ser humano, sujeito concreto, uma dotação

espiritual, misto de consciência e sentimentos, carecendo e encarecendo cuidados específicos e atendimento às suas necessidades pessoais. Isto envolve, também, a dimensão estética do cuidado em plano de arte de enfermagem, a qual, segundo Figueiredo *et al* (1994, p.12) é:

*“(...) potencialmente política, se a considerarmos como arte, na forma estética em si. A arte é absolutamente autônoma. Talvez a enfermagem como um todo não seja autônoma, mas [em sua concepção específica] o cuidado [de enfermagem] é”.*

As autoras apontam que, quando as enfermeiras vêem o seu cliente como um sujeito individualizado, ele não precisa necessariamente apresentar sinais e sintomas mensuráveis para que elas possam intervir. Assim, quando o cuidado [de enfermagem] é realizado, pensado e sentido, fica disponível para ser olhado novamente, pensado de novo e sentido mais uma vez, levando a novas reflexões e reformulações da prática profissional (Waldow *et al*, 1998).

Rolnik (1995) afirma que a subjetividade abrange um processo de formação e de desinformação de figuras/imagens que nos permite olhar o que está dentro e fora do corpo. Para essa autora, na subjetividade, a pele passa a ter uma densidade ilusória, por ser efêmera, por ser um tecido móvel de forças e de fluxos que compõem os meios variáveis que comportam a subjetividade. No entanto, ao considerar a subjetividade, no ato de cuidar em enfermagem, é preciso remeter tal consideração à necessidade de um olhar por parte de quem cuida e que seja endereçado para além das manifestações físicas e de caráter biológico.

É na execução do cuidado de enfermagem que a enfermeira se relaciona diretamente com seu cliente, seja no momento do banho no leito, na administração de medicamentos, na punção de uma veia... É na possibilidade do

contato direto que se pode perceber suas necessidades individuais, subjetivas, como no caso do conforto, quer seja através de sua fala, de sua expressão facial e em suas manifestações de sensações de prazer e desprazer, dor, medo, alívio, desejo, dentre outras.

Em uma análise preliminar, ou mais sumária, do conceito de conforto, implícito ou explícito no cuidado de enfermagem, percebe-se que o mesmo não é devidamente contemplado nas teorias de enfermagem, e mesmo nas mais tradicionais, o destaque para o conforto e como visado nesta pesquisa não é contemplado. Ou seja, ainda não se conseguiu traduzir, devidamente, para os dias da assistência de enfermagem de hoje, a importância do conceito de conforto na prestação do cuidado de enfermagem, exceto pela teoria de Katharine Kolcaba, autora que, na atualidade contemporânea, se preocupa com a questão do cuidado de enfermagem na vertente do conforto.

### **Alguns dados sobre essa teórica**

Nascida em Cleveland, no Ohio, onde passou a maior parte da sua vida, Katharine Kolcaba graduou-se enfermeira, em 1965, pela St. Luke's Hospital School of Nursing. Durante muitos anos exerceu, em tempo parcial, a assistência de enfermagem médico-cirúrgica, em moldes de cuidados continuados e de cuidados domiciliares. Pouco depois, volta a estudar em cursos mais avançados, o que veio a acontecer, em 1987, quando se licenciou no primeiro curso de especialização em enfermagem gerontológica, da Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University (CWRU).

Juntamente com seus estudos, Kolcaba exerceu função de enfermeira-chefe num serviço para pessoas acometidas por afecções psiquiátricas, mais

especificamente, demência senil. Foi nesse contexto que deu início às suas reflexões e teorizações acerca do conforto.

Ao terminar o curso de mestrado em enfermagem, Kolcaba passou a integrar o corpo docente do College of Nursing da Universidade de Akron. Até os dias de hoje tem dado suporte ao Certificado em Gerontologia da American Nurses Association (ANA). Regressou a CWRU, posteriormente, para se doutorar em enfermagem em regime *part-time*, enquanto continuava a ensinar enfermagem em tempo integral na Universidade de Akron.

No doutorado, e durante os dez anos seguintes, utilizou os resultados de sua Tese para desenvolver e explicar sua teoria. Ao longo desse tempo, publicou uma análise do conceito de conforto, juntamente com seu marido, que tem formação em filosofia. Desenvolveu um diagrama dos aspectos do conforto, que tornou funcional o conforto como resultado dos cuidados de enfermagem. E contextualizou o conforto numa teoria de médio alcance, a qual foi testada mediante um estudo de intervenções. As apresentações contínuas sobre sua idéia de conforto foram efetuadas em eventos científicos, em publicações de artigos e em outros veículos de comunicação científica, ajudando no aprimoramento da teoria, e tornando mais fácil sua aplicação.

Atualmente é membro da Sociedade de Acadêmicos da American Nurses Associations (ANA) e está inserida na Who's Who in American Nursing e na Encyclopedia of Nursing Research. É também professora associada de Enfermagem no College of Nursing da Universidade de Akron, onde ensina teoria de enfermagem e pesquisa em enfermagem.

### *Teorização sobre conforto e fontes teóricas de apoio*

Como ponto de partida de seu trabalho teórico, Kolcaba fez um diagrama da sua prática de enfermagem, logo no início da sua tese de doutoramento. Ao apresentar a sua concepção de estrutura para os cuidados de enfermagem ao doente com demência, um membro do público perguntou: “*Fez uma análise do conceito de conforto?*” Sua resposta foi “*Não, mas esse é o meu próximo passo*”. O que deu início à sua longa investigação sobre o conceito de conforto.

O primeiro passo à prometida análise do conceito de conforto teve início com uma extensa e trabalhosa revisão crítica da literatura específica sobre conforto nas disciplinas de enfermagem, medicina, psicologia, psiquiatria, ergonomia e literatura inglesa (particularmente a utilização que Shakespeare fez de conforto e o dicionário de Inglês da Oxford que trata da atribuição às origens das palavras). Fez um relato histórico do uso da palavra *conforto*, na literatura de enfermagem, em diferentes artigos de sua autoria e de outros autores. Por exemplo, em *Notes on Nursing* (1859, p. 70), observou que Nightingale exortava:

*“(...) Nunca se deve perder de vista para o que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou fatos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar o nível de saúde e o conforto”.*

De 1900 a 1929, o conforto foi objetivo central da enfermagem e da medicina, porque através do conforto, conseguia-se aumentar o grau de recuperação (McLiven e Morse, 1995). A enfermeira sente-se compelida a prestar atenção aos pormenores que influenciam o conforto do doente. Aikens (1908) declarou que não havia nada relativo ao conforto do doente que fosse

suficientemente pequeno para ser ignorado. Nesse sentido, o conforto do doente era a primeira e a última consideração da enfermeira quando prestava seus cuidados, ainda que de forma indireta. Portanto, é possível afirmar que na concepção da autora, uma boa enfermeira precisava colocar os doentes *confortáveis*, sendo que a provisão de medidas de conforto era um fator primário e determinante da habilidade e proficiência de uma enfermeira para prestar cuidados de enfermagem.

Em 1926, Harmer *apud* Alligood e Tomey (2004, p.482) afirmam que os cuidados de enfermagem estavam diretamente relacionados com a prestação de “*uma atmosfera geral de conforto*”, completando que:

*“(...) os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranqüilidade física e mental para além do descanso e do sono, nutrição, limpeza e eliminação”.*

Goodnow (1935) *apud* Alligood e Tomey (2004, p.483), em seu livro “The Technique of Nursing”, dedicou um capítulo inteiro ao conforto do doente, afirmando que:

*“(...)Uma enfermeira é sempre julgada pela sua capacidade para fazer o doente sentir-se confortável. O conforto é físico e mental e a responsabilidade de uma enfermeira não acaba com o cuidado físico”.*

Alligood e Tomey (2002, p.482) referem que nos compêndios datados entre 1914 e 1919,

*“(...) o conforto emocional era designado por conforto mental e era atingido, sobretudo, ao proporcionar conforto físico e modificando o ambiente para os doentes”.*

Podemos facilmente perceber, nesses exemplos, que o conforto é positivo, pode ser alcançado com a ajuda das enfermeiras e, em alguns casos particulares, indica a melhoria de uma condição ou estado anterior. Para Alligood e Tomey (2002), o conforto está ligado, intuitivamente, à atividade da alimentação. A partir de suas origens, Kolcaba explicou os aspectos do conforto com base na ergonomia e na ligação direta do conforto ao desempenho da função da enfermeira. No entanto, o seu significado está freqüentemente implícito, escondido no contexto do cuidado de enfermagem e, por isso mesmo, o conceito de conforto se apresenta, de certa forma polissêmico. Podemos perceber que ele varia semanticamente na forma verbal, como adjetivo/atributo, na forma adverbial, e em âmbito de processo e resultado.

Kolcaba utilizou três teorias de enfermagem para apoiar sua concepção no modo de sintetizar ou derivar o que ela chama de tipos de conforto:

- **O alívio**<sup>5</sup> foi sintetizado a partir de conceitos de Orlando (1961) que, por sua vez, afirma que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes;
- **A tranqüilidade**<sup>6</sup> foi sintetizada a partir dos princípios de Henderson (1966), que descreveu treze (13) funções básicas dos seres humanos necessitando de serem mantidas para a própria manutenção do equilíbrio homeostático;

---

<sup>5</sup>A condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica. Kolcaba (2002).

<sup>6</sup>O estado de calma ou contentamento. Kolcaba (2002).



- **A transcendência**<sup>7</sup> foi extraída de proposições de Paterson e Zderad (1975, 1988), que afirmavam acreditar que os doentes podiam superar suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

Watson (1979) *apud* Alligood e Tomey (2004, p.483) teve também grande influência na concepção da teoria do conforto de Kolcaba, pois advogava que o ambiente dos doentes era de extrema importância para o seu bem-estar físico e mental. Para essa autora, “(...) *conseqüentemente, sempre que possível, as enfermeiras proporcionam conforto através de intervenções ambientais*”.

Além do mais, Watson (1973) identificou as medidas de conforto que as enfermeiras usavam nesse sentido das *intervenções ambientais*. Ela usava a expressão “*medidas de conforto como sinônimo de intervenção*”.

### **A teoria do conforto e o uso das provas empíricas**

*“As sementes da moderna investigação sobre o conforto foram plantadas nos anos 1980, marcando um período de conscientização coletiva, mais independente, sobre o conceito de conforto holístico”*  
(Alligood e Tomey 2002, p.483).

Morse (1983) *apud* Alligood e Tomey (2004, p.483) começou a observar as ações de conforto das enfermeiras e descreveu o conforto como “*a ação da enfermeira mais importante na prestação dos cuidados de enfermagem aos doentes*”. Quatro anos depois, Hamilton (1987) *apud* Alligood e Tomey (2004, p.483) deu um salto, à frente, bem importante nessa concepção, ao explorar o significado de conforto na perspectiva dos doentes. “*Usou as entrevistas para verificar a forma como cada doente, numa instituição de cuidados paliativos, definia a palavra conforto*”. Para sua surpresa, o tema que mais frequentemente

---

<sup>7</sup> A condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimentos. Kolcaba (2002).

emergia era o *alívio da dor*, mas os doentes também atribuíam uma boa condição à mobília adequada e à sensação de ser independente, encorajado, útil e de valer a pena. Sua conclusão foi a de que:“(...) *o conforto é um fenômeno multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes*”.

Por conseguinte, Morse (1983) continuou a focalizar e centralizar sua atenção na idéia de *confortar* no âmbito da ação da enfermeira, pois acreditava que esta ação era vital para a enfermagem como um todo e que deveria ser devidamente descrita. Sua abordagem é de natureza qualitativa e observacional para estudar as enfermeiras no seu cotidiano de cuidar do cliente enfermo. As ações de conforto que foram descritas, por essa autora, consistiam em tocar e falar e, a um menor nível, de saber ouvir. Mesmo não especificando os sentidos, ou ainda atribuindo-lhes uma definição semântica, os termos *conforto*<sup>8</sup>, *confortar*, *confortável* e *confortado*, empregados indistintamente, serviam para descrever o processo de conforto desenvolvido pelas enfermeiras. Tal processo pode ser chamado, em si mesmo, de:

*“(...) medida de conforto se o resultado desse processo for um conforto melhorado, quando comparado com uma linha de base anterior (Alligood e Tomey 2002, p.483).*

Depois de ter desenvolvido sua teoria, a própria Kolcaba testou-a numa “*concepção experimental para sua dissertação. Neste estudo, as necessidades de cuidados de saúde*<sup>9</sup> *eram os stressores (necessidades de conforto) associados a*

---

<sup>8</sup> A condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental). Kolcaba (2002).

<sup>9</sup> Necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades incluem necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais tornadas aparentes através da monitorização e relatos verbais ou não-verbais, necessidades relacionadas com parâmetros patofisiológicos, necessidades de educação e apoio, e necessidades de acolhimento financeiro e de intervenção. Kolcaba (2002).

*um diagnóstico de câncer de mama”* (Alligood e Tomey 2002, p.484). Os resultados revelaram uma diferença significativa no conforto ao longo do tempo entre as mulheres que receberam uma assistência holística e o grupo de cuidados normais.

A mais recente prova publicada em sustentação da teoria do Conforto foi um estudo teórico que examinou quatro grandes princípios sobre a natureza do conforto holístico: **1- o conforto é geralmente próprio de uma condição, 2- o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo, 3- qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo e 4- o conforto total é maior do que a soma das suas partes** (Kolcaba e Streiner 2000).

Kolcaba consultou literaturas específicas sobre holismo para classificar os contextos nos quais o conforto pode ser experimentado e definiu-o como:

- 1- Físico:** pertencente às sensações do corpo;
- 2- Psicoespiritual:** pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o conceito de mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
- 3- Ambiental:** pertencente ao meio, às condições e influências externas;
- 4- Social:** pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

*Os principais pressupostos da teoria do conforto e os conceitos paradigmáticos de kolcaba*

Em sua publicação *The comfort line* [Online, Available: <http://www.uakron.edu/comfort>], Kolcaba fornece as seguintes definições:

- 1- **Enfermagem:** é um abrangente de acesso intencional das necessidades de conforto de clientes, famílias, e comunidades; esquemas de medidas de conforto para controlar as necessidades de conforto, inclusive a re-apreciação do nível de conforto após a implementação das medidas de conforto comparadas a um parâmetro anterior. Onde se depreende que a apreciação e a re-apreciação podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando uma enfermeira pergunta se o doente está confortável, ou objetiva, como nas observações da cicatrização das feridas, alterações dos valores das análises laboratoriais ou mudanças de comportamento. A apreciação pode ser obtida através da administração de escalas visuais análogas ou de questionários tradicionais, ambos os quais Kolcaba submeteu a testes (*plot of questions in the general comfort questionnaire on the taxionomic structure of comfort*).
- 2- **Cliente (enfermo ou sadio):** quem recebe os cuidados e podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades com necessidade de cuidado à saúde, incluído os cuidados preventivo, primário e terciário.
- 3- **Ambiente:** aspectos pertinentes ao cliente/família/comunidade que afetam o conforto e que podem ser manipulados/manejados para assegurar o conforto.
- 4- **Saúde:** é o nível ótimo de função de um cliente/família/comunidade, capaz de assegurar o conforto.

Tais definições são congruentes, consistentes, com a teoria do conforto e evoluem segundo a evolução da teoria.

### **A teoria do conforto: os seus pressupostos e postulados**

#### **✓ Pressupostos**

- 1- Os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos;
- 2- O conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem;
- 3- Os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam;
- 4- O conforto melhorado dá ânimo aos doentes para empreenderem o comportamento de procura da saúde - HSB (Health seeking behaviors)<sup>10</sup> da sua escolha;
- 5- Os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem ativamente HSB estão satisfeitos com seus cuidados de saúde;
- 6- A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados.

#### **✓ Postulados**

- 1- As enfermeiras identificam as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, concebem medidas de conforto para abordar essas necessidades e procuram melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado;

---

<sup>10</sup> O HSB foi sintetizado pela Doutora Rozella Schlotfeld e representa a categoria alargada de resultados subseqüentes relacionados com a busca da saúde conforme definida por quem recebe os cuidados, e de acordo com a consulta com a enfermeira. A Dr<sup>a</sup> Schlotfeld declara que os HSB podem ser internos, externos ou uma morte pacífica. Kolcaba (2002).

2- O conforto melhorado está direta e positivamente relacionado com o compromisso com o HSB, que é resultado posterior desejado;

3- Quando as pessoas têm o apoio necessário para se comprometerem totalmente com os HSB, tal como a sua reabilitação e/ou programa ou regime de recuperação, a integridade institucional também é melhorada;

### **A forma lógica na elaboração da teoria do conforto**

Kolcaba elaborou a teoria do Conforto através de três tipos de raciocínio lógico:

**1- Indução:** Bishop (1998) *apud* Alligood e Tomey (2004, p.486) nos diz que a indução “*ocorre quando são feitas generalizações a partir de um número de circunstâncias específicas observadas*”. Quando as enfermeiras assumem com seriedade sua prática acerca da enfermagem enquanto disciplina, familiarizam-se com conceitos, termos, proposições e pressupostos implícitos ou explícitos que sustentam a própria prática. Na condição de docentes de enfermagem, pode-se perceber quando um estudante ao esquematizar seu plano de atividades práticas, não consegue delinear seus atos e operações de modo fácil. Segundo Alligood e Tomey (2002, p.486), o mesmo aconteceu com Kolcaba quando a Dr<sup>a</sup> Rosemary Ellis solicitou que ela esquematizasse sua prática, a qual, mesmo com algumas dificuldades foi descrita em termos de prática de cuidados à pessoa com demência, necessitando de *ambiente facilitador*, atenção às *incapacidades excessivas* e possibilidade de *função ótima*. Quando desenhou as relações entre esses elementos, Kolcaba reconheceu que os mesmos não conferiam completamente com sua prática. E ela, então, percebeu que lhe faltava uma importante peça no instrumental de enfermagem, e

ponderando sobre *o que* as enfermeiras faziam para prevenir as incapacidades progressivas, compreendeu a importância das *intervenções de enfermagem*.

No caso dos deficientes em geral, o *funcionamento ótimo* foi conceituado como “a capacidade de executar atividades habituais na unidade” (ou residência) como: pôr a mesa, preparar uma salada, ouvir um programa de televisão ou permanecer sentado. Kolcaba percebeu que tais atividades faziam com que os residentes se sentissem bem consigo próprios, como se estivessem desempenhando a atividade *certa* na hora *certa*. Percebeu também que essas atividades não aconteciam mais do que duas vezes por dia, até porque os residentes não agüentavam muito mais do que isso. E aí, fez as seguintes indagações “*O que mais faziam eles?*”, “*Que comportamentos poderiam ser esperados pelo pessoal de enfermagem e que indicassem ausência ou excesso de incapacidades?*” “*A expressão incapacidades excessivas expressa os pormenores ou carece de melhor esclarecimento?*”(Allgood e Tomey 2002, p.486).

Kolcaba encontrou soluções parciais para estas questões, como seguem:

1. dividir as incapacidades excessivas em física e mental;
2. introduzir o conceito de *conforto* no diagrama original (esta palavra parecia conferir com a situação desejada para os doentes, em especial quando não estavam ocupados no desempenho de alguma atividade);
3. observar a relação existente entre conforto e funcionamento ótimo.

Segundo Alligood e Tomey (2002, p. 486), “*estes esforços [de Kolcaba] marcaram os primeiros passos no sentido de uma teoria do conforto e do pensamento sobre as complexidades do conceito*”.

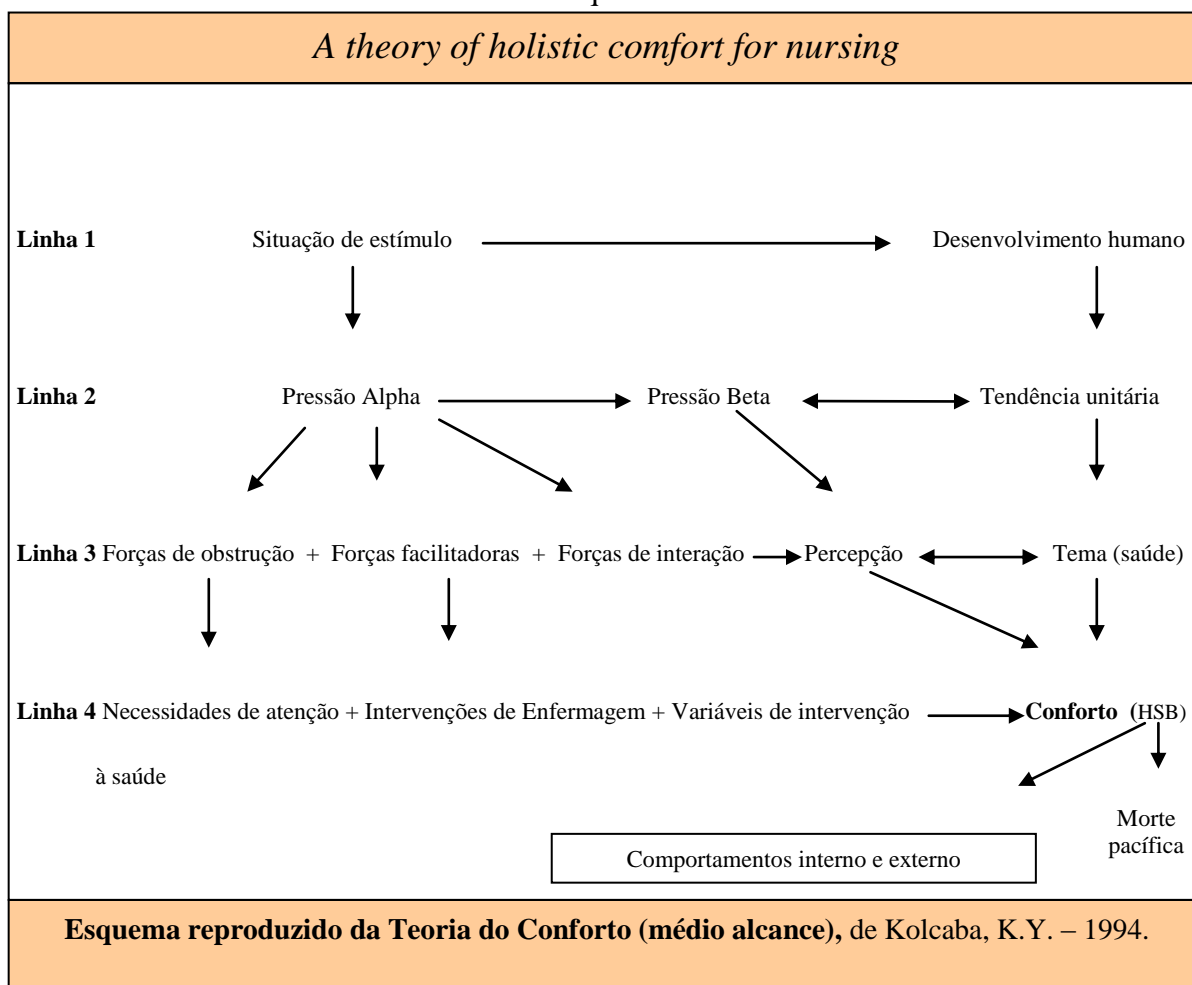
**2- Dedução:** A dedução é uma forma de pensamento lógico na qual as conclusões são atingidas, subsequentemente, a partir de premissas antecedentes, ou proposições mais gerais, para outras conseqüentes e mais particulares. O estágio dedutivo no desenvolvimento da teoria do conforto resultou na relação da idéia de conforto com outros conceitos imprescindíveis na constituição da teoria.

Kolcaba utilizou-se do apoio de três teóricos de enfermagem para chegar à sua entendida definição de conforto. Por outro lado, a autora teve que buscar em outras áreas do conhecimento as condições necessárias para aliar as noções de *alívio*, de *tranqüilidade* e de *transcendência*. E concluiu, então, que era necessária uma estrutura conceitual mais geral, abstrata, e que fosse coerente com o conforto, e que, possivelmente, contivesse um número considerável de construções abstratas aplicáveis. Alligood e Tomey (2002, p. 487) asseguram que o trabalho do psicólogo Henry Murray (1938) parecia satisfazer esses critérios. Afirmam, outrossim, que esta teoria consegue dar conta das necessidades humanas; e por isso, é considerada potencialmente aplicável aos enfermos que suportam múltiplos estímulos em diversas situações de cuidados à saúde, sendo capazes, ainda, de experimentarem determinadas tensões. Esta fase condiz com o desenvolvimento dedutivo da teoria, começando com uma construção teórica geral, abstrata, e com uma infra-estrutura de elementos instrumentais, no sentido descendente para níveis mais específicos, e que incluíram conceitos *intervenientes* para a prática de enfermagem.



Segundo Alligood e Tomey (2002, p. 487), a intenção de Murray era sintetizar uma grande teoria para a psicologia geral, a partir de teorias de menor teor psicológico existentes à época. Os seus conceitos de Murray estão presentes nas linhas 1,2 e 3 da teoria do conforto de Kolcaba, conforme esquema (A), a seguir.

Esquema A

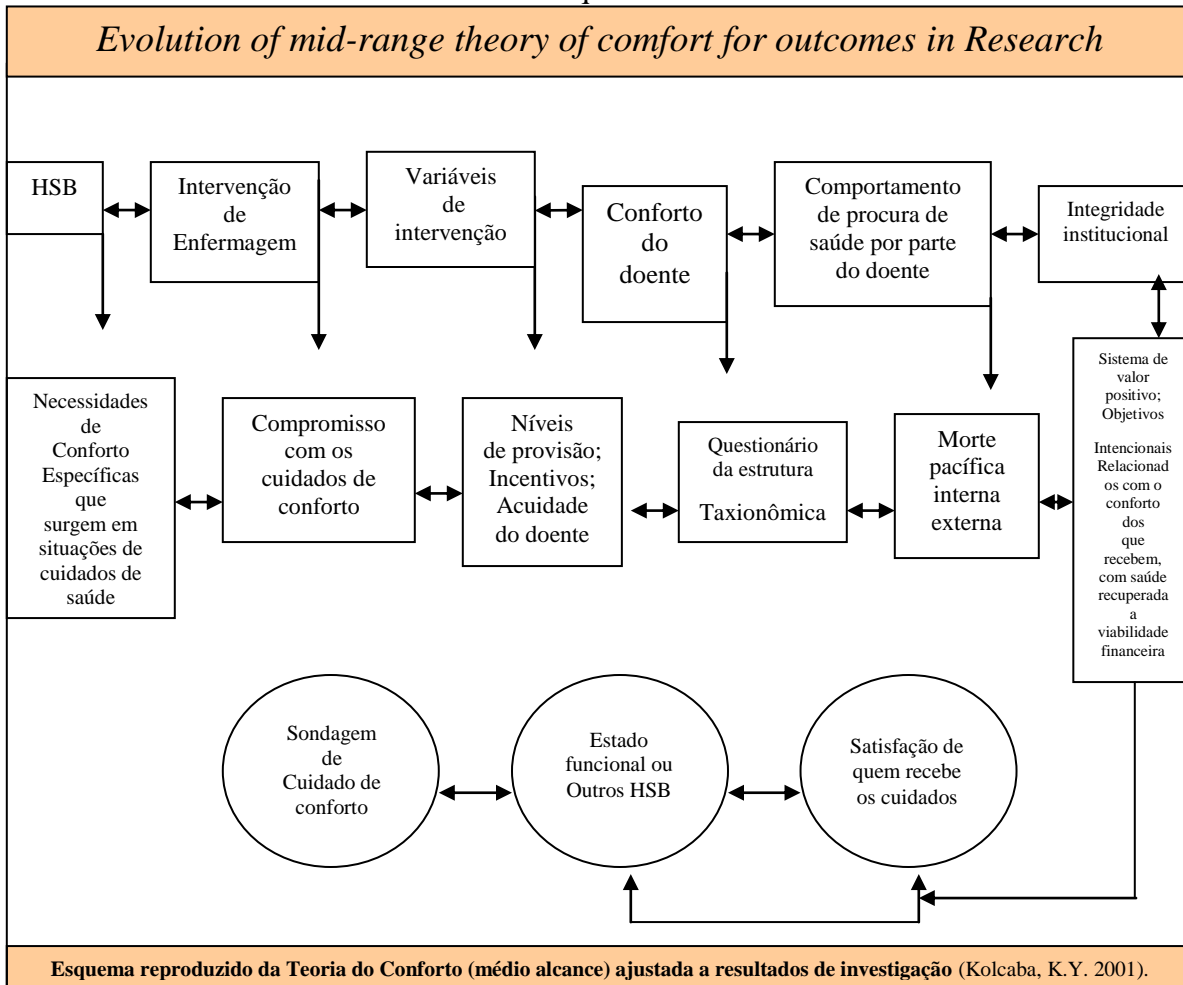


Nesse sentido, o “conforto” seria potencialmente desejado pelos enfermos ou clientes incapacitados, na oportunidade de procura da consulta de enfermagem, quando o comportamento HSB se evidencia com mais força e, conseqüentemente, está logicamente inserido na infra-estrutura do conceito de

*percepção* de Murray. Nas explicações de Alligood e Tomey (2002, p. 487), as *forças de obstrução* manifestam-se como sub-estruturas para a enfermagem e em relação com as necessidades de cuidados de atenção à saúde. As *forças facilitadoras* conferem com medidas de conforto e as *forças de interação* condizem com as variáveis de *intervenção*. A *tendência unitária* é abordada a partir da questão “*por quê o conforto?*”. Para a enfermagem, essa tendência é subjacente aos HSB. Nesse sentido, alguns exemplos de HSB surgem na diminuição do tempo de internação, numa condição funcional melhorada e na melhor resposta do esforço à terapia, ao desejo de cura mais rápida, no aumento da satisfação do enfermo no processo de consulta ou de internação.

**2- Abdução:** é uma forma de raciocínio que origina novas idéias. Conforme Alligood e Tomey (2002, p.487), este tipo de raciocínio “(...) *é útil para escolha de fenômenos (fatos) que podem ser mais bem desenvolvidos e testados*”. E afirmam que “(...) *este tipo de raciocínio aplica-se em áreas nas quais existem poucas teorias disponíveis*”. Essas autoras ainda enfatizam que, ao adicionarmos uma estrutura teórica de enfermagem aos resultados de uma investigação, o fenômeno (fato) focalizado poderia ressaltar-se melhor na área de conhecimento em enfermagem, uma vez que a prática baseada na teoria permite às enfermeiras conceber intervenções coerentes com os resultados desejados, aumentando assim a probabilidade do alcance de resultados significativos. E Kolcaba (2001) só fez um *ajustamento* da Teoria do Conforto aos resultados de suas investigações, como se pode observar no esquema (B), a seguir.

Esquema B



A Teoria do Conforto tem, portanto, seu próprio estado de evolução e como ilustrada no esquema (B) específico, pode ser aplicada a qualquer situação de investigação em plano da prática de enfermagem. Neste caso, a Teoria pode ser aplicada, também em Unidades de Internação hospitalar. No entanto, cabe ressaltar que a Teoria do conforto, tal como arquitetada por Kolcaba, é bastante recente e talvez pouco conhecida na prática investigativa na área da enfermagem, carecendo ainda de consideração e reconhecimento no meio acadêmico.

Por entender a relevância da investigação, neste estudo, e da avaliação do conforto como resultado eficaz à teorização sobre a prática da enfermagem pensou-se que as respostas de enfermeiras (em ação) e de clientes internados em Unidades de Internação Hospitalar poderiam fornecer elementos de pertinência conceitual à idéia de conforto. Pensamos também que essas respostas, objetivadas em nossa pesquisa, seriam fundamentais às tomadas de decisão em planos de *intervenções* de enfermagem, tanto nas instituições de saúde como em nível comunitário. E com estudos e investigações posteriores, poderíamos acrescentar, por suposto, novas elucidações sobre o assunto ou *retificações* nas pesquisas implicando não só as experiências recentes para alcançar, epistemologicamente, a *verdade aproximada* aos termos do cuidado de enfermagem aos clientes necessitados de conforto (Bachelard, 2004), como também nas pesquisas subordinadas a requisitos de *verificabilidade* e *falseabilidade* (Popper, 1975).

Para esta investigação em causa, utilizamos a estrutura *taxionômica* de conforto, como instrumento metodológico para a obtenção, classificação e análise dos dados, a qual tomou de partida os três tipos de conforto - o *alívio*, a *tranqüilidade* e a *transcendência* - e, portanto, em seu contexto - físico, *psicoespiritual*, *ambiental* e *social* -, tais como já registrados na descrição da Teoria do Conforto de Kolcaba.

### **A teoria do conceito: de Aristóteles a Dahlberg**

O estudo da origem e formação dos conceitos já vem sendo feito ao longo da história do pensamento filosófico e científico, em diversos campos disciplinares, inclusive na área da saúde. No entanto, com mais restrição na área da enfermagem e muito mais fortalecido nas áreas de filosofia, semântica,

psicologia, biblioteconomia e etc. É importante ressaltar que, na formação do *conceito*, as bases cognitivas e lingüísticas do conhecimento nas ciências humanas estão sempre envolvidas entre si, e que, nessa investigação, tratamos do *conforto* como tema de saber/conhecimento de enfermagem.

A Teoria do Conceito foi desenvolvida por Ingtraut Dahlberg, nos anos 1960, e foi utilizada, posteriormente, na elaboração de Tesouros<sup>19</sup>; essa teoria veio demonstrar a possibilidade de se utilizar princípios de elaboração de terminologias para o domínio das linguagens documentárias de ordem alfabética, sobretudo no interesse das ciências da informação.

Cabe enfatizar que essa teoria possibilitou uma base mais sólida para a determinação e o entendimento do que consideramos *conceito*, para fins de *representação* ou de recuperação da informação.

*“(...) Ela desenvolve princípios para estabelecer: relações entre conceitos com base na lógica, em método para a fixação do conteúdo do conceito e para seu posicionamento em um Sistema de Conceitos, fornecendo os elementos para definições consistentes” (Dahlberg, 1992, p. 85).*

A idéia de *conceito* em Dahlberg é formada por três elementos, a saber: **o referente**, **as características** e a **forma verbal**. Para Dahlberg, o processo de determinação do *conceito* se dá, pois, no momento em que selecionamos, na pesquisa, um item de referência – **o referente** – sendo então, o *conforto* analisado dentro de um determinado universo e, em nosso caso, o conforto nas unidades de internação hospitalar. A partir daí, atribuem-se predicados ao referente, a partir de características relevantes que vão auxiliar no processo de designação de uma forma verbal apropriada, e que denotará o conceito.

---

<sup>1</sup> “Tesouro é uma lista estruturada de termos associados, empregados por analistas de informação e indexadores, para descrever um documento com a desejada especificidade, em nível de entrada, e para permitir aos pesquisadores a recuperação da informação que procura” (Cavalcanti, 1978).

Assim, o *conceito* só pode ser determinado a partir da reunião de todos esses elementos que o compõem. Dahlberg enfatiza, ainda, a importância fundamental da *categoria* na estruturação do *conceito* e do sistema de conceitos.

As categorias possuem a propriedade de permitir a sistematização de todo o conhecimento da realidade, e podem ser identificadas no momento da determinação do *conceito* ao serem inferidas como predicções entendidas como “verdadeiras e finais” a respeito de um item de *referência* da realidade observada ou investigada.

As afirmativas finais devem ser acumuladas, passo-a-passo, através de predicções entendidas como “verdadeiras” sobre um dado referente no mundo (Dahlberg, 1978). Estas predicções são um dos elementos do conceito - as características - que estão presentes na definição (Dahlberg, 1978) e contribuem para o estabelecimento das relações entre os conceitos e podem permitir compatibilização semântica entre *termos* e *conceitos*. Para uma melhor compreensão do assunto, detalhamos a seguir os elementos constitutivos do *conceito*.

### ✓ O Referente

O referente é um objeto formal, um *constructo* mental, uma unidade de pensamento. Assim, fisicamente podem não existir os objetos como “casa” ou como “árvore”. O que existe é uma determinada casa, uma determinada árvore, de determinadas espécies. Pelo fato de ser um *constructo* mental, pode-se ter o *conceito* de um *referente* sem a existência real do mesmo, como por exemplo, um “duende”. No entanto, se considerarmos tal referente como apenas *unidade* do pensamento, não podemos ter certeza de apreender, entender, por completo, tal unidade, por ser algo apenas subjetivo, algo que está na cabeça de um indivíduo. E a possibilidade de comparação feita com o *conforto* na condição de

*referente*, seja ele como fato objetivo ou elemento subjetivo, ou em ambos os casos, estará na dependência da condição de *existência* de unidade de pensamento.

Na análise de um *referente*, lançamos mão de *predicados* supostamente “verdadeiros”, através do exame detalhado de suas propriedades, ou das características *objetivas*. Tal análise evidencia, ou pode evidenciar os *traços* indispensáveis para o estabelecimento das relações específicas entre *termos* que vão auxiliar na construção do sistema de conceitos, visto que nenhum termo do tesauro fica isolado, mas está sempre relacionado, pelo menos, um com outro.

#### ✓ **Característica**

Característica é o elemento constitutivo, formador do conceito. Analisar um objeto ou um *referente* significa identificar, nele, suas propriedades. Num grau de abstração, do *referente* para o conceito, dizemos que as propriedades dos *referentes/objetos* correspondem às características do conceito.

Exemplo: “finanças públicas” são as receitas e as despesas do setor público ou de órgão do setor público. As características presentes nesta definição/explicação são “receita”, “despesa” e “setor público”. A expressão “finanças públicas” poderia ter outro sentido na dependência de outras características, caso o sistema de informação no qual está inserida a expressão estivesse voltado para outra área de interesse, a exemplo de Ensino de Enfermagem, ou seja, “disciplina relativa a conteúdos teóricos e práticos de enfermagem”. Assim, a área de assunto do tesauro é fundamental para a análise do *referente*.

Por outro lado, na construção de um tesouro, nem todas as características de um *conceito* são necessárias ou relevantes para que se possa proceder à sua identificação. O assunto a ser sistematizado, o público alvo e o objetivo, dentre outros, determinam as características relevantes a serem selecionadas.

A título de exemplo, num tesouro agrícola, ao analisar o conceito “manga”, as características relativas às propriedades nutritivas da manga não são relevantes. Na dietoterapia, sim, pois interessa aos nutricionistas suas características nutritivas.

Outro exemplo: Na classificação de madeiras para a produção de instrumentos musicais há características que, provavelmente, são irrelevantes para o setor moveleiro, e vice-versa.

Os exemplos acima mostram que o perfil do usuário a que se destina o tesouro é decisivo para selecionar as características de um *conceito*. Tais características vão se refletir no momento de estabelecer os *termos* associados. Assim, nesta investigação, o tesouro de *conforto* foi caracterizado para atender ao perfil de enfermeiras e clientes respondentes, e como encontrados nos mais diversos contextos de cuidar e ser cuidado em âmbito do universo hospitalar.

É importante, portanto, definir o público alvo de maneira clara, fundamental para a seleção das características, com conseqüências nas diversas etapas da elaboração do tesouro.

#### ✓ **Termo ou Forma Verbal**

O processo mental da formação do conceito se dá através de uma linha de pensamento que leva à elaboração do conhecimento, passando por um processo de assimilação da informação pelo cérebro, transformando-a. Após essa



elaboração mental baseada no conhecimento prévio do indivíduo, a unidade de informação se transforma em uma unidade conceitual que é representada por um termo [forma verbal], o qual possui um único significado, geralmente expresso por símbolos e palavras, com o objetivo de comunicação. Conceitos e categorias são temas centrais de estudo dentro da área de ciência da informação, sendo a base para a organização e para a representação do conhecimento.

### ✓ **Função**

As características de um dado *referente* (função) servem aos conceitos e são usadas para classificar e definir outros conceitos. Por exemplo, “verniz” é um conceito que tem a “resina” como uma de suas características, e “resina” também é um conceito em si. Se não soubermos a que “resina” nos referimos, não podemos entender corretamente o que seja “verniz”.

Assim, um conceito nunca é estabelecido de forma isolada, mas sempre em relação com outros. Um conceito se estabelece através da comparação com outros conceitos, quando se identificam as semelhanças e as diferenças (por meio da análise e comparação das características), o que leva à reunião de conceitos, que se relacionam de maneira variada. Por exemplo, o conceito "vacina anti-rábica" leva aos conceitos de "vacina" (relação genérica), ao conceito de "raiva" (termo associado), e este leva ao conceito de "doença infecciosa", o qual guarda uma relação genérica com a "raiva".

Então, a partir de um único conceito – “vacina anti-rábica” - reunimos pelo menos mais três conceitos, ligados por relação genérico-específica e por relação associativa.

É importante ter em mente: os tesouros se caracterizam por mostrar as relações entre os conceitos. Assim, as características dos conceitos têm especial importância na estruturação do tesouro.

➤ **Classificação das Características**

✓ **Característica essencial**

É a característica necessária ao completo entendimento do conceito, especificando-o de maneira inequívoca. Assim, quando definimos tinta fluorescente como “tinta que apresenta certa luminescência durante à noite” e tinta fosforescente como “tinta que apresenta certa luminescência durante a noite”, não conseguimos fazer a distinção entre elas. Faltam-lhes as respectivas características essenciais.

Por exemplo:

• ***Tinta fluorescente***: tinta que apresenta certa luminescência durante a noite, quando sobre ela incide um feixe luminoso, cessando quando a fonte ativadora deixa de agir.

• ***Tinta fosforescente***: tinta que apresenta certa luminescência durante a noite, quando sobre ela incide um feixe luminoso, continuando por algum tempo após a fonte ativadora deixar de agir.

Então sabemos que esses termos não são equivalentes, ou sinônimos, mas, apresenta em comum, o fato de serem “tinta” e “brilharem à noite”. E isto mostra que os conceitos mesmo próximos não se equivalem e nem condizem com qualquer sinonímia.

### ✓ **Características Intrínsecas e Extrínsecas**

Forma, cor, tamanho, peso, por exemplo, podem caracterizar um referente em si mesmo, sem relação com outros. São as características intrínsecas. Assim, é próprio de uma *vigia* de navio ser “redonda”, enquanto é próprio da janela de navio ser “retangular”. É próprio das pedras preciosas terem “cor”, “brilho” e facetas lapidadas, entre outras características.

Quando um referente se caracteriza por ter uma função (peculiar) que um outro não tem, ou uma finalidade (precípua) que um outro não tem, ou por apresentar componentes diferentes de outros referentes semelhantes, então se diz que estas características são intrínsecas, ou seja, elas são identificadas num objeto em relação ao outro.

Quando não são identificadas por si mesmas, por exemplo: “cuidado de alta complexidade”, “cuidado de baixa complexidade”, “cuidado paliativo”, “cuidado confortante”, são denominadas extrínsecas. O conceito “cuidado” pode ser caracterizado, *per se*, independentemente de suas variações de nível de qualidade ou de grau de intensidade. No entanto, quando acrescentamos um predicativo, ou elemento qualificador, o cuidado passa a se caracterizar na dependência da ação *viva* sobre o cliente, deixando explícita a relação entre o cuidado decorrente dessa ação e o tipo específico de cliente a que esse cuidado se destina. Por conseguinte, na área do conhecimento de enfermagem, se diz que atributo é de *inerência* e que *o cuidado* de que se fala é *de enfermagem*.

Nos tesouros, o tipo de cuidado está subordinado a “cuidado em geral”, donde cada tipo de cuidado, imprescindivelmente, terá que vir associado à

condição do sujeito específico – agente do cuidado – e ao cliente que demanda o cuidado.

### ✓ **Características Dependente e Independente**

Na análise de um referente, percebe-se que algumas características podem ser listadas sem qualquer ordem de precedência, enquanto outras, não.

a) Uma característica será *dependente* de outra se esta outra tiver que ser previamente definida para que a primeira possa ser compreendida. Por exemplo, o conceito “cuidado complexo” exige que se compreenda, primeiramente, a característica que faz parte de seu conceito, a saber, “complexo” ou “complexidade”.

b) As características *independentes* produzem conceitos que podem pertencer a mais de uma hierarquia. Por exemplo, o “cuidado” pode ser definido, no mesmo contexto de um tesouro, como atenção para um perigo iminente e também como resultado do esforço ou intenção de um sujeito da ação. Assim, o cuidado participa de dois conjuntos, a saber:

- ✓ Resultado do esforço ou intenção de um sujeito da ação – cuidado *em si*.
- ✓ Atenção para um perigo iminente – cuidado!

Isso cria uma condição de poli-hierarquia entre termos. Na área profissional, quando afirmamos que cuidado é o resultado de uma ação, significa que ele está inserido na classe “cuidado de enfermagem”; quando afirmamos que cuidado é atenção para um perigo iminente, ele pertence à outra classe.

É importante ter em mente que: a poli-hierarquia só tem sentido se os agrupamentos forem úteis para as finalidades do tesouro. O fato de a poli-hierarquia ser possível, não quer dizer que tenha que ser utilizada.

### ✓ **Intensão**

O número de características necessárias à identificação de um conceito varia. Chama-se *intensão* o conjunto das características que contribuem para a idéia de um conceito. A *intensão* de um conceito pode ser maior ou menor em relação a outro(s), ou seja, o número de características de um conceito pode ser menor ou maior em relação a outro(s). Quanto maior a *intensão* (ou o número de características), maior o grau de especificidade/significado. Quanto menor a *intensão*, mais geral é o conceito.

Por exemplo, o conceito “vermute” tem mais características do que o conceito de “bebida”, ou seja, a *intensão* do conceito “vermute” é maior do que a *intensão* do conceito “bebida” por incluir as características: “extratos de ervas aromatzadas”, “bebida fermentada”, “teor alcoólico” e “bebida”.

É importante destacar que a análise das características do *referente* fornece tanto os elementos para a criação de um novo *termo*, como para a fixação do conteúdo de um *termo* já existente na língua, e ainda, para estabelecer as relações entre os termos de um tesouro e para a construção da definição do *termo* num glossário.

Vale enfatizar, por conseguinte, que por *teoria do conceito* entende-se, nesta investigação, o conjunto de enunciados oriundos de proposições *axiomáticas* (não resultantes de dados de evidência autêntica), mas entendidas como *o fruto* de uma concepção que se instaurou, desde o seu início, como

Sistema Nightingale. Além disso, os enunciados teóricos ou conceituais, ao longo da trajetória evolutiva, condizem com resultados de pesquisas e de *referentes* decorrentes de reflexões de efeito teorizante tão específicas e imprescindíveis à complexa região epistemológica de uma disciplina singular *a Enfermagem*. Essa disciplina que compreende, peculiarmente, manifestações de atos de pensar e representações da realidade, da comunicação e da preservação de objetos de ciência e realidade, e cujo conhecimento integra também, os campos da história, da linguagem, da psicologia cognitiva, da comunicação e da ciência da informação (Dahlberg, 1992).

Assim, nesta investigação, o *conceito* de conforto é, portanto, tema crucial, não só por pertencer à *essência* do trabalho de enfermeiras(os) a partir dos cuidados prestados aos clientes internados em unidade hospitalar, mas, em especial, por integrar os conteúdos do saber/conhecimento profissional na área de enfermagem.

Muito embora se fale sobre a idéia de *conceito*, nem sempre temos clareza do significado da palavra. Até mesmo partindo da própria etimologia do termo, existem discussões que merecem ser resgatadas. Dahlberg (1992), por exemplo, chama a atenção para um fato relacionado aos componentes essenciais de um conceito relativo a um dado *referente*.

Considerando-se que, para Aristóteles, o significado do conceito (*horos*) incluía três elementos, *logos*, *pragma* e *noema*, Dahlberg (1992) ressalta que, a partir do pensamento do filósofo grego, no processo de interpretação e tradução de *horos*, Boécio (c. 480 – c. 526), ao verter o conceito para o latim, optou pelo vocábulo *terminus* (termo) que privilegia somente o *logos*, isto é, o lado

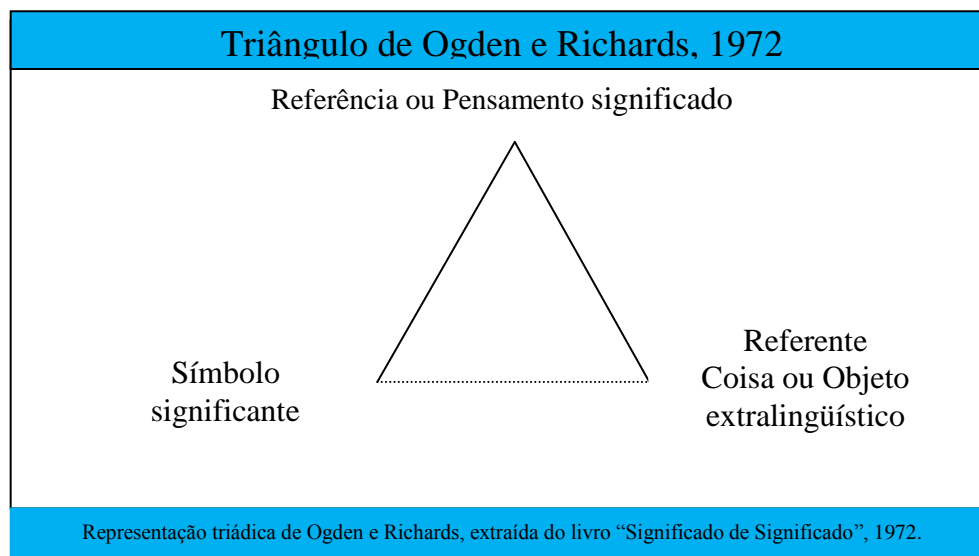
lingüístico do conceito; ficando falha, portanto, a correspondência do termo ao referente.

Essa confusão ensejou, segundo a renomada teórica do conceito a que outros filósofos, posteriormente, tenham preferido o uso de *terminus*, considerando estar incluído neste vocábulo o elemento conceitual e também o elemento meramente lingüístico – o *referente*. Porém, ainda segundo Dahlberg (1992), sabe-se que Christian Von Wolff (1679) traduziu corretamente por *conceito* o termo *horos*, que quer dizer conjuntamente *signo* e conteúdo.

Assim sendo, mediante a idealização de O triângulo de Ogden e Richards (1972), publicado no clássico livro “**O significado de significado...**”, publicado em 1923 (1ª Edição) e na edição brasileira de 1972, Dahlberg afirma que a idéia específica tem sido muito utilizada para se representar o significado de conceito devido a sua clareza e facilidade de compreensão.

Em um espectro específico, ou diagrama, pode se perceber/visualizar a imagem de um triângulo equilátero em que, no vértice superior encontra-se o objeto da realidade; no vértice da direita o conceito, formado de todos os enunciados que podem ser proferidos sobre o referente; e no vértice da esquerda encontra-se o símbolo, o signo, termo, número, ícone, designando o conceito sobre o objeto referente, conforme Figura nº01, a seguir.

Figura nº01



O **significado (pensamento ou referência)** se situa no vértice superior do triângulo como um produto realizado a partir de nossas relações sociais, ou melhor, dizendo, do código social que é estabelecido entre o **significante (símbolo ou referência)**, determinando o **objeto (referente)**. A mais importante relação no triângulo de Ogden e Richards (1972) é a existente entre o significante e o significado (símbolo e o pensamento - símbolo e a referência). Em todas as relações existentes no triângulo, podemos verificar que não existe associação direta entre o significante (símbolo) e o objeto (referente), isto é, o objeto não tem nenhuma relação direta e pertinente com o símbolo que o representa.

São recorrentes, desde a antiguidade grega, as discussões sobre as conexões entre as *palavras* e as *coisas*, entre os *referentes* (coisas, pensamentos), seus *conceitos* e respectivos *símbolos* usados para sua *representação*. Na Idade Média, as discussões sobre o uso de *termos* e *conceitos*, no intuito de se definir as coisas, chegaram a dar origem a duas correntes diferentes de pensadores: os nominalistas e os conceitualistas.



Segundo Dahlberg, no pensamento de Aristóteles, encontram-se contribuições bastante relevantes para a teoria do conceito, envolvendo o ato da cognição humana e a fatoração do conceito em categorias, dentre outras abordagens, ressaltando-se que sua influência, nesse campo do conhecimento, tenha sido reconhecida e referenciada em quase todas as épocas da evolução do pensamento filosófico e científico. Para Aristóteles, “*saber seria ter muitos conceitos*” e “*conhecer significava três coisas*”:

- ✓ Formar conceitos, ou seja, constituir em nossa mente um conjunto de notas características para cada uma das essências que se realizam na substância individual, e que, nesta investigação, tratamos do fenômeno conforto;
- ✓ Aplicar esses conceitos que formamos a cada coisa individual, colocar cada coisa individual sob um conceito. Chegar à natureza; contemplar a substância; olhá-la e voltar para dentro de nós mesmos para procurar no arsenal de conceitos aquele que melhor se ajusta a uma singular substância; e formular um juízo;
- ✓ Embaralhar entre si esses diversos juízos, em forma de raciocínios que nos permitam chegar à conclusão acerca de substâncias que não temos presentes.

Esta seria uma forma de se abordar a natureza física e/ou abstrata de uma coisa, desvelando-lhes os mistérios e enunciando verbalmente sobre cada faceta ou ângulo relacionado ao conceito de “conforto” observado, e reconstruindo-se, por último, o *objeto* por meio da síntese de todas as facetas a ele relativas.

Shera (1957) nos diz que os conceitos ou padrões se constituem na matéria do qual as classificações são feitas. Os conceitos podem se referir às coisas concretas e abstratas.

Abbagnano (2007, p.194), refere-se ao conceito dizendo que:

*"Conceito refere-se a todo processo que possibilite a descrição, a classificação e a previsão dos objetos cognoscíveis. Assim entendido esse termo tem significado generalíssimo e pode incluir qualquer espécie de sinal ou procedimento semântico, seja qual for o objeto a que se refere abstrato ou concreto próximo ou distante, universal ou individual etc."*

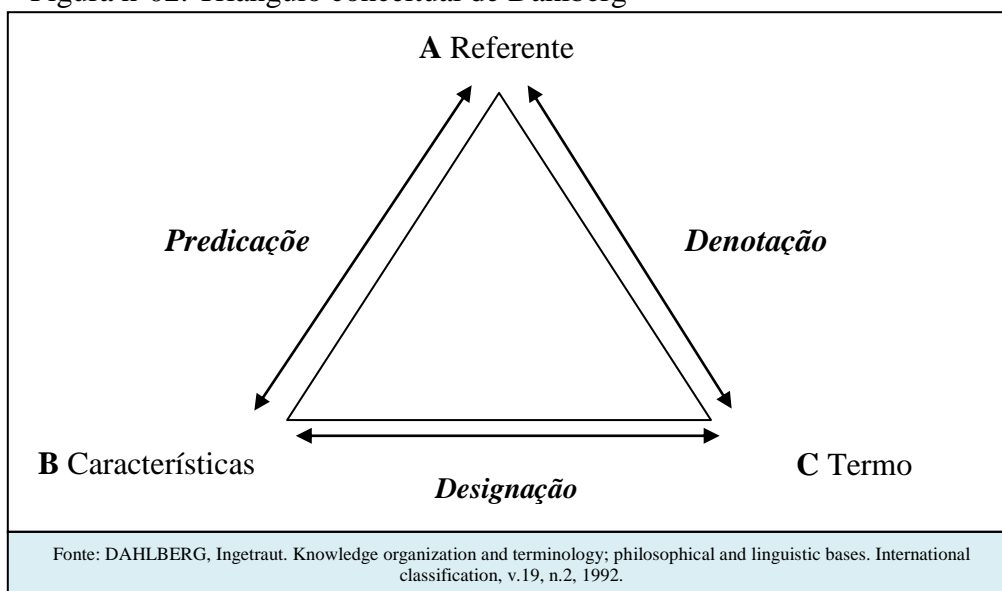
### **Aspectos teóricos do conceito segundo Dahlberg**

A Terminologia é uma área do conhecimento interdisciplinar e transdisciplinar que trata dos conceitos e de suas representações. Segundo a Teoria Geral da Terminologia, os conceitos de uma área do conhecimento se definem uns em relação aos outros, formando assim um sistema de conceitos.

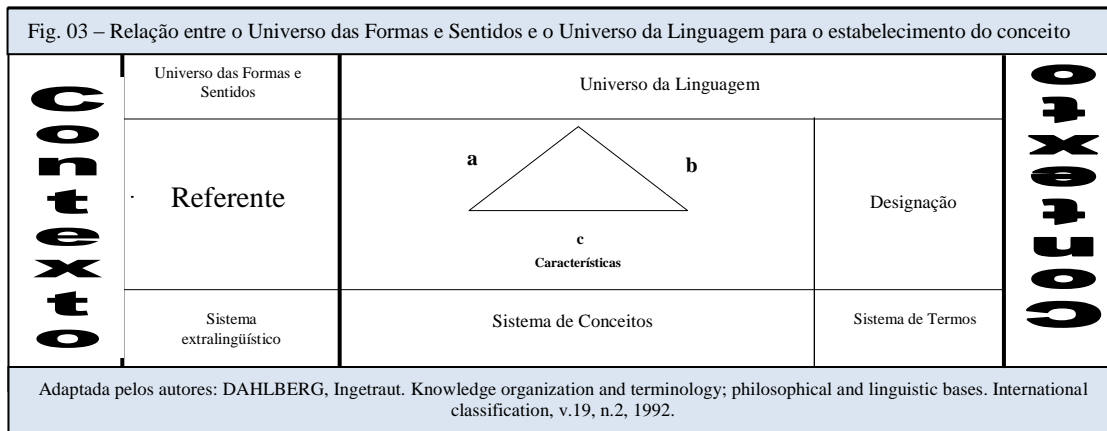
A Recomendação International Organization for Standardization - ISO 1087 define "conceito" como "unidade do pensamento". Como sabemos, o pensamento é gerado por processos cognitivos, "algo que está na cabeça de alguém", sobre alguma coisa observável, que é único do indivíduo e que, dessa forma, não pressupõe o estabelecimento de unidade, pois unidade designa o comum a todos. Dahlberg (1992), à luz da Teoria do Conceito, reconhecendo essa contradição, propõe que "conceito" seja definido como "unidade de conhecimento", pois conhecimento pressupõe um entendimento comum do objeto observável. Assim, a partir do pensamento, o homem reconhece fatos no mundo - (relativos aos referentes) -, que geram os processos cognitivos; esses processos só se transformam em processos comunicativos (onde o conhecimento se instaura), quando ele confere esses fatos com critérios de verdade, o que pressupõe a *confiabilidade* e a *aceitabilidade* desses fatos por um grupo de

indivíduos, em plano de intersubjetividade, onde se estabelece o que poderíamos chamar de “verdades universais”. Dessa forma, Dahlberg (1992) define “conceito” como uma unidade do conhecimento, compreendendo afirmação verificável sobre um dado item de referência, representado numa forma verbal. Podemos apresentar essa definição através do seu triângulo conceitual – Figura nº02, a seguir.

Figura nº02. Triângulo conceitual de Dahlberg



Esta análise nos leva a certas constatações, na medida em que verificamos o estabelecimento de dois espaços de analogia para o entendimento da definição de Dahlberg (1992). Distanciando o Referente da Linguagem, “*referente*” é aquilo que observamos; e para formarmos o conceito, predicamos sobre ele (aplicamos atributivos) e o designamos. Para tanto, a autora apresenta *sua* representação em dois universos: o Universo das Formas e dos Sentidos, onde o referente está inserido, e o Universo da Linguagem, onde as características e a forma verbal se apresentam em relação ao triângulo (Figura nº 03).



Drozd (1983), preocupado em estabelecer pré-requisitos para a definição, de forma clara, apresenta os limites entre o conceito e a definição, propondo, então, em vez de dois Universos, três Sistemas: o Sistema de Entidades Extralingüísticas, o Sistema de Conceitos e o Sistema Terminológico. O “**sistema de entidades extralingüísticas**” é relativo à “realidade do mundo, sob controle das leis da natureza”. O “**sistema de conceitos**” é “o conjunto de entidades abstratas sobre o nível teórico da consciência social”. Neste estudo, a consciência de enfermeiras e de seus clientes é controlada pelas leis do pensamento. E, por último, o “**sistema terminológico**” é definido como um “conjunto de idéias de nomeação” para um dado sistema de conceito, controlado pelas leis da Linguagem e da Lógica, aqui, enquadrado na Teoria do Conceito.

Então, quando Dahlberg (1992) apresenta o *referente* como parte do triângulo conceitual, ele (o referente) está, a nosso ver, inserido no que Drozd (1983), chamou de Sistema de entidades extralingüísticas, que faz parte do Universo das Formas e dos Sentidos, assim como as características e a designação (no triângulo conceitual de Dahlberg, 1992) e os Sistemas de Conceito e Terminológico, de Drozd (1983), estão inseridos no Universo da Linguagem (Figura 03).

### Aspectos sistemáticos da terminologia

Em vista de que, na Teoria Geral da Terminologia, os termos se definem uns em relação a outros, formando um sistema de conceitos, vamos focalizar, em nossa argumentação, alguns princípios básicos para se estabelecer o relacionamento entre os conceitos.

O termo vocábulo é a representação do conceito. Para a formação de um conceito é necessário identificar as características ou traços distintivos de uma entidade individual (*referente*). As entidades individuais podem ser de natureza material, por exemplo, pedras, máquinas, e entidades não materiais, por exemplo, processos que ocorrem na construção civil. No entanto, muitas são as variáveis que interferem na determinação do *conceito*, sendo fundamentais o domínio do conhecimento em que ele se insere – a exemplo da área de enfermagem - e o ponto de vista (opinião de clientes e enfermeiras) ou o aspecto pelo qual o *referente* está sendo focalizado. Assim, os conceitos são, em última instância, a síntese das características relevantes (contextualizadas) e, portanto, entidades (*referentes*) individuais ou coletivas. O conjunto dessas características relevantes constituirá o conteúdo conceitual.

Para identificar as características dessas entidades, no entanto, é necessário fazê-lo em relação a um contexto específico (Figura nº 03). A natureza sistemática da Terminologia exige abordagem metodológica própria para a organização dos conceitos.

Esta organização ou sistematização é necessária não apenas para estabelecer, de forma precisa, o conteúdo do conceito (definição), mas para facilitar a denominação (*designação*) de novos conceitos (neonímia) e

estabelecer a rede de conceitos, visto que os termos se definem uns em relação a outros. É importante enfatizar que, através da sistematização terminológica, é que será possível elaborar definições coerentes e harmônicas entre si.

A idéia de *sistema* pressupõe uma estrutura, ou relações interligando os *conceitos* de um domínio e, na base dessa estrutura, encontram-se os princípios de *classificação*. Essas relações podem ser identificadas de uma forma geral sob dois aspectos: a relação lógica - que condiz com o sujeito-referente com sua espécie; e a relação ontológica - que relaciona o sujeito-referente com a realidade.

O estabelecimento do conceito pode dar-se em duas direções: a partir do nome, para se chegar ao referente, ou a partir do referente, para se chegar ao nome. Ambos os percursos passam pelas características do *conceito*. A não ser no caso de novas denominações, quando o percurso mais comum é o primeiro.

Em âmbito de metodologia da pesquisa, levando-se em consideração que o *termo* é a *representação* do *conceito*, é correto afirmar que a sistematização ocorre entre “conceitos” e não, propriamente, dentro do vocabulário de um domínio do conhecimento. Nesse caso, o domínio do conhecimento, pois, é o primeiro parâmetro não só para a seleção dos conceitos, mas também das características dos conceitos. Pode-se dizer que o princípio da contextualização - em que os conceitos são abordados dentro de um domínio do conhecimento - é fundamental para a identificação e a seleção das características pertinentes aos conceitos.

Compreender, então, que um *referente* pertença a várias áreas do conhecimento e que, para cada uma delas, um conjunto de características não

necessariamente idêntico seja relevante, é aceitar que a *monossemia* do termo - um dos postulados da Terminologia - é relativa. A *monossemia* deve ser assegurada em cada domínio do conhecimento que esteja sendo sistematizado.

Por conseguinte, a delimitação da área do conhecimento é, pois, o primeiro passo na sistematização dos conceitos. A partir daí, será possível identificar o conteúdo do *conceito*, bem como estabelecer as relações entre distintos conteúdos, ou seja, agrupar os conceitos segundo características comuns, o que *já* é um processo classificatório. Neste sentido, no capítulo seguinte tratamos de discutir as *predicações* características obtidas com as respostas fornecidas por clientes e enfermeiras acerca do que entendem sobre conforto como *referente* primordial do cuidado de enfermagem.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### *Categoria 1- Predicações de Conforto na perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar: Uma aproximação em Dahlberg*

As palavras são neutras. Elas assumem significados conforme sua inserção contextual. As palavras isoladas não significam nada, ou significam, virtualmente, tudo. É a condição de referência a determinados contextos que lhes confere significado.  
Vera Dodebei

Antes de iniciar a discussão sobre esta categoria, parece-nos oportuno conduzir as idéias acerca da pesquisa para o ponto em que estávamos organizando as predicações de clientes e de enfermeiras acerca do “*referente-conforto*”. Eles nos apresentavam uma “representação lingüística” que nos levou a uma organização em dois quadros distintos: – o Quadro n<sup>o</sup>03 com *predicações* de enfermeiras e o Quadro n<sup>o</sup>04 com *predicações* de clientes.

Na construção desses quadros, encontramos-nos de fato frente ao pensamento deles (*sujeitos-objeto*) acerca do *referente*, e observamos que tal pensamento referia-se a capacidades mentais de abstrair idéias relativas às perguntas que lhes dirigíamos. Tentamos identificar, então, suas imagens mentais, ou reflexivas, quando respondiam e produzia informações para esta nossa investigação.

É importante destacar que as informações contidas nos Quadros n<sup>os</sup>03 e 04 fazem parte da fase de *predicação referencial*, fase de pré-requisito, na Teoria do Conceito proposta por Dahlberg.



Listamos trinta e três (33) frases *predicativas*, como produzidas pelos clientes e trinta e três (33), como produzidas pelas enfermeiras. Cada uma dessas frases é entendida por nós (pesquisadores) como signos lingüísticos de “conforto”, de acordo com o suposto entendimento dos respondentes, clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar. É importante enfatizar que tais signos lingüísticos estão dispostos, arbitrariamente, nos respectivos quadros, e que, como alerta Gil (2000, p.18), refere:

*“Os signos lingüísticos se apresentam arbitrariamente gerando uma pluralidade semântica, no momento de representação, e que essa representação é fruto da ação do mundo sobre o homem e da interpretação do mundo pelo homem”.*

Supostamente, clientes e enfermeiras, localizados no mesmo contexto, em especial no ambiente hospitalar, manifestam efeitos de ações de pensar e de interpretar, - para nós pesquisadores -, o que entendem por “conforto”. E, por isso, tivemos também o cuidado de analisar as informações *sígnicas* para construir os quadros, olhando-as a partir do referencial teórico de Dahlberg, o qual serviu de orientação na construção de um conceito de “conforto” que, supostamente, foi abstraído a partir das características *predicativas*, fruto das respostas dos *sujeitos objetivados* na investigação.

Destarte, os elementos constitutivos da Teoria de Dahlberg foram devidamente considerados, posto que, são fundamentais para que o *conceito* possa ser construído. Passamos a enumerá-los:

1. **O passo referencial:** Partindo-se do universo o qual se quer investigar, extrai-se o item de referência, ou seja, o *referente* a ser *representado*. Tendo em vista a problematização e o *objeto* de estudo aqui proposto, trata-se do *conforto* como *referente* a ser predicado – ou como designado pelos *sujeitos-objeto* (clientes e enfermeiras), em unidades de internação hospitalar.

2. **O passo representacional:** Trata-se da síntese das *características objetivas* traduzidas na **forma verbal**, ou seja, o *termo* no qual o *referente* pode ser *designado*, ou *denotado*, nas falas dos *sujeitos* investigados. A partir das *predicações* acerca do *referente*, o termo “**bem-estar**” surge como *forma verbal* para a representação do mesmo.

A *essência* sistemática da *forma verbal*, na Terminologia, exige abordagem metodológica específica, para a organização dos conceitos. A sistematização dos *termos* é necessária, não apenas para se estabelecer, de forma precisa, o conteúdo do conceito (a definição), mas para facilitar a denominação de novos conceitos (neonímia), atendendo assim a um dos objetivos dessa investigação.

Nesse sentido, obedecendo à necessidade de sistematização das informações obtidas, é que a relação *ontológica* relaciona os *sujeitos-objeto* ao *referente* com a realidade na qual se encontram. Gomes (1990, p.19) ressalta que existem “(...) *dois princípios básicos a serem observados no momento da representação do conceito através do referente*”, e que são devidamente considerados na construção dos tesouros semânticos, e, como foram arquitetados nesta pesquisa. Esses princípios são:

1- **O princípio da contextualização:** o contexto é que vai especificar o significado do *termo* ou *forma verbal* - nas representações - diminuindo, assim, a polissemia inerente à linguagem natural. Portanto, o contexto devidamente delimitado poderá contribuir para que o conceito de conforto seja denotativo para o ambiente hospitalar, mormente específico das unidades de internação. Assim, a devida contextualização do assunto é, pois, o parâmetro principal, não só para a construção dos conceitos, mas para a identificação das características destes conceitos. Donde, podemos afirmar

que este princípio é fundamental para a identificação e a seleção das características pertinentes aos conceitos.

A título de ênfase, pode-se afirmar, então, que o *referente* no caso de pertencer a várias áreas do conhecimento, pode implicar, também, para cada uma delas, um conjunto de características não necessariamente idênticas, mas relevantes para que se possa aceitar que a *monossemia* do *termo* (forma verbal nesse estudo) seja relativa. Cabe destacar que a *monossemia* deverá ser assegurada em cada domínio do conhecimento em que a Terminologia esteja sendo sistematizada.

2- **O princípio da monorreferencialidade:** este princípio estabelece, formalmente, que um *conceito* seja igual a um *termo*. Nesta investigação, o *termo* refere-se à *forma verbal* pela qual o conforto foi *designado/denotado* pelos *sujeitos-objeto* respondentes do questionário, sendo o “**bem-estar**”, o predicado mais freqüente nas respostas dos *sujeitos objetivados*.

Para a sistematização das características predicativas emitidas pelos *sujeitos objetivados* nessa investigação, procuramos, em primeiro lugar, fazer uma análise abrangente no domínio do conhecimento de cuidar e ser cuidado em enfermagem nas unidades de internação hospitalar. Essa análise foi feita entre as características predicativas e não isoladamente para cada uma delas.

Em seguida, apresentamos uma disposição geral das *predicações* constantes nos Quadros n<sup>os</sup> 03 e 04, e condizentes com características do *referente*, tais como designadas por clientes e por enfermeiras (*sujeitos-objeto*).

**Quadro nº03. Predicações de conforto na perspectiva de enfermeiras**

| <b>Enfermeira(o)</b> | <b>Predicações</b>   |
|----------------------|--|
| 01                   | “Estado de bem-estar físico e emocional”.  |
| 02                   | “Tudo que proporciona bem-estar físico e emocional”.   |
| 03                   | “Estabilidade clínica sem medicamentos”.   |
| 04                   | “Satisfação das necessidades humanas”.   |
| 05                   | “Estado de bem-estar”.   |
| 06                   | Não respondeu  |
| 07                   | “Bem-estar biopsicossocial”.   |
| 08                   | “Harmonia e tranquilidade”.  |
| 09                   | “Bem-estar”.   |
| 10                   | “Estabilidade e tranquilidade”.  |
| 11                   | Não respondeu  |
| 12                   | “Estado de Bem-estar”.   |
| 13                   | “Ter suas necessidades atendidas”.   |
| 14                   | “Bem-estar físico, mental e social”.   |
| 15                   | “Satisfação das necessidades do cliente”.  |
| 16                   | “Sensação de bem-estar físico e metafísico”.   |
| 17                   | “Bem-estar físico e espiritual”.   |
| 18                   | “Uma experiência, um estado de relaxamento onde o cliente consegue alcançar um bem-estar”.   |
| 19                   | Não respondeu  |
| 20                   | “Estado de bem-estar”.   |
| 21                   | “Quando você não sente incômodo tanto físico, emocional e espiritual”.   |
| 22                   | “É bem-estar físico e mental”.   |
| 23                   | “Bem-estar físico, psíquico, social e ambiental”.  |
| 24                   | “É o bem-estar mental, espiritual, ambiental e social”.  |
| 25                   | “Como bem-estar físico, mental e social qualidade de vida”.  |
| 26                   | “Um estado de tranquilidade e bem-estar em que pode se encontrar a pessoa humana, após ter experimentado ou não uma situação de desconforto”.  |
| 27                   | “Sensação de tranquilidade, paz, ausência de dor”.   |
| 28                   | “Quando você consegue mantê-lo em uma posição que lhe trará alívio, tranquilidade e satisfação conjunta”.  |
| 29                   | “Estado que o indivíduo apresenta ausência de incômodos externos ou internos como, por exemplo: um acesso venoso ou dor de cabeça”.  |
| 30                   | “Tudo que está adaptado ao indivíduo, consolando e trazendo prazer, sendo apropriado em determinado momento, sendo convenientemente oportuno, dando a ele uma sensação de bem-estar físico e/ou mental”. |
| 31                   | “É a forma que todo ser humano espera para que atenda as necessidades básicas e que busque o equilíbrio”.  |
| 32                   | “Ações que o profissional de enfermagem executa em prol de proporcionar o bem-estar físico, mental e espiritual do paciente/cliente”.  |
| 33                   | “Bem-estar físico e mental”.   |

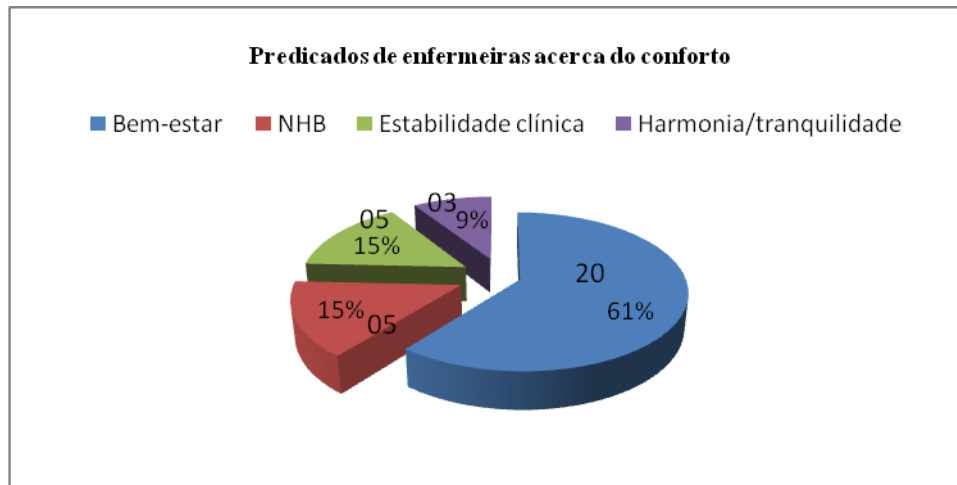
Como referido anteriormente, os signos entendidos como *características predicativas do referente*, ou “bem-estar” nesta investigação, - e na atribuição das enfermeiras -, estão designados na *forma verbal* do conforto, e que perpassa

pelos contextos *físico, ambiental, social e psico-espiritual* discriminados no Quadro nº 03. Tais contextos constam da Teoria do Conforto de Kolcaba, mais especificamente, na estrutura taxonômica do conforto. Das trinta e três (33) enfermeiras que responderam ao questionário, vinte (20) predicaram o conforto como um estado de “bem-estar”, o que representa 61% da amostra representativa em questão.

Destarte, tal resultado encontra ancoragem no estudo de Mussi (1994), quando, ao buscar os significados da palavra *conforto*, nas situações de clientes infartados, os predicados de “bem-estar” - *psicológico, físico e espiritual* - surgem nas falas dos *sujeitos (clientes)*, do mesmo modo que aparecem nas respostas das enfermeiras (nesta pesquisa). Para tanto, observe-se ainda a pouca dispersão na distribuição das predicções, o que pode evidenciar que a *extensão* do conceito é menor do que se possa imaginar. Ou seja, que o conceito torna-se um tanto genérico, complexo, ou ainda distanciado de uma definição mais precisa.

Enquanto que em 61% da amostra o referente é predicado como “bem-estar”, apenas cinco (05) enfermeiras utilizam o princípio da “satisfação das necessidades - NHB” do cliente como predicado de “conforto”. Não obstante represente apenas 15% da amostra, a relevância do princípio de satisfação das necessidades do cliente é pertinente aos cuidados de enfermagem e que, por esse motivo, podem também remeter à idéia de “conforto”. Outras cinco (05) predicções conferem com “estabilidade clínica sem medicamentos” e “harmonia com tranqüilidade”, representando respectivamente 15% e 9% da amostra, conforme se pode observar no Gráfico nº 06. Entendemos também que essas mesmas predicções são atribuídas pelas enfermeiras, em razão de intermediação com os próprios cuidados de enfermagem. Gráfico nº06, a seguir.

Gráfico nº06.

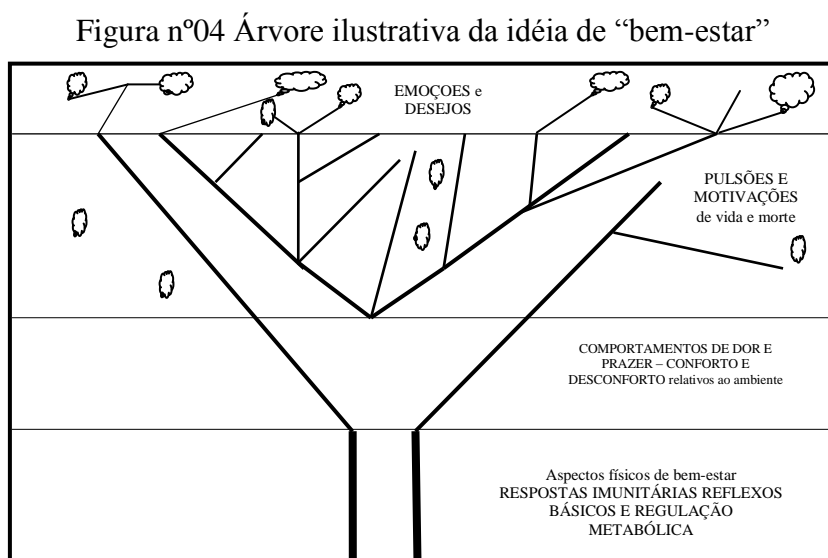


O fato de a maior parcela das características *predicativas* do *referente* nesta investigação estar voltado, *in casu*, para um estado e uma sensação de “bem-estar”, parece evidenciar, por suposto, tanto o valor atribuído às condições *intrínsecas* relacionadas ao cliente, como: a manutenção da sua homeostase, manutenção da temperatura corporal, manutenção hidroeletrólítica, alimentação, sono e repouso, como também, as condições *extrínsecas*, tais como: as relações pessoais e a adaptação com o ambiente das unidades de internação hospitalar.

Para as enfermeiras, o conforto *parece* ter uma relação direta com a ausência de condições que elas julgam indesejáveis para os seus clientes. A exemplo, a sensação dolorosa que pode prejudicar ou interferir no “bem-estar físico”; o risco de morte iminente, que pode interferir no “bem-estar psicológico”; dificuldades de relacionamento social entre os clientes e a equipe de saúde, ou com outros clientes, ocupantes do mesmo ambiente, que podem interferir no “bem-estar social”. Por último, os conflitos religiosos aliados à falta de um ambiente favorável para que o cliente possa ter um contato mais próximo

com o que considera a *divindade*, o que poderá interferir no “bem-estar espiritual”.

Torna-se evidente, então, que as falas convergem para a vinculação à sensação de “bem-estar” relativa ao *referente*, predominando o aspecto físico/biológico como as raízes que podem nutrir o tronco, galhos e folhas de uma árvore, como ilustrado na Figura nº04, a seguir.



A idealização pictográfica é dos autores da pesquisa.

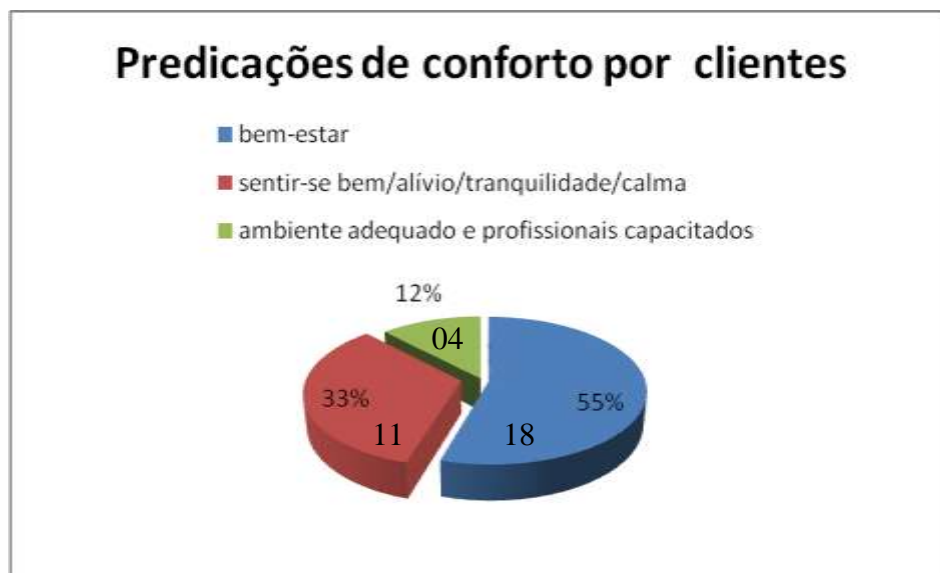
A Figura nº04, em sua configuração, é representativa da árvore do “bem-estar”. No tronco, situam-se as necessidades humanas básicas de naturezas física e biológica, entendidas e consideradas pelas ciências biomédicas como fundamentais para que a homeostase possa ocorrer no corpo/orgânico. Nesse sentido, as enfermeiras demonstram uma íntima relação com os conhecimentos científicos, específicos das áreas supracitadas -, quando atribuem em maior proporção o predicado de “bem-estar físico” para *denotar* o conforto.

Os comportamentos de dor e prazer - nas experiências dos meios interno e externo -, vieram logo em seguida e foram aqui representados como galhos secundários ao tronco principal, ensejando uma relação de “hierarquia” e de

“nível” de manifestação em relação às necessidades humanas básicas. Por último, e um pouco menos referendados nas atribuições das enfermeiras, as *pulsões e motivações* de vida e de morte, assim como as atitudes de *emoções* e de *desejos*, representadas na árvore pelos pequenos galhos e folhas.

Da mesma forma, ao se proceder à análise, no Quadro n<sup>o</sup>04 dos signos lingüísticos obtidos a partir das respostas dos clientes internados, a característica predicativa que mais ocorreu foi também o “bem-estar”, com dezoito (18) respostas contendo esse termo. No entanto, as características predicativas foram mais variadas que as emitidas pelas enfermeiras. Para os clientes “sentir-se bem” pode ser entendida também como uma característica do “conforto” juntamente com “alívio, a tranqüilidade e a calma”, somando onze (11) respostas. A sensação de segurança por serem cuidados por profissionais “capacitados” foi também uma característica bastante relevante, juntamente com os fatores “ambientais” tais como os “ruídos e a luminosidade”, num total de quatro (04) respostas, conforme Gráfico n<sup>o</sup>07, a seguir.

Gráfico n<sup>o</sup>07





A heterogenia predicacional constatada nas respostas desses clientes nos faz pensar que de fato, eles estão mais preparados para prediar o conforto do que as enfermeiras desse estudo, mesmo porque, as sensações de “conforto” e “desconforto” são experimentadas por eles e, portanto, “somente” eles são capazes de nos dizer com mais propriedade o que é “conforto”. No entanto, são as enfermeiras as “detentoras” de um conhecimento científico com base na anatomia, fisiologia, física, química e outras disciplinas mais, que vão também permitir que elas sejam capazes de fazer um diagnóstico de conforto e /ou desconforto a partir de signos emitidos pelo corpo de que experimenta tais sensações.

A extensão das características emitidas pelas enfermeiras, talvez, tenha sido minúscula em relação às emitidas pelos clientes que dividem o mesmo contexto. Um ponto positivo de tais constatações está diretamente ligado à construção do conceito de “conforto” nesta investigação, haja vista que utilizamos duas classes de *sujeitos objetivados*, as quais, mesmo fazendo parte do mesmo contexto, se encontram em posições distintas. Uma, na potencial condição da intervenção nos cuidados de enfermagem, e a outra, na condição de receptáculo ou recipiente desses cuidados, fato esse que, indubitavelmente, nos permite uma aproximação mais efetiva do conceito de “conforto”.

Quadro nº04 – Predicação de conforto na perspectiva de clientes 2008

| Cliente | PREDICAÇÕES  |
|---------|--|
| 01      | “É a ausência de sensações que causam desconforto - barulho, luminosidade, ações invasivas causadas pelos profissionais e o bem-estar proporcionado pela comodidade, consolação, num ambiente tranqüilo com sensação de alívio”.                                       |
| 02      | “Bem-estar físico e psíquico”.   |
| 03      | “Sentir-se bem em todos os sentidos”.  |
| 04      | “Tranqüilidade, bem-estar e ausência de preocupação”.  |
| 05      | “Se sentir bem adaptado e ser cuidado por pessoas capacitadas”.  |
| 06      | “Sensação de bem-estar, segurança, privacidade e tranqüilidade”.   |
| 07      | “É uma sensação e um estado de bem-estar, livre de preocupação e ansiedade”.   |
| 08      | “É sentir-se tranqüilo e em paz consigo mesmo. É um estado de bem-estar”.  |
| 09      | “Um estado bem-estar físico, mental e espiritual”.   |
| 10      | “É sentir-se bem”.   |
| 11      | “Estar tranqüilo e calmo”.   |
| 12      | “Bem-estar relacionado ao respeito pelas particularidades do indivíduo observando os valores culturais, religiosos entre outros. Esses fatores podem influenciar o bem-estar psicossocial, biológico, físico, espiritual tentando satisfazer as necessidades humanas”. |
| 13      | “É você sentir confiança no profissional que está prestando o seu serviço, proporcionando assim, o meu bem-estar”.   |
| 14      | “Tudo aquilo que se refere ao alívio”.   |
| 15      | “É estar em um ambiente que proporcione segurança, bem-estar e prazer, cercado por pessoas compreensivas e competentes, viabilizando as necessidades básicas de vida”.   |
| 16      | “O meu bem estar diante do conforto produzido no ambiente hospitalar na forma de como ser atendido pela equipe médica e de enfermagem e pelo ambiente físico, se limpo e arejado”.   |
| 17      | “Um sentimento de bem estar geral, enfatizando mais o lado social”.  |
| 18      | “É um conjunto de situações ou condições que me propiciem a sensação de bem estar”.  |
| 19      | “Estar fisicamente e psicologicamente bem”.  |
| 20      | “É bem estar físico, social e mental”.   |
| 21      | “É um bem estar físico, social, ambiental e psico-espiritual”.   |
| 22      | “O conforto está relacionado ao bem estar físico, social, ambiental e psico-espiritual”.   |
| 23      | “É um bem estar físico, psico-espiritual e social”.  |
| 24      | “É quando me sinto bem, feliz, bem alimentada, de banho tomado, de batom e perfume”.   |
| 25      | “Alívio, em um lugar tranqüilo para ser bem atendido”.   |
| 26      | “É ter tranqüilidade”.   |
| 27      | “É estar em um lugar agradável tanto fisicamente quanto psicossocial”.   |
| 28      | “Estar bem no espaço físico, sentir segurança e confiança no cuidador”.  |
| 29      | “Sentimento de bem-estar em determinado local ou situação”.  |
| 30      | “sentir a vontade, livre de incômodos, tranqüilo”.   |
| 31      | “ser bem recebida no local que estou receber carinho, respeito e amizade”.   |
| 32      | “Estar em um ambiente seguro, sem barulho e sendo cuidado por pessoas competentes”.  |
| 33      | “Ser bem cuidado por enfermeiras capacitadas e saber que está em um lugar adequado”.   |

Ao final da análise dos Quadros n<sup>os</sup> 03 e 04, atendendo aos predicativos atribuídos por enfermeiras e clientes, nos pertimimos refletir sobre proposições do lógico americano Moravsik *apud* (Alligood e Tomey, 2002, p. 108), da Universidade de Stanford, que compatibiliza uma escala para a formação dos conceitos, aqui considerada:

**1- Capacidade de escolha** (da parte de quem deseja atribuir conceitos a um dado referente). Nesta investigação selecionamos os predicados que nos pareciam mais coerentes com o referente;

**2- Formação de expectativas** que, na opinião desse autor, mesmo os animais podem possuir capacidade de opção preferencial [definições instintivas?]. O animal humano, portanto, é singularmente capaz de *formar expectativas*; nós criamos nossas expectativas;

**3- Habilidades de manejar funções de verdade** quanto aos conceitos de frio e quente, (por exemplo). Selecionamos os predicados mais aproximados da “verdade” entendida como tal;

**4- Capacidade de aplicar conceitos a casos não observados pelos sentidos de quem fala ou de quem ouve** no caso mais específico das enfermeiras que observam e que ouvem os relatos de seus clientes, nas instâncias de quando o cuidado é prestado;

**5- Posse de critérios para a aplicação dos conceitos** no que tange às referentes características *predicacionais* e à forma verbal;

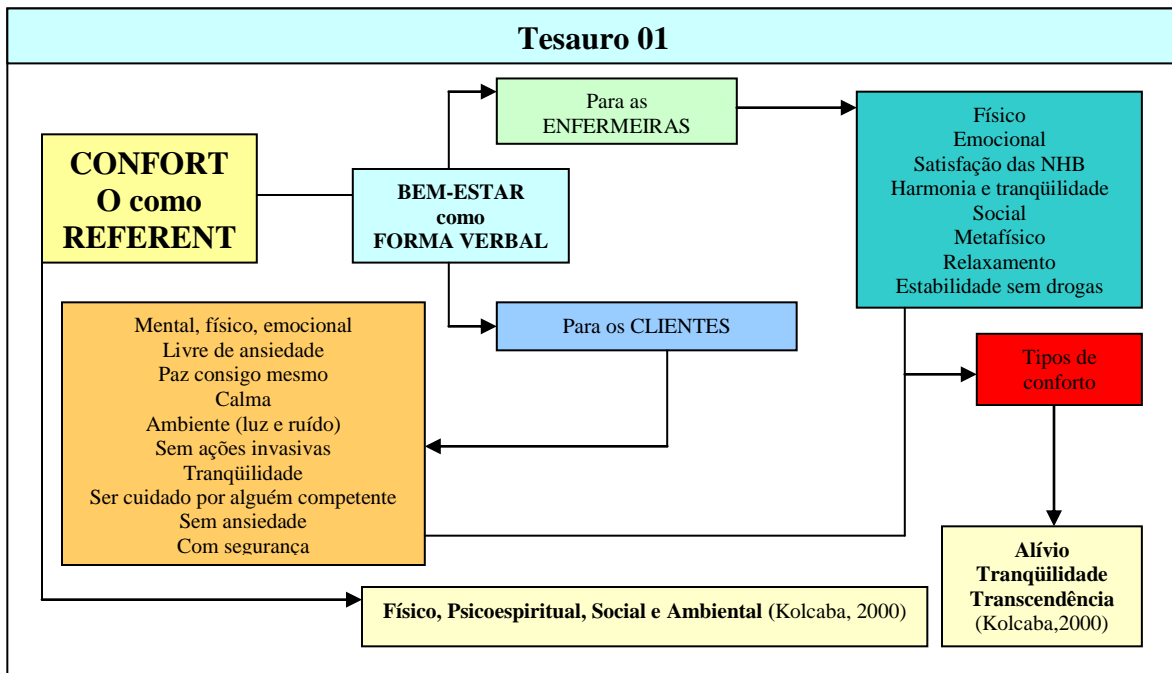
**6- Capacidade de reflexão sobre o conceito** caracterizando-o ou criando uma teoria de domínio de sua aplicação.

Selecionamos então os itens 1, 5 e 6, sem precisar criar, ainda, uma teoria de um conceito de “conforto”. Destarte, a tese aqui, mesmo não obedecendo, na íntegra, aos atributos da neutralidade axiológica relativamente aos princípios

lógicos da efetibilidade, da assertibilidade e da verdade mesma, princípios direcionadores do conhecimento científico, e que asseguram a cientificidade de um determinado conhecimento.

Ainda assim, buscamos fidelidade possível à estrita observância da ordem e da norma, como no caso dos imperativos categóricos para a aceção de uma terminologia “precisa” e apurada em âmbito de área de enfermagem. E, por isso mesmo, buscamos uma aceção conceitual respaldada na Teoria do Conceito de Dahlberg, em razão dos caracteres científicos, sem incorrer na ambivalência de significações, polissemia ou sinonímias. *In casu*, não há de se falar em uma ciência de/para a enfermagem, com todos os atributos acima elencados; ou, até o presente momento, pelo menos, sem a observância de um sistema conceitual próprio desse conhecimento, o que não é, em primeira instância, objetivo desta investigação, mas torna-se um precedente para tal.

Foi pensando nisso que, ao nos aprofundarmos mais em nossos achados, nos permitimos construir um esquema para vislumbrar melhor a possibilidade de afirmar que, no pensar das enfermeiras e dos clientes, pode espelhar o entendimento e a decodificação do conforto como *bem-estar* como no Tesouro n<sup>o</sup> 01, a seguir.



A estrutura pictográfica é dos autores da pesquisa.

Analisando as respostas das enfermeiras e dos clientes pelo Tesouro n<sup>o</sup> 01, pode-se concluir que o termo “bem-estar”, como *predicado referencial* mais citado, emerge com uma frequência bastante significativa, desde que são trinta e oito (38) respostas contendo este predicado, o que representa 59% do total de sessenta e seis (66) respostas, conforme Gráfico n<sup>o</sup> 08, a seguir.

Gráfico n<sup>o</sup>08



Nos Quadros n<sup>os</sup> 03 e 04, os predicativos de conforto significam “bem-estar”, o que parece ser, de fato, o *termo* preferencial como o conforto é *designado/denotado* pelas enfermeiras e pelos clientes em unidades de internação hospitalar.

Entendemos que podem existir diferenças de *tensões* nas afirmativas de que “conforto” é “bem-estar”, posto que, está tão somente “definido” como algo objetivo. Porém sabemos que existem elementos de *subjetividade* nas predicções apresentadas/classificadas. Quando os respondentes afirmam que “bem-estar” pode ser físico, social, mental e espiritual, em realidade (enfermeiras e clientes) não decodificam esses signos lingüísticos, os quais também tem importante papel no contexto da saúde e, inclusive, na sua definição. Pelo visto, conceito compatibilizado com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como: “*Estado de completo **bem-estar** físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*”. Portanto, um conceito carregado de *subjetividade* nas respostas obtidas e por não corresponder à *objetividade* na definição de “bem-estar”. No entanto, Galinha e Ribeiro (2005, p. 203) definem bem-estar como:

*“Uma dimensão positiva da Saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, pois integra [ao mesmo tempo] uma dimensão intelectual e uma dimensão afetiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo”.*

Para essas autoras, trata-se de um conceito recente que, nas últimas décadas, tem despertado o interesse das mais diversas áreas de conhecimento, sobretudo da Psicologia. Sua abrangência de conceitos o coloca numa posição de interseção de vários domínios da Psicologia, designadamente, a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica. (Galinha e Ribeiro, 2005).

Para as mesmas autoras, o conceito de bem-estar como entidade subjetiva é recente. O conceito conta 48 anos de existência, se considerar a tese de Wilson (1960) como marco do seu surgimento, uma vez que se propôs estudar pela primeira vez o termo “bem-estar”, como o conhecemos hoje (Diener, Suh, Lucas, e Smith, 1999).

Nessa tese, Wilson se propôs a continuar estudando (1967) duas hipóteses do *bem-estar*, onde relaciona os conceitos de **satisfação** e de **felicidade**.

Para Wilson (*op. cit.*), a satisfação imediata de necessidades [humanas] produz **felicidade** [conforto], enquanto a persistência de necessidades [humanas] por satisfazer, causa **infelicidade** [desconforto]. Fazendo analogia entre os dois termos, - **felicidade** e **infelicidade** -, pode-se relacionar, na tese em pauta, a **felicidade** com a obtenção do conforto e a **infelicidade** com o desconforto. Se considerarmos que, nas falas dos *sujeitos-objeto*, principalmente das enfermeiras, a predicação de conforto apresenta-se, também, em menor escala, relativamente à satisfação das necessidades do cliente, como podemos observar nas falas que se seguem:

*Enf. 04: “Satisfação das necessidades humanas”.*

*Enf. 05: “Escutar as necessidades do cliente”.*

*Enf. 13: “Atender as necessidades do cliente”.*

*Enf. 15: “Satisfação das necessidades do meu cliente”.*

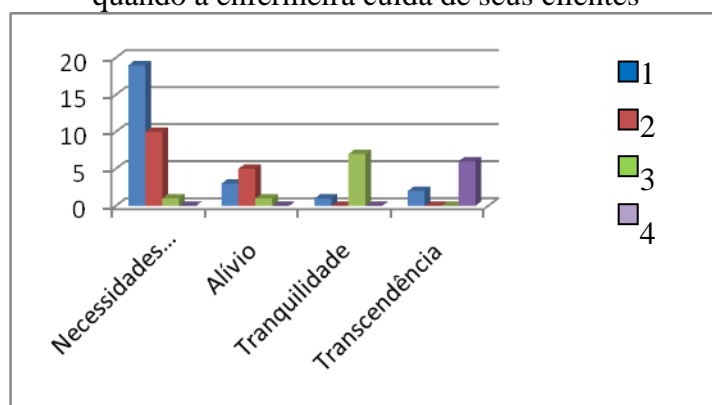
*Enf. 31: “Atendimento das necessidades básicas e busca do equilíbrio”.*

No entanto, quando respondem sobre qual o tipo de conforto que priorizam, as necessidades humanas de natureza biológica dos clientes assistido/atendidos apresentam-se em primeiro lugar, como podemos observar no Quadro n<sup>o</sup>05 e no Gráfico n<sup>o</sup>08, a seguir.

Quadro n<sup>o</sup>05. Prioridade do tipo de conforto quando a enfermeira cuida de seus clientes

| Prioridade     | NB | Alívio | Tranqüilidade | Transcendência |
|----------------|----|--------|---------------|----------------|
| 1 <sup>a</sup> | 19 | 10     | 01            | 00             |
| 2 <sup>a</sup> | 03 | 05     | 01            | 00             |
| 3 <sup>a</sup> | 01 | 00     | 07            | 00             |
| 4 <sup>a</sup> | 02 | 00     | 00            | 06             |

Quadro n<sup>o</sup>09. Prioridade do tipo de conforto quando a enfermeira cuida de seus clientes



Para melhor entender a relação da *forma verbal* do conforto com as respostas obtidas, basta uma retrospectiva à segunda revolução de idéias na saúde (anos de 1970). Naquela época, o controle das grandes epidemias era possível graças à implementação do modelo biomédico (até hoje vigente) e da prevenção das entidades transmissíveis e infecciosas.

É nessa segunda revolução, que se evidencia uma nova perspectiva quanto ao conceito de saúde, dando-se maior enfoque à saúde do que à doença, (Galinha e Ribeiro, 2005). É nesse contexto que nascem os conceitos de promoção da saúde e de estilo de vida. Em 1986, a definição de saúde pela OMS expandiu-se e concretizou-se como *extensão* em que um indivíduo ou grupo é, por um lado,



capaz de realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades [humanas] e, por outro lado, capaz de modificar ou lidar com o meio [ambiente] que o envolve.

Com isso emergiu o modelo *biopsicossocial* aplicado à saúde mental e à saúde em geral, (Galinha e Ribeiro, 2005). Tratava-se também de assegurar uma abordagem integral e holística, adversa ao reducionismo da perspectiva biomédica na promoção e manutenção da saúde. Igualmente, para a saúde em geral, o “bem-estar” juntamente com a “qualidade de vida” assumem posição central, por vezes isoladamente, por vezes em sinonímia, e em outras situações, integrada (Galinha e Ribeiro 2005).

Veenhoven (2000) apud Galinha e Ribeiro (2005) refere que os conceitos de “qualidade de vida”, “bem-estar” e “felicidade” são utilizados como sinônimos, enquanto Sirgy (2002) apud Galinha e Ribeiro (2005) inclui a idéia de “satisfação com a vida”, “afeto positivo e negativo”, “bem-estar subjetivo”, “felicidade”, “percepção de qualidade de vida”, como aspectos *subjetivos* da qualidade de vida.

É evidente que tal como o conceito de conforto, o “bem-estar” [conforto] parece ser, também, um conceito supra-importante. Assim, nesta pesquisa, o *termo* configura-se como “forma verbal” do conforto e carece como o próprio conceito de conforto de maior aprofundamento em seus significados, possibilitando melhor entendimento de sua terminologia.

Contudo, considerando a baixa heterogeneidade dos predicados de conforto emergentes nesta investigação, ensejou margem para a construção de um conceito de *conforto* como decorrente das perspectivas de enfermeiras e clientes em unidades de internação hospitalar. Admitimos que tal conceito não é e nem será o único existente, o melhor ou o pior, mas que, entretanto, como

poucos, pode ser considerado relativo ao que sabem as enfermeiras e os clientes acerca do referente – *conforto*.

Desta maneira, para a Teoria do Conceito (Dahlberg), o ressalto terminológico tem seu ponto inicial no *conceito*, o qual deve possuir, necessariamente, uma unidade de denominação, qual seja o *termo*. Assim, um “termo” *designa/denota* um “conceito”, isto é, o *conceito* é o significado do *termo*. Deste modo, a precisão, a monorreferencialidade, a monossemia, devem ser caracteres presentes, como uma *conditio sine qua non*, em qualquer campo terminológico da ciência, não sendo diferente, na enfermagem. Assim, uma vez dado como emergente, o *termo/forma verbal* emerge, também, o conceito de conforto nesta investigação. E podemos afirmar:

**“O conforto é um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar – físico, psicoespiritual e social – em razão do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida”.**

Esse entendimento de conforto, na prática da enfermagem, é possível de ser utilizado se tivermos o domínio de sua aplicação de acordo com o contexto vivenciado pelas enfermeiras e clientes em unidades de internação hospitalar.

Para Moravsik (1977) *apud* Dahlberg (1978), é através dos últimos degraus de desenvolvimento [conceitual] que a reflexão é possível, tornando a descrição plausível no âmbito de aplicação do conceito. Em nossa interpretação, a aplicação desse conceito surge, também, na oportunidade de condições para um debate de caráter científico sobre a *validade* desse conceito, a partir da *verificabilidade e falsificabilidade* do conteúdo do mesmo, o qual para nós (pesquisadores) constitui-se, ainda, de um “*constructo*” como *experiência*

*primeira*. Ou seja, uma experiência precária do ponto de vista epistemológico, uma vez que só nos cabe propor o conceito como enunciado científico.

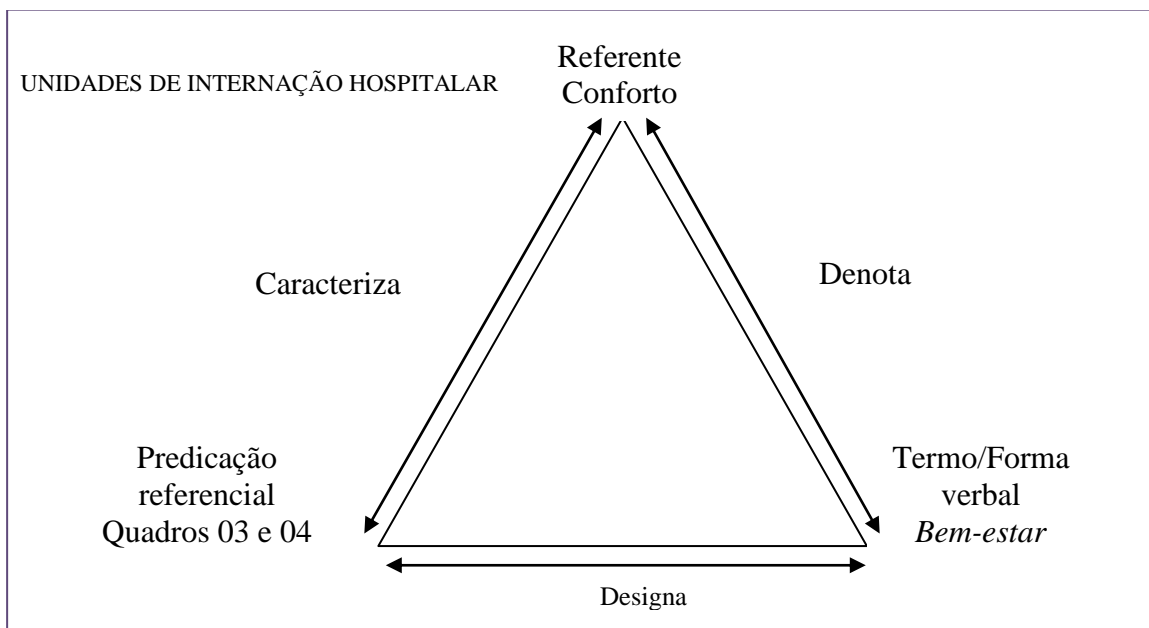
É importante destacar que, na *elaboração do fato*, para saber a respeito de determinado *objeto* não necessitamos de todos os possíveis predicados com ele relacionados. Nesse sentido, Piaget *apud* Japiassu (1975) ressalta que a *elaboração de fatos* é um dos três elementos fundamentais para construção da ciência. No entanto, para a formação dos conceitos em Dahlberg, pensamos que bastam os predicados necessários na forma lingüística “mais precisa” e adequada possível. O processo de *predicação referencial* como formação dos conceitos pode ser definido como se segue.

A formação dos conceitos é a síntese dos *predicados referenciais* necessários – supostamente “verdadeiros” a respeito de determinado objeto. Tais conceitos podem ser classificados segundo a sua espécie. São espécies já conhecidas:

- 1<sup>a</sup>- Conceitos de propriedades (cor, calor, etc.);
- 2<sup>a</sup>- Conceitos de processos (confortar, produzir, prevenir, etc.);
- 3<sup>a</sup>- Conceitos de fenômenos (conforto, ruído, tráfego, etc.);
- 4<sup>a</sup>- Conceitos de modos de ser (estar consciente, estar alegre, estar confortável, etc.);
- 5<sup>a</sup>- Conceitos de relações (necessidade, condição, causalidade, etc.);
- 6<sup>a</sup>- Dimensões (espaço, tempo, posição, situação).

Nos dados produzidos, *o que* as enfermeiras e os clientes predicaram e que estão, assim, relacionados às respostas contidas nos itens 3, 4 e 5. O que condiz com uma matriz claramente exposta - “**bem-estar**” - e que pode ser visualizado graficamente na Figura n<sup>o</sup>05, a seguir.

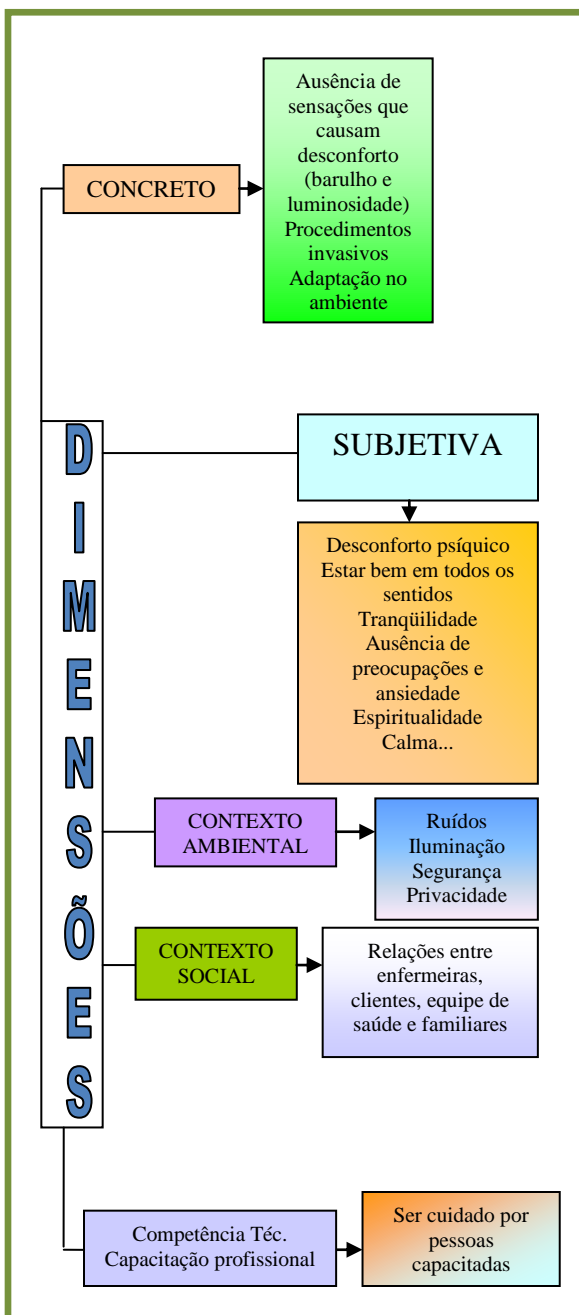
Figura nº05. Triangulação de designação, denotação e caracterização do conforto



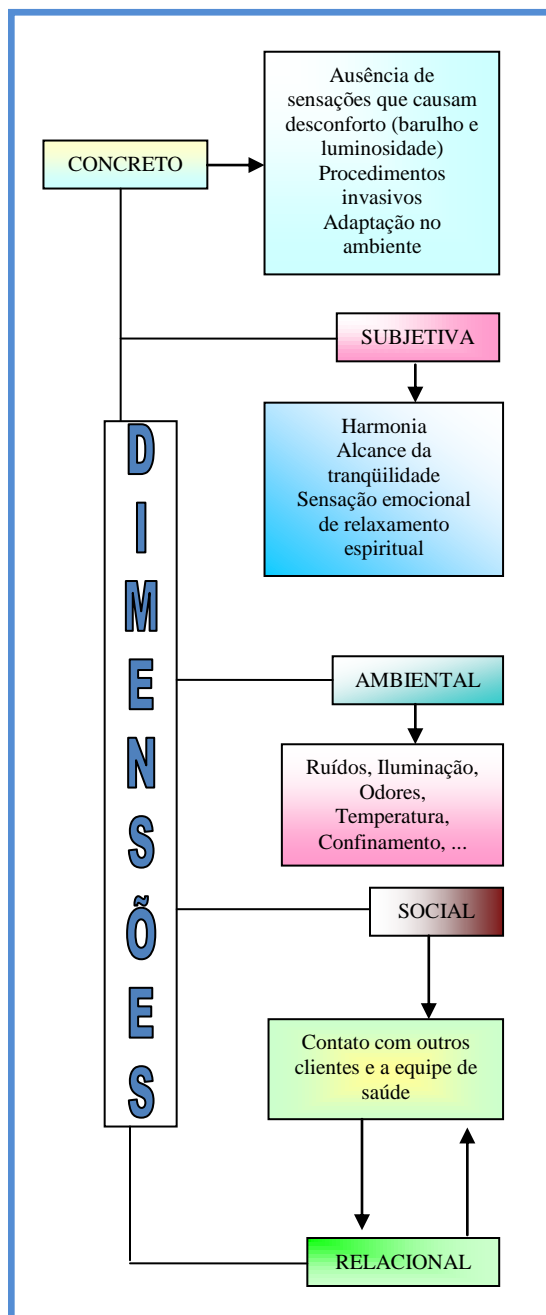
A ilustração pictográfica é de autoria dos pesquisadores.

No entanto, sabemos que é necessário continuar buscando ou articulando combinações com os termos que podem surgir e servir como possíveis decodificadores do que é “bem-estar”, para melhor entendermos o que é “conforto”. O *conforto* é até fortemente pensado como “bem-estar” e como relacionado a diversas situações individuais e ambientais (perspectivas de clientes e enfermeiras) e inclui referência ao ato de cuidar envolvendo os interessados. Para melhor representar o cuidado com o *referente* e a forma *verbal*, apresentamos como eles se destacam: na **dimensão concreta**, na **dimensão subjetiva**, na **dimensão ambiental**, na **dimensão social** e na **dimensão relacional**. Tais dimensões são ilustradas nos Tesouros números 02 e 03, a seguir.

Tesouro nº 02 Predicações de Enfermeiras



Tesouro nº 03 Predicações de Clientes



As ilustrações são de autoria dos pesquisadores

Esses Tesouros permitiram construir a afirmação da tese com apoio em Dahlberg (1992), como já referido (fundamentos teóricos), e que, na utilização dos tesouros, pode-se demonstrar a exequibilidade da aplicação princípios de

elaboração de terminológicas no domínio das linguagens de abordagem semântica e, assim, pode-se acessar/recuperar as informações e sistematizá-las em um determinado contexto.

A teoria do conceito possibilitou, também, vislumbrar uma base mais sólida para a determinação e o entendimento do que se pode considerar “conceito”, com vistas à *representação e recuperação* da informação. A partir do que, podemos aplicar princípios para estabelecer: relações entre outros conceitos com base na lógica; método para a fixação do conteúdo do conceito e para seu posicionamento em um Sistema de Conceitos - SC, fornecendo os elementos para definições consistentes (Dahlberg, 1992).

No entanto, em se tratando de “conceito” de conforto, não se pode perder de vista que o bem-estar, a saúde e qualidade de vida não podem ser resumidas por: pressão arterial controlada, bons níveis de colesterol no sangue ou à realização periódica de check-ups, etc. Esses fatores estão diretamente associados às diferentes dimensões de bem-estar, as quais envolvem os aspectos físicos, psicoespirituais e sociais, que compõe a totalidade do ser humano e que são realçados por Kolcaba (2002) em sua teoria do conforto. É fundamental que todas essas dimensões sejam cultivadas e desenvolvidas no cotidiano da prática de cuidar em enfermagem, ao longo de todo o processo de internação hospitalar do cliente.

Os escritores norte-americanos Brian Luke e Seaward *apud* Bollnow (2008), especialistas em gerenciamento de stress, qualidade de vida e espiritualidade, lembram de que “*o todo é maior que a soma das partes e todas as partes devem ser vistas igualmente como elementos do todo*”. Em outras palavras, essas partes não podem ser separadas, pois as quatro dimensões estão

devidamente inter-relacionadas. Cabe à enfermeira, portanto, oferecer condições para que essas dimensões possam se integrar, equilibrar e harmonizar-se no todo.

Alguns médicos norte-americanos, como o Doutor Dean Ornish, em seu livro *Love and Intimacy apud Bollnow* (2008), apresenta várias investigações científicas, bem elaboradas e consistentes, envolvendo milhares de pessoas em vários países. Estudos confirmando que ausência de afeto, de amor, de amizade, de perdão, de amparo fraternal, e de comunicação eficaz entre as pessoas, pode favorecer o aparecimento de doenças gastrointestinais, cardiovasculares, problemas imunológicos, câncer e redução de tempo de vida. Pode-se concluir até que essas dimensões são tão importantes quanto às satisfações das necessidades do cliente hospitalizado, como também dormir, comer ou mesmo respirar.

Em nenhum momento, deve-se esquecer que o cliente é parte do universo, e sua *existência* como pessoa, ser político, pai ou mãe, irmão ou irmã, ou mesmo amigo, faz toda a diferença para ele que experimenta um momento difícil que é estar hospitalizado. Não deve ver o cliente apenas como uma doença, um número de leito ou um *registro*. É imperativo vê-lo como um indivíduo único, especial e complexo. Pois, ninguém é capaz de atingir ou manter-se em estado de bem-estar sem levar em conta a noção de *pertença* e de acreditar que se liga a *algo maior* e mais permanente do que sua simples existência. Levar o dia-a-dia como *se* na condição de autômatos (ou aparato robótico), com rotinas sem sentido, não acrescenta significado ao sentido da vida.

Mesmo podendo ser difícil, ou quase impossível, promover e manter o bem-estar para um cliente internado em unidade hospitalar, e mesmo empreendendo esforços para tal, nem sempre se pode alcançar o melhor objetivo. No entanto, de nada valerá a atitude de avestruz que enterra a cabeça na areia,

esconde-se e resolve levar a vida sem pensar ou se envolver com o que está acontecendo. A regra imperativa é: *Envolva-se*. Comprometa-se com o seu *que-fazer* e, portanto, com o cliente, incluída sua família. Mesmo quando se presume não ser possível uma existência totalmente feliz, um estado de bem-estar, torna-se imprescindível na integralidade e responsabilidade do cuidado de enfermagem a ser prestado.

É imperativo lembrar que o bem-estar não é meta dos clientes, mas da enfermeira. A “dinâmica” do bem-estar é processual e apresenta-se em conformação com uma “fronteira virtual”, tênue e fugaz, que “separa” com certa “permeabilidade” o *conforto* do *desconforto*. Nesse sentido, *conforto* e *desconforto* não são condições perenes, são condições efêmeras, não duram para sempre. E é, por esse motivo, que, ao longo do tempo de internação hospitalar (se a terapia for de média ou longa duração), principalmente em vista da noção de *confinamento*, o cliente poderá experimentar sensações boas e ruins, agradáveis e desagradáveis, altos e baixos. Porém, mesmo assim, ele deve ser estimulado e “instruído” (pela enfermeira) a se fortalecer na busca do bem-estar. Ele precisa compreender que não se trata de uma simples receita de bolo, ou de uma prescrição “mágica” de enfermagem ou médica.

Com dito, anteriormente, o conforto pode ocorrer em dimensões/contextos diferentes, seu equilíbrio é um aspecto fundamental na dinâmica do conforto em unidade hospitalar. Assim, o bem-estar é uma sensação ou estado que, quando bem administrado (pelo cliente e pela enfermeira) pode corroborar positivamente para a saúde e qualidade de vida de qualquer ser humano. O ser humano confortável agrega potencialidades, converge e alinha suas energias, aperfeiçoa a sua busca pela saúde (HSB), pode superar mais rapidamente sentimentos negativos, melhora seus desejos e os realiza com mais facilidade.

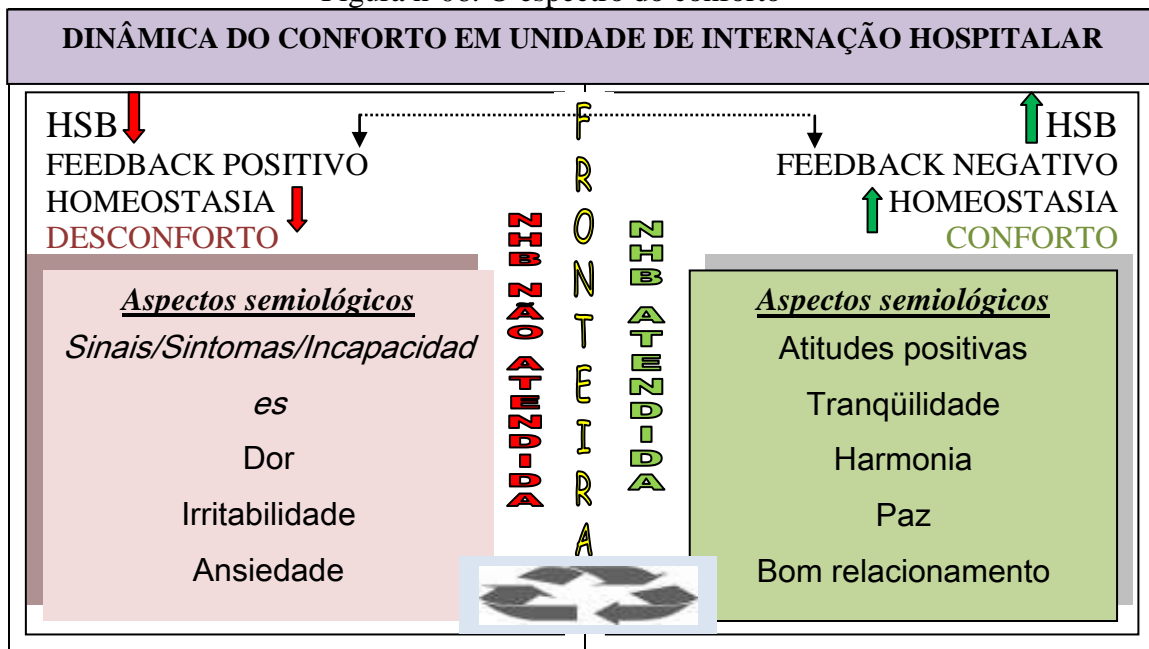


Uma boa *ordenação* do bem-estar do cliente deve ser requisito a ser considerado não só pela enfermeira, mas principalmente por ela, assim como, por toda a equipe de saúde que presta assistência ao cliente hospitalizado.

Mas com que parâmetro é possível medir o bem-estar? Se é que seja possível fazê-lo. Afinal, os clientes desta investigação mostraram que esse é um *sentimento* pessoal, muitas das vezes, oculto, de conhecimento “somente” deles, talvez, inacessível aos outros, portanto difícil de ser acessado, mensurado e avaliado.

O cliente que sente des(conforto) possui o “poder” de, somente ele, afirmar ou não essa condição. Por esta razão, é que pensamos o quão difícil é mensurar dados tão pouco palpáveis, talvez seja esta a dificuldade que as enfermeiras encontram para investirem um pouco mais na arte de cuidar e no *conforto*. Afinal, os sentimentos são indelegáveis a outros sujeitos, só quem sente é que possui a capacidade legítima de mensurá-lo. No entanto, as enfermeiras, pelos dados, mostraram que a promoção e a manutenção do bem-estar podem sofrer interferências do ambiente, o que discutiremos na próxima categoria. Elas mostraram, também, que são capazes de identificar, através da semiologia, sinais e sintomas capazes de denotar bem-estar ou não. A Figura n<sup>o</sup> 06 ilustra o espectro do conforto ou do que decidimos denominar de “dinâmica do conforto em unidade de internação hospitalar”.

Figura nº06. O espectro do conforto



A ilustração é de autoria dos pesquisadores

Por não conferir com uma condição estática, o conforto em unidade de internação hospitalar pode apresentar-se como comportamento efêmero e muito instável. Sua representação dinâmica (Figura nº06) apresenta uma fronteira “permeável” (virtual?), que “separa” o desconforto (lado esquerdo) e o conforto (lado direito). Quando as necessidades humanas básicas deixam de ser atendidas, o cliente passa a experimentar, então, uma sensação de desconforto a qual, certamente, diminuirá seu HSB. Trata-se então de um feedback positivo, ou seja, a resposta inicial (estímulo desconfortante) é igual à resposta final (necessidade humana básica não atendida), diminuição da homeostasia o que poderá gerar mais desconforto.

No plano biológico/fisiopatológico, todo feedback positivo é prejudicial à saúde, podendo até mesmo, levar ao óbito.

Em contrapartida, quando a resposta final é diferente da resposta inicial, o feedback passa a ser negativo, conseqüente ao aumento da homeostasia. Nesse

ínterim, o cliente experimenta o que as enfermeiras e eles chamam de *bem-estar*. Isso se deve à satisfação das necessidades humanas básicas, aumentando seu HSB.

As enfermeiras deste estudo apontam que é possível identificar, a partir da semiótica do corpo do cliente, sinais e sintomas que podem remeter à idéia do des(conforto). No Quadro nº 06, esses achados são denominados de “aspectos semiológicos”.

As predicções de enfermeiras e clientes, destacadas nos tesouros, e a partir do referente – conforto configurou como forma verbal o “bem-estar”. Suas decodificações, em dimensões caracterizadas nos Tesouros 1, 2, e 3, compõem novas decodificações ou elementos que dão suporte ao conceito de conforto que propomos nesta tese. Para nós (pesquisadores), as decodificações de “bem-estar” apresentam-se como enunciados que dizem respeito ao conforto – objeto de estudo na tese.

Assim, confirmamos com Dahlberg (1992), o conceito como a reunião e compilação de enunciados “verdadeiros” a respeito de determinado objeto, fixado por um símbolo lingüístico e que acontece, sucede, quando as enfermeiras e os clientes predicam um referente.

*Objeto*, por sua vez, é tudo aquilo que nos circunda no mundo e é designado pelo homem. Este pode ser individual ou coletivo, caracterizado no tempo e no espaço, também com sentido geral, independentemente de ser individual ou coletivo.

Para a autora (Dahlberg), um conceito possui *atributos* ou *características* referenciadas em cada enunciado, o que vai constituir o que ela chama de “*elementos do conceito*”. Neste estudo, foi possível destacar-se, *epistemologicamente*, a *intensão* dos atributos caracterizada pela soma das

características de um conceito, e a *extensão* do conceito, a qual, por sua vez, é entendida nas classes - (lista dos atributos obtidos como respostas de enfermeiras e de clientes) - ou como a *classe* de “a quantos objetos o conceito se aplica” e para a qual a *intensão* é verdadeira.

## CATEGORIA II

### *O Ambiente, o Corpo e os Cuidados de Enfermagem como elementos do Conforto nas falas das enfermeiras e clientes*

O homem e o ambiente representam, cada um *per si*, um sistema, exercendo ações recíprocas (trocas de matéria, energia e informações) e, formam em conjunto, um novo sistema (o sistema homem/ambiente), o qual a enfermagem não pode abordar dissociadamente.

Rosalda Paim

As enfermeiras e os clientes, quando falam de conforto, fazem referência ao ambiente, - *espaço vivido* e de *(con)vivência* -, espaço entendido como interno e externo enquanto necessidades dos clientes satisfeitas e cuidados de enfermagem prestados. Entendendo-se que o ambiente, como *espaço vivido*, é um dos elementos implicados no contexto do cuidado de enfermagem; que elas, as enfermeiras, não esquecem quando o assunto é pensar o cuidado e o conforto em pertinência com o corpo do cliente; e que os clientes também não esquecem e dizem que dele necessitam (ambiente) para atingir a sensação plena de conforto; esse *ambiente* é tão relevante que nós (pesquisadores) assumimos como categoria de análise.

A enfermeira e doutora Rosalda Paim, tratando de seu “princípio de adequação do ambiente”, afirma que, a fim de facilitar o equilíbrio das trocas de “matéria, energia e informações” entre o ser humano e o ambiente, as ações de enfermagem se exercem, também, no sentido de ajustar o meio [ambiente] às necessidades [humanas básicas] das pessoas. Isso significa dizer que, as enfermeiras, além de exercerem o cuidado no corpo do cliente, elas também manejam o ambiente hospitalar ou não, em prol do conforto. Para a autora, a

adequação do ambiente é um pressuposto básico para a harmonia das trocas e o conseqüente equilíbrio ou homeostasia do organismo.

Para melhorar a demonstração, recorreremos às falas das enfermeiras, quando referem ou citam os elementos ambientais, em grau de enfoque majoritário no âmbito das falas, o que permeou a preocupação das enfermeiras, quando cuidam e quando pensam em conforto no corpo do cliente. Paralelamente, em relação às falas dos clientes, quando respondem o que os deixam mais desconfortáveis na internação hospitalar. Neste ponto, torna-se necessário enfatizar que a palavra *conforto* é que desencadeou nas enfermeiras a preocupação com o *ambiente* quando perguntamos: o que elas precisam para promover o conforto de seus clientes?

Das trinta e três (33) enfermeiras respondentes, doze (12) delas, ou seja, aproximadamente 37% consideraram o ambiente e seus fatores como fundamentais para promover “conforto”, como registramos a seguir:

*Enf. 01 “Tento manter um ambiente agradável, iluminação [reduzida] e ruídos o menor possível”.*

*Enf. 02 “Converso com o cliente, tento acomodá-lo, mantenho o ambiente agradável o máximo possível”.*

*Enf. 03 “Baixa luminosidade, som, acalanto”.*

*Enf. 04 “Facilitando tranqüilidade a partir do ambiente e diminuindo o incômodo”.*

*Enf. 05 “Me preocupo muito com o ambiente. Um ambiente com pouca luminosidade facilita o repouso...”.*

*Enf. 20: “Observo a iluminação, aquecimento e ruídos...”.*

*Enf. 22: “Procuro promover um ambiente agradável...”.*

*Enf. 23: “Um ambiente agradável que proporcione conforto”.*

*Enf. 24: “Um ambiente tranqüilo e com segurança...”.*

*Enf. 25: “Ambiente tranqüilo e seguro”.*

*Enf. 26: “Além de outras coisas, proporcionar um ambiente agradável tanto no aspecto físico como no social e espiritual, por entender que o cliente – ser humano – é ativo e também passivo dos fenômenos que o cercam no ambiente onde ele se encontra”.*

*Enf. 31: “Ambiente harmônico, limpo, arejado...”.*

Quanto aos clientes, ao responderem o que lhes causa mais desconforto na internação, eles apontaram o ambiente como o principal responsável pelo desconforto em seus corpos e, inversamente, pelo conforto. Responderam ao questionário trinta e três (33) clientes, dentre os quais quatorze (14) fizeram menção ao ambiente em que se encontram como podemos observar nas falas abaixo, enquanto que o restante pode ser observado no Gráfico nº09.

*Cliente 01: “O barulho e a falta de gentileza de alguns profissionais na forma de lidar com o cliente”.*

*Cliente 04: “A falta de privacidade”.*

*Cliente 05: “A ausência dos entes queridos, as imposições da instituição a qual você tem que se adaptar e os maus profissionais”.*

*Cliente 06: “Más acomodações. Posições desconfortáveis, falta de privacidade,... Constrangimento durante determinados procedimentos em que há a necessidade de exposição de parte do corpo, barulho, etc.”.*

*Cliente 08: “A falta de privacidade durante a realização de determinados procedimentos, que apesar de serem necessários, podem ser desconfortáveis. Por isso, para ser o mínimo confortante deve haver além de técnica, o bom senso do profissional que realizará esses procedimentos num ambiente seguro e confortável”.*

*Cliente 11: “O contexto pelo qual estou submetido. O ambiente com o qual tenho que me adaptar”.*

*Cliente 15: “Por ter que seguir rotinas determinadas pela instituição, (...) além de não estar em um ambiente compatível com a minha vontade”.*

*Cliente 18: “O modo no qual se referem ou dirigem a palavra, uma vez que nos encontramos com o nosso psicológico alterado em função de estarmos fora do nosso ambiente”.*

*Cliente 19: “O ambiente”.*

*Cliente 23: “A falta de privacidade, a preocupação com minha saúde, e a tensão de não saber o que me espera. O excesso de conversa alta dos colegas no quarto, o trânsito de pessoas e macas é estressante ... O pior é a conversa alta entre os funcionários”.*

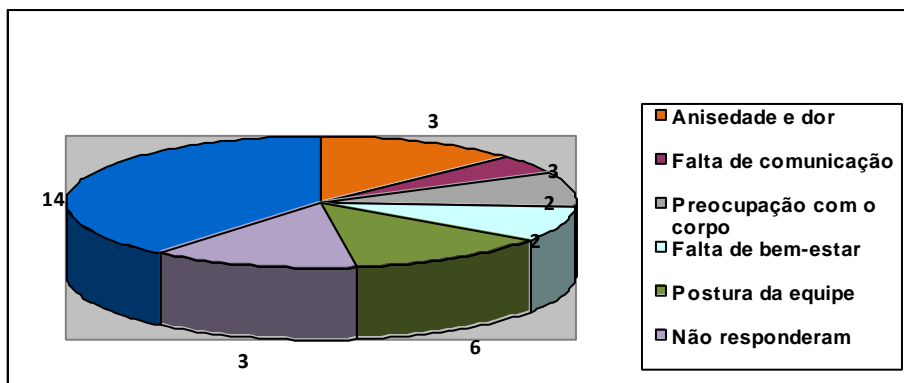
*Cliente 25: “Não conseguir me fazer minhas eliminações fisiológicas por estar em um ambiente precário”.*

*Cliente 26: “Ficar na enfermaria com outros doentes”.*

*Cliente 27: “Ficar sozinha”.*

*Cliente 29: “Um ambiente novo, desconhecido, no qual muitas vezes não é explicado qual o procedimento que será realizado”.*

Gráfico n<sup>o</sup>09: Respostas dos clientes sobre o que causa desconforto



Na configuração ilustrada (Gráfico n<sup>o</sup>09), torna-se evidente a preocupação com o ambiente por parte dos componentes dos *sujeitos-objeto*. E o “ambiente físico”, notadamente, como um *problema* ou facilitador de um *cuidado de enfermagem confortante*. Por certo, como eles referiram/registram a questão do ambiente - *espaço vivenciado* - em sua natureza física, talvez não se deva pensar somente que esse ambiente comporte outros aspectos que não o aspecto físico. Pois sucede que outras pessoas dividem, também, com o cliente, o mesmo espaço; isto é, outros clientes, a equipe médica, a família...

Não só no senso comum, mas nos registros dos profissionais, dos clientes e dos familiares, o ambiente hospitalar é caracterizado como de “tensão”, além de influências como temor, dor e sofrimento. É o lugar onde as pessoas que buscam saúde se encontram com outras que pretendem oferecer este bem tão desejado! Ainda seguindo o senso comum, ocorre que é neste ambiente que, nas mais das vezes, falta manifestações de calor humano, como atenção, sorrisos e alegria. Assim, o hospital é com freqüência entendido como lugar de diagnóstico e tratamento, carregado comumente por um imaginário de que não existe nele “o calor humano”, a comunicação eficaz e, portanto, menos ainda um cuidado de



enfermagem adequado e confortante. Por uma inferência a partir dos dados: falta alegria, atenção e sorrisos, na contingência de um lugar de dor e de sofrimento.

Se este lugar (o hospital) é assim representado/imaginado (no senso comum), é possível inferir que a própria instituição hospitalar já é, por si, desencadeadora da idéia de desconforto. Mesmo compreendendo-se que o ser humano, em si mesmo, é capaz de adaptar-se adequadamente aos novos ambientes, ou da mais desejável (re)adaptação aos ambientes subentendidamente “hostis”, o importante é prevenir o risco de agravamento de saúde, investindo-se esforços de promoção de um ambiente confortante, quiçá terapêutico.

É nesse *espaço* de (con)vivência, circundado por máquinas, aparatos tecnológicos e pessoas profissionais, que se pode, nas mais diversificadas situações de internação hospitalar, encontrar as experiências de “cuidar e ser cuidado”. Pelo fato de parecer, para as enfermeiras, uma coisa tão óbvia que acaba por escapar às suas reflexões acerca das peculiaridades existentes no ambiente, pode-se entender o que Bergson *apud* Bollnow (2008) esclareceu como *la durée*, ou seja, o tempo concretamente vivido pelo ser humano, por meio da contraposição àquele tempo da matemática, mais bem conhecido e decodificado na ciência positiva.

Conseqüentemente, as enfermeiras precisam repensar as peculiaridades do *ambiente/espaço*, de início até difíceis de captar na base de um procedimento habitual, mas que diz respeito ao cotidianamente executado em suas ações de cuidar. Talvez as enfermeiras tenham dificuldade de distinguir esse *ambiente/espaço* daquele geometrizado, funcional ou não, e que pode nos parecer mais familiar.

Provavelmente, as enfermeiras falam do ambiente como *locus* em que o corpo do cliente se encontra. Um espaço de cuidado e que pode ser

fundamentado na afirmação de Nightingale (1989). Para ela, o bem-estar dos pacientes orienta para a atenção às suas necessidades, sejam físicas ou emocionais. Salienta ainda que a doença nem sempre é a causa dos sofrimentos que acompanham o cliente, mas que os sintomas e/ou sofrimentos no/do corpo, muitas vezes, decorrem da falência no aquecimento e limpeza do ambiente.

Florence Nightingale sempre se preocupou com o ambiente. Quando assumiu o cuidado dos soldados feridos, na guerra da Criméia no século XIX, reconheceu que o ambiente que restaura a saúde é aquele que oferece aos clientes melhores condições para que a natureza exerça sua cura, com auxílio das pessoas que deles cuidam. Em seu livro *Notas sobre Enfermagem* (1989), ela afirma que:

*“Enfermagem deve significar uso apropriado do ar puro, da iluminação, do aquecimento, da limpeza, do silêncio e da seleção adequada da dieta, não só na maneira de prepará-la, como também na forma como ela é servida”.*

São recomendações de Nightingale: a circulação do ar não devia ser apenas adequada, mas agradável. A iluminação não podia incomodar o cliente, os ruídos precisavam ser suavizados (sons e barulhos) e a limpeza devia ser adequada no lugar onde o cliente vai ficar na internação. Além disso, as roupas precisavam ser limpas e cheirosas e os móveis de boa aparência, desinfetados após a saída do cliente para terem condições apropriadas para receber o próximo. Tudo isso, na contingência do cotidiano hospitalar, quando bem executado e proporcionado, pode contribuir para a promoção de *conforto* ao cliente internado.

O homem, de acordo com Maslow *apud* Maximiano (2000, p. 349), “*tem necessidades inerentes à sua condição humana e que obedecem a uma hierarquia*”. A primeira categoria delas são as necessidades básicas ou de sobrevivência, dentre as quais podemos destacar também a necessidade de

abrigo. A unidade de internação hospitalar deve suprir essa necessidade por intermédio da criação de um ambiente propício ao conforto e seguro para o cliente. Pois, só um ambiente fisicamente seguro não é suficiente; torna-se imprescindível, também, que ele seja minimamente confortável.

Mesmo entendendo que a idéia de um espaço geometrizado, devidamente mensurável é importante para promover e manter o conforto. Entendemos que suas peculiaridades qualitativas, portanto, suas configurações dimensionais permitem uma rica articulação do cliente internado com o ambiente e aqueles que o ocupam. Nesse sentido, Bollnow (2008) ressalta que a recusa [dos profissionais de saúde] em olhar adequadamente o ambiente vivenciado pelo cliente, no sentido da pura existência espacial e como algo apenas psíquico, estaria ele (ambiente) destacado do sujeito. Minkowski *apud* Bollnow (2008) parece também ter isso mesmo em vista, ao ressaltar que “(...) *a vida se expande no espaço* [ambiente], *sem que por isso, no sentido real, sofra uma expansão geométrica*”. Assim, as condições do ambiente hospitalar - geometrizado ou não - é tão indispensável para a evolução da vida, promoção e manutenção do conforto, como o são as necessidades humanas. Isso porque, o ambiente não pode ser tratado como uma realidade “desconecta” da relação concreta entre homens, mas do *ambiente/espaço*, tal como existe para o homem. Bollnow (*op. Cit.*) corrobora esta afirmação ao dizer que “(...) *a espacialidade da vida humana corresponde ao espaço* [ambiente] *vivenciado pelo homem e vice-versa, e eis aqui uma forte correlação*”. Assim, pode-se destacar que a cada afirmação sobre um dos elementos corresponderá uma afirmação sobre o outro. O cliente interfere no ambiente, assim como o ambiente interfere no cliente. Trata-se, portanto, de uma relação humana com esse *ambiente/espaço*, pois uma coisa não pode ser vista separada da outra.

Tanto o homem quanto o ambiente, nessa relação, poderá ser mais um fator confortante ou desconfortante; ou ainda, como Bollnow (2008, p. 18) diz que – “(...) o [ambiente] *espaço é dado ao homem de modo ambivalente, como estimulador e repressor, como algo hostil, ou pelo menos estranho*”.

Considerando-se tal ambivalência, esse *ambiente/espaço* não é para o cliente internado um ambiente neutro, ele é preenchido com *significados* nas suas relações vitais, e tais significados, por sua vez, mudam de acordo com os diferentes lugares e pessoas que o ocupam. Assim, pensar que esse ambiente pode ser des(confortável) apenas sob o aspecto físico é um erro. Mesmo porque, esses significados por mais *subjetivos* que possam ser, ainda assim, são eles que conectam também o cliente ao ambiente.

As enfermeiras respondentes, nesta investigação, mostram que se preocupam com o ambiente que as cercam, pois sabem do potencial do mesmo quando o assunto é processo de recuperação do cliente. E isso foi constatado, neste estudo, quando acessamos as informações de clientes internados em unidades hospitalares, confirmando o que estamos dizendo. Entretanto, o foco da enfermeira pode nem sempre ser direcionado para proporcionar um ambiente confortável e terapêutico; mas sim, um ambiente seguro do ponto de vista físico e presumivelmente anti-microbiológico, enquanto ela executa ações pertinentes ao cuidado de enfermagem, o que nem sempre poderá significar a intenção de proporcionar um ambiente confortável. Neste particular, entendemos que o centro de terapia intensiva, por exemplo, é um ambiente com características ambientais que dificultam a sua “manipulação” e ”controle” sob o ponto de vista do conforto.

Segundo Figueiredo (2003, p. 107), “*o ambiente do cliente não é só o lugar limitado em que o paciente fica quando hospitalizado*”. As pessoas vivem

no mundo que é um grande sistema aberto, onde fazem trocas e se relacionam com os outros. Portanto, enquanto hospitalizado, o ambiente do cliente é o seu mundo e não pode ser restrito, devendo proporcionar a sensação de relacionamento com esse mundo que é, também, dos outros, e não de isolamento. Assim, pensar o conforto no ambiente deve ser também uma preocupação das enfermeiras. Guattari *apud* Figueiredo (2003, p.108), comenta que “*Ecosofia é uma filosofia ecológica, que exige compreensão sobre o ambiente em que tudo acontece, sobre as relações pessoais*”. Ninguém vive sem se relacionar com o outro, de modo concreto, e sobre a subjetividade humana tudo o que envolve o subjetivo, o modo de ser e pensar, nem sempre é expresso de forma clara.

Heidegger *apud* Bollnow (2008) enfatiza essa mesma idéia, quando afirma que o homem ontologicamente compreendido é aquele cuja presença é espacial. Isso não quer dizer que o cliente internado preencha um determinado espaço em seu ambiente de internação com o seu corpo, mas que ele será sempre, necessariamente, determinado por sua posição em relação ao ambiente que o cerca.

É fundamental tanto para a enfermeira quanto para sua equipe, observarem e perceberem a si mesmos e ao todo ao seu redor, para poderem contribuir para criação de um ambiente confortável e confortante para seus clientes, mormente, sob o ponto de vista deles.

A ação de colocar o cliente nas melhores condições para que a natureza exerça sua cura, parece ainda não ser claramente entendida pelas enfermeiras, e nem testada em investigações sobre o que é *cura* para a enfermagem. No entanto, já existe, nessas últimas décadas, uma preocupação com o ambiente em muitas investigações, ou estudos de enfermeiras interessadas na questão, como é o caso de Figueiredo *et cols.* (2003).

As enfermeiras respondentes desta pesquisa dizem que a preocupação com o ambiente em relação ao *ethos* do corpo carente de cuidados pode ser uma melhor saída para se pensar o conforto. Esse conforto tão condizente com o “bem-estar”, tal como referem em suas falas, não pode ser descartado. “O bem-estar” inclui o ambiente e, então, essencialmente estar bem consigo mesmo, ainda que doente, é essencial para o ser humano sorrir, apreciar o belo, ouvir uma música, lembrar a infância, as coisas boas vividas, a vontade de viver, a sensação ou possibilidade de sair, correr, brincar e sentir-se confortável, no ambiente onde se encontra, e eles (clientes) demonstrando que sabem e querem isso mesmo.

A doença não elimina do sujeito internado essas características de expressão e de emoção do corpo em seu ambiente. No entanto, ao descobrir-se doente e internado, essas características ou dimensões do sujeito-humano ora citadas, podem ser temporariamente substituídas por sensações facilitadoras de desconforto como o próprio ambiente hospitalar, “medo, ansiedade, dor física”. Tudo isso pode ser minimizado ou ampliado se o ambiente no qual se encontra esse cliente, nesse caso na unidade de internação hospitalar, for causador de potenciais danos, que provoquem estímulos psicológicos negativos e inesperados tais como:

- Não ser apresentado às pessoas que circulam no espaço da unidade hospitalar e que vão cuidar dele;
- Não conhecer o espaço e tecnologias empregadas em seu tratamento durante o período de internação;
- Não poder discutir com os profissionais como é o seu habitual ambiente domiciliar, e como gostaria que o ambiente da internação fosse nesse momento, mormente no que diz respeito à iluminação, ventilação, circulação, ruído,

temperatura e odores – se inadequado a eles, poderá provocar irritação e impossibilidade de repouso.

É nesse novo espaço, (o hospitalar), onde circulam profissionais de enfermagem ou executores do cuidado, que mantêm contato permanente com eles (os clientes), e em nível de menor contato, os outros profissionais da saúde. Em geral, acontece que o cliente internado representa aquele indivíduo que saiu de seu mundo habitual (sua casa) e é lançado numa espacialidade ambiental estranha (o hospital). Portanto, é possível que esse cliente perca naturalmente a confiança nas pessoas e coisas ao seu redor. Ele sai do mundo do compreensível para o mundo do incompreensível. Sente-se ali inseguro e muitas vezes, excluído da vida cotidiana. Schmid (2008, p. 139) nos diz que o homem tem necessidade do *espaço* da casa. É esse *espaço* para ele o “*âmbito do silêncio e da paz*”, no qual o homem pode desligar sua atenção, antes constantemente em alerta, a uma possível ameaça de agora, quando seu desejo é talvez por um *espaço* em que ele possa se recolher e *relaxar*. Para Schmid (*op. cit.*) “(...) a tarefa da casa é dar ao homem essa paz [conforto]”. Por outro lado, o *ambiente/espaço* hospitalar pode ser para muitos, um *espaço* de ameaça e, por conseguinte, um espaço potencialmente por si desconfortável.

Para que o ambiente hospitalar possa oferecer ao cliente internado um *espaço* de paz e conforto, requer da enfermeira e demais profissionais, não somente as proteções física, química e biológica. Espera-se de todos os que cuidam ou assistem ao cliente, que se preocupem, também, com outros fatores ou elementos que capazes de atender às necessidades dos clientes, irradiando, portanto, um espírito de harmonia, sociabilidade e paz.

Bachelard *apud* Bollnow (2008) foi especialmente convincente em sua descrição da função protetora da casa em sua obra “Poética do espaço”. Para ele,

a casa tem, antes de tudo, a função de “cobrir e proteger”. Ela forma um centro de proteção na vida do homem; uma “*esfera ordenada*” em que o caos do mundo exterior está sob controle. Nesse sentido, podemos afirmar que a internação hospitalar pode ter a capacidade de “desordenar” a esfera, fora dela, ele se sente disperso. Bachelard considera, então, a casa “*um dos grandes poderes integradores do homem*”.

Voltando à questão do “bem-estar”, sabe-se que não é apenas o ambiente que pode substituir a sensação de estar doente, mesmo que a doença seja temporária, existem outras influências que são de ordem das relações entre ele (cliente) e aqueles que cuidam dele (enfermeiras). Assim, tudo isso que pode variar de sujeito para sujeito, o qual poderá ser influenciado por motivos diversos, criando limitações no ambiente e nas relações que vão influenciar, inibindo ou favorecendo, tanto quem cuida como quem é cuidado.

Mesmo quando as falas dos clientes configuram-se em poucas respostas, as questões que envolvem o relacionamento entre o cliente e a equipe de saúde devem ser relevadas em teor de *qualidade* de facilitador ou não, quando o que está em foco é “o conforto”.

As unidades de internação hospitalar, entendidas como ambiente do cuidado, exigem dos profissionais de saúde novas leituras sobre outras áreas de conhecimento, haja vista que os cuidados de enfermagem perpassam por uma gama de conhecimentos, não só da área de saúde, conhecimentos que perpassam, também, por Filosofia, ciência política, relações humanas, psicologia, Física, Bioquímica, Sociologia, Antropologia, e espiritualidade em geral. Conhecimentos que povoam o social-cultural e, conseqüentemente, o ambiente do cliente, e que conjuntamente fundamentam o saber e a prática de enfermagem, incluídos seus procedimentos e tecnologias para cuidar.



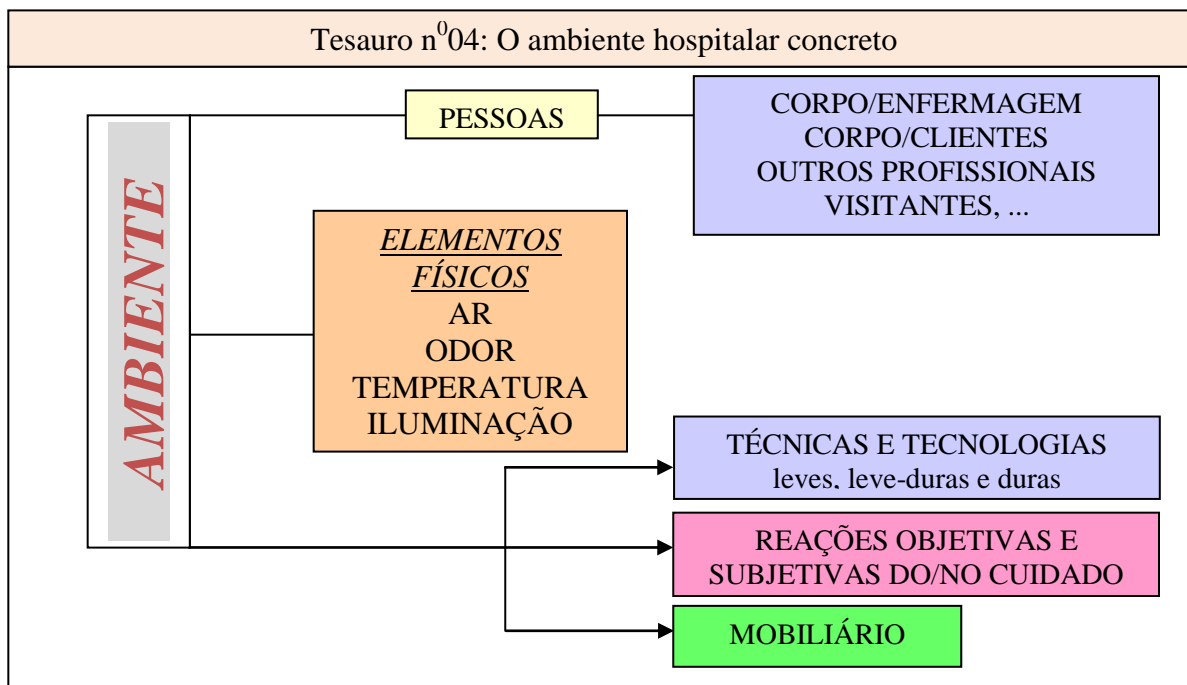
As enfermeiras desse estudo demonstraram saber disso, embora não se expresse claramente. Elas sabem que existe algo no ambiente e em suas relações com os outros, que podem iniciar um processo de cura que leva o cliente a uma condição de conforto.

Caracterizar o ambiente hospitalar como terapêutico, mesmo se tratando de um ambiente que do ponto de vista da microbiologia, da física, da química pode ser “controlado” e mais recentemente da psicologia e sociologia, que não são contemplados como entendemos que deveriam ser.

Reconhecer que a importância do processo de cuidar em enfermagem deve proporcionar e resultar em conforto. Cuidar do ambiente, onde o cliente se encontra, é reconhecer que esse ambiente também é terapêutico, cuja ação acontece da mesma forma quanto qualquer terapia externa ao corpo, e é tão relevante quanto o medicamento interno que é absorvido, distribuído pelo corpo e eliminado – como resposta de sua reação a ele. Assim, a luminosidade, a temperatura aos extremos, os ruídos, os odores, a presença de pessoas estranhas, as emoções e os sentimentos, as relações, etc, funcionam como doses medicamentosas que são preparadas e administradas pela enfermeira em dose nociceptivas.

As enfermeiras respondentes da pesquisa, ao reconhecerem o ambiente do cuidado como fundamental para a promoção do conforto, sugerem que todos aqueles, que vivenciam o dia-dia desse/nesse ambiente, direcionem seus esforços para proporcionar uma co-participação de todos os envolvidos no processo do cuidado, almejando um cuidado confortante. Elas indicam talvez o que sabem relativamente ao ambiente do cuidado de enfermagem e que amplia o entendimento do conceito de conforto (Kolcaba, 2002) e certamente ressalta Florence Nightingale como centro de seu pensamento.

Motivados nas falas das enfermeiras, pode-se dizer que ambiente é um espaço físico composto de uma estrutura que é concreta como parede, janelas, portas, corredores, banheiros, postos de enfermagem em que todos circulam como, e como pode ser representado no Tesouro n<sup>o</sup> 04 a seguir:



A ilustração pictográfica é de autoria dos pesquisadores.

Ao pensarem o conforto, as enfermeiras vislumbram o ambiente e suas relações como colocamos no Tesouro n<sup>o</sup>04 e que, segundo Kolcaba (2003, p.485), pode ser entendido como: *“qualquer aspecto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pelas enfermeiras ou pelos entes queridos para melhorar o conforto”*. Essas enfermeiras reafirmam que a enfermagem e o ambiente hospitalar, (às vezes complexo), remetem à idéia de que cada indivíduo reage de maneira distinta às variações desse meio. As pessoas em geral, e os enfermo em particular, constroem seu mundo de acordo com sua

própria estrutura, necessidades, expectativas, medos e outros sentimentos. No entanto, confere-se ao cliente certa limitação em sua liberdade e autonomia de pensar seu mundo. Autonomia que fatalmente possui estreita relação com o conceito de dependência, pois, como afirma Capra (1999), é no cotidiano dos seres humanos que ocorrem os acoplamentos de estruturas individuais, que se tornam partes integrantes de outras estruturas, o que confere aos seres humanos a característica de interdependência estrutural mútua.

Assim, deve-se reconhecer que a enfermagem, em seu cotidiano de cuidar de clientes em unidades de internação hospitalar, empreende a busca de um ambiente saudável, como demandam as necessidades humanas de seus clientes. E porque acreditam que o ambiente é de fundamental importância para a promoção do conforto obtido a partir do cuidado de enfermagem, elas reconhecem que o ambiente, por si, privilegia o atendimento das necessidades que integram o ser humano desde sua formação na vida intra-útero, quando o corpo da mulher precisa se adequar também à ambiência para assegurar ao conceito a viabilidade de seu pleno desenvolvimento. Após o nascimento, bem como no crescimento e desenvolvimento, há a necessidade de zelar para que este novo ser seja devidamente cuidado e confortado para que o mesmo possa ter plena capacidade de suportar as adversidades da vida futura.

As conseqüências dessa afirmativa não são novas sob o ponto de vista do entendimento do processo existencial do ser humano, o qual aparentemente tudo pode. Pois, só ele é o sujeito da ação e que pode mudar o ambiente com suas práticas e modos de ser, mas, passam a ser, quando conferem com fato de que, ele mesmo, enquanto constrói seu mundo, busca o conforto através do ambiente. Isto é esclarecido segundo Boff (2003) quando ele diz que, sob o ponto de vista

existencial, o cuidado se acha em toda a situação humana, e que a atitude do ser humano, tem a ver com o cuidado, sem o qual nada que é vivo sobrevive.

Nesse sentido, as relações do conforto com o ambiente, o corpo e o cuidado, são focos centrais desta tese, e que emergiram nas respostas das enfermeiras que cuidam e dos clientes hospitalizados, apontando o ambiente como fundamental para que o conforto possa ser viabilizado. Possibilitando um desenvolvimento que satisfaça as suas necessidades, mas, que não seja visto ou entendido pelas enfermeiras como um choque de idéias, desejos e necessidades. Ao mesmo tempo, compreendam que esse ambiente é plural, não se esgotando apenas no plano físico, como também, social e psicoespiritual.

Importante ressaltar que um maior aprofundamento e desenvolvimento do saber profissional acerca do ambiente hospitalar, onde o cuidado de enfermagem – tal como tratado nesta investigação – acontece habitualmente, permite-nos realizar reflexões, com mais propriedade e objetividade, sobre novos conceitos de conforto, buscando desdobrá-los e decodificá-los, a fim de reorganizar e reestruturar novos significados que possam contribuir com o que atualmente já sabemos.

A preocupação da enfermeira com o ambiente, onde o cliente recebe seus cuidados, mais especificamente, o ambiente hospitalar, surgiu com Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia, quando ela percebeu que para concretizar a missão de prestar cuidados de enfermagem, era preciso considerar, devidamente, as dificuldades e problemas ambientais existentes, incluindo a falta de saneamento, a presença da imundície ambiental, além da necessidade eficaz de comunicação entre enfermeiras e clientes. Uma afirmação que é a mesma feita por Florence Nightingale há mais de cem anos, quando cuidava dos soldados

ingleses na guerra da Criméia – afirmando ainda que a contaminação (exposição dos microorganismos) era por falta de higiene.

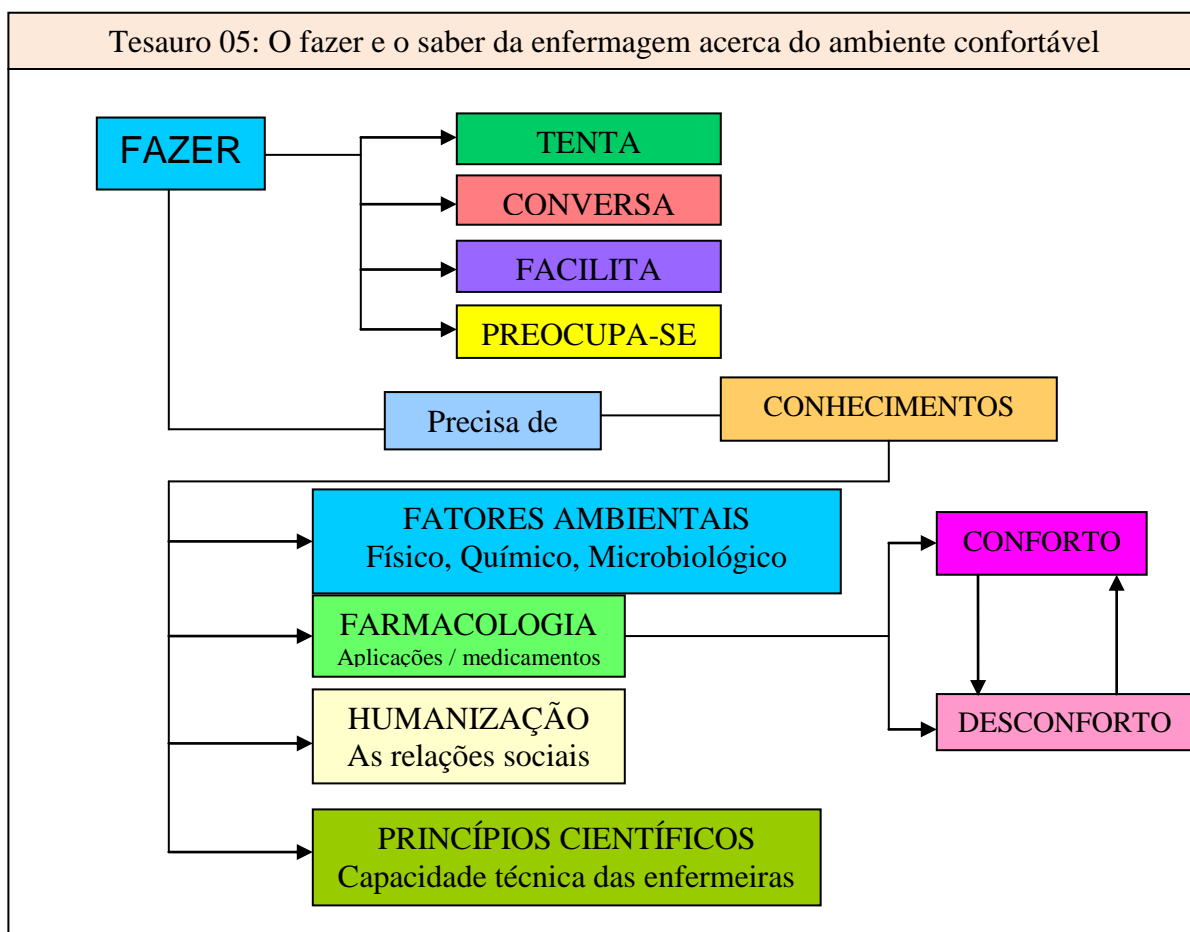
Confortar a partir da atenção específica sobre o ambiente depende primordialmente de saber o que fazem as enfermeiras e o que é conforto para elas. Mas depende, também, do significado do que seja conforto para os clientes. Por isso, enfermeiras e clientes falam da necessidade de saberem sobre humanização, fatores ambientais, medicamentos, conhecimentos científicos, como aspectos fundamentais de seu conhecimento sobre o ambiente, para proporcionar conforto.

Na construção desse saber, as enfermeiras sinalizam que a humanização está na base da natureza humana e dos conhecimentos dos sujeitos envolvidos no cuidado; e que isso envolve um modo de filosofia da existência - do **eu-tu** e do **eu-isso** - de Martin Buber (1979). Esse filósofo destaca duas possibilidades do eu revelar-se como humano: através do relacionamento **eu-tu** e do relacionamento **eu-isso**. **Eu-tu** e **eu-isso** são chamados pelo autor de *palavras-princípio* e ele ressalva que não há **EU** em si, mas apenas o **eu** da *palavra-princípio* “**eu-tu**”, e o **eu** da *palavra princípio* “**eu-isso**”. É novamente a afirmação de que o homem é um ser em relação, **ser-com** o mundo.

Nesse sentido, saber sobre os fatores ambientais envolve conhecer riscos a que estão submetidas às pessoas que transitam nos ambientes hospitalares; saber sobre saúde pública e as interações entre as pessoas; que o saber sobre medicamentos exige um saber sobre farmacologia e suas conseqüências, que seus efeitos podem interagir ou responder as condições ambientais em que se encontram os clientes; que saber sobre conhecimento científico exige delas um olhar investigativo para o ambiente e as devidas considerações quando cuidam

sobre os princípios que fundamentam o aprender na enfermagem: anatomia, fisiologia, microbiologia, imunologia e outras disciplinas.

Esses achados nos fazem pensar que o conforto carece de um saber sobre questões objetivas e subjetivas acerca da complexidade do ambiente em que enfermeiras direcionam sua atenção para o corpo do cliente necessitado de cuidados de enfermagem. E que fizeram emergir a partir de suas respostas, ações sobre o fazer e o pensar que orientou a construção do Tesouro nº 05, o segundo sobre ambiente.



A ilustração pictográfica é de autoria dos pesquisadores.

Em alguns momentos, pensando sobre conforto (!?), as enfermeiras destacam as necessidades humanas básicas, principalmente, quando falam “sobre o ambiente”, elas podem ser apoiadas no dizer das teóricas:

1- Virgínia Henderson – não obstante sua própria explicação de *ambiente*, em sua teoria, recomenda que a enfermeira pode alterá-lo sempre que necessário. A autora acredita que:

*“Em cada situação [de enfermagem], as enfermeiras que conhecem as reações físicas e psicológicas, à temperatura, à umidade, à luz, à coloração [pintura das paredes], à pressão do gás [oxigênio], aos odores, aos ruídos [barulhos], às impurezas químicas e microorganismos, podem organizar o ambiente e tirar o máximo proveito das instalações disponíveis”.* Henderson *apud* Tomey e Alligood (2004, p. 115).

2- Faye Glenn Abdellah - com sua tipologia dos *21 problemas de enfermagem* apresenta o “bem-estar” como o primeiro dos problemas. Embora o ambiente seja o conceito menos discutido em seu modelo, em sua tipologia, o ambiente aparece como o item nº 17 que é “criar e/ou manter um ambiente terapêutico”. Cabe ressaltar que a autora não classificou os problemas de enfermagem seguindo uma hierarquia de prioridades, o que não diminui a relevância de sua teoria.

Sobre os princípios científicos aliados à idéia de construção do ambiente, encontramos que Alligood e Tomey (2004), interpretando Jean Watson, afirmam que a enfermeira deve prover um “ambiente - mental, físico, sociocultural e espiritual - protetor, corretivo e de apoio” e, assim, ampliar o que se possa entender por ambiente em relação à enfermagem. Essas autoras afirmam que Jean Watson recomenda que a enfermeira precisa reconhecer a influência que os ambientes interno e externo têm sobre a saúde e a doença dos indivíduos. Para ela, os conceitos relevantes para o ambiente interno incluem o “bem-estar” mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo e destacam que Jean

Watson considera que: “além das variáveis epidemiológicas, outras como variáveis externas incluem o conforto, a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético” Henderson (1973 p. 87).

Quando as enfermeiras falam dos fatores ambientais externos, entendemos que elas o “conhecem” e o “dominam” em seu saber, muito embora, não consigam explicitar objetivamente sobre o que falam. O que se depreende é que o ambiente, em suas falas, está relacionado com as condições e influências externas que podem afetar, positiva ou negativamente, os clientes que buscam a “cura” e os necessitados cuidados de enfermagem. E nesse particular, as enfermeiras se aproximam de Murray e Zenther (1975), ao entenderem que o “ambiente” é capaz de proporcionar as condições e influências que afetam o organismo humano, e que podem contribuir para a doença, impedir os acidentes ou até mesmo prevenir o risco de morte.

Ainda discutindo sobre a necessidade de saber sobre o ambiente, não se pode esquecer os princípios de Nightingale, pois, na formação do perfil profissional, e no cotidiano de prestar o cuidado de enfermagem, encontram-se as razões de ser da profissão. Foi possível observar que, como alerta Nightingale, as enfermeiras respondentes, nesta tese, não dividiram o ambiente do doente em aspectos físicos, emocionais ou sociais, no entanto, à leitura de *Notas sobre Enfermagem (1989)* pode-se perceber a ênfase conferida ao ambiente físico, da mesma forma enfatizada nas respostas das enfermeiras, atribuindo ao ambiente físico a função de fiel da balança quando o assunto é promover e cultivar o *conforto*.

Reportando-nos ainda à obra mencionada anteriormente, percebe-se a importância do ambiente na idéia de conforto do doente depende de influências do ambiente relativas ao espaço das unidades de internação hospitalar, sendo que

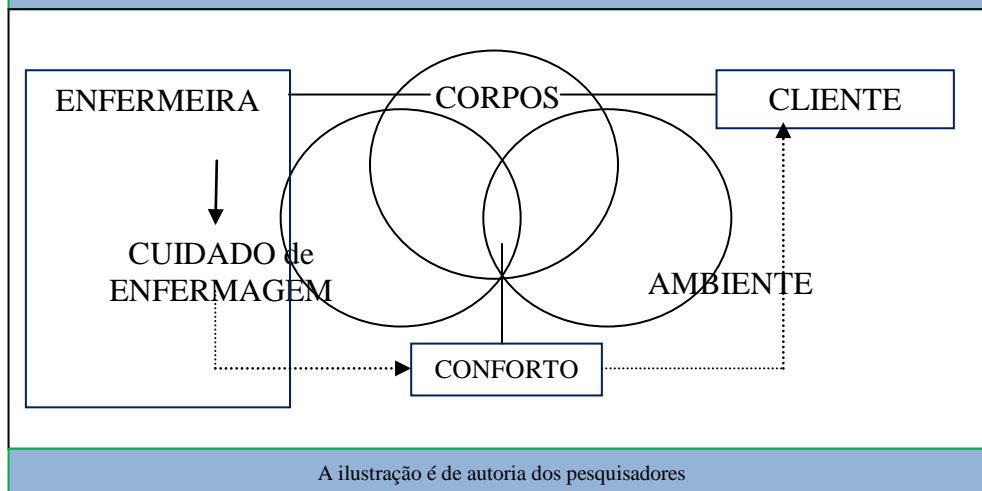


o principal aspecto alia o sujeito/cliente às circunstâncias vivenciais em seu ambiente. E não deve haver divisão entre aspectos físicos, emocionais ou sociais, e sim a preocupação da enfermeira com o ambiente da unidade de internação hospitalar, como configurando apenas um espaço circundante saudável como um todo.

A proposição nightingaleana inclui cinco princípios básicos da saúde relativamente ao ambiente - ar puro, água pura, saneamento e drenagem eficiente, limpeza e luz - tão essenciais hoje como há mais de 150 anos. Para as enfermeiras que iniciam sua prática, no séc. XXI tais princípios conferem com conceitos relevantes da saúde no mundo de hoje, onde a destruição da camada de ozônio, a redução dos mananciais de água, a poluição do ar que respiramos e os prejuízos da natureza como um todo, são fatores que interferem com o tão almejado “bem-estar”, o que nos permite afirmar que **o conforto é imprescindível ao ambiente, aos corpos dos indivíduos (principalmente de quem cuida e de quem é cuidado) no âmbito dos planos que envolvem o cuidado de enfermagem.**

No ambiente, pois enfermeiras e clientes entendem o ambiente como fundamental para que o conforto possa ser alcançado e mantido. Nos corpos, porque só os assistidos e os assistentes podem afirmar se há, efetivamente, a promoção de conforto enquanto o cuidado de enfermagem é prestado. E, por último, se a essencialidade (natureza *essencial*) do cuidado de enfermagem perpassa pelo ambiente e pelo corpo, de modo eficaz (com resultado apreciado/avaliado quanto ao “bem-estar” relativo ao conforto propiciado). A ilustração (Figura nº06), a seguir, confere com esta afirmação.

Figura nº 06: Relação enfermeira–cliente–cuidado de enfermagem  
(ambiente – conforto)



## CAPÍTULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de iniciar as considerações finais, com base nas categorias emergentes a partir das respostas de trinta e três (33) enfermeiras e trinta e três (33) clientes em unidades de internação hospitalar, consideramos importante lembrar que, na presente pesquisa, tivemos os objetivos de: Conceituar o que é conforto a partir das predicções emitidas por clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar; Classificar predicções/características atribuídos(as) ao conforto de modo a contribuir para o conceito de conforto, a partir de tesouros semânticos; e, Identificar nos predicados referenciais (como atribuídos pelos sujeitos-objeto) a *forma verbal* denotativa do conforto. Cumpre-nos adiantar que os objetivos foram alcançados.

A abordagem metodológica atendeu plenamente ao objeto proposto, assim como a seus objetivos, pois favoreceu que os sujeitos respondentes da investigação expusessem livremente suas repostas acerca do assunto.

O mesmo ocorreu com o referencial teórico, onde utilizamos duas teorias distintas que pudessem conduzir o pensamento e proporcionar a construção de um conceito de conforto a partir das falas de *sujeitos-objeto* (enfermeiras e clientes) vivenciando situações opostas, em plano de assistência hospitalar. As teorias assim denominadas de Teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg e Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

A teoria proposta por Dahlberg serviu como base para a construção do conceito de conforto por ser capaz de fundamentar os princípios conceituais e terminológicos, subentendendo-se que todo conceito é formado por um *referente*, podendo este, ser um conjunto de objetos, um simples objeto, uma ação, um fato, um fenômeno. Nesta tese, o *referente* é o “conforto”, o qual foi predicado por enfermeiras e clientes em unidades de internação hospitalar.

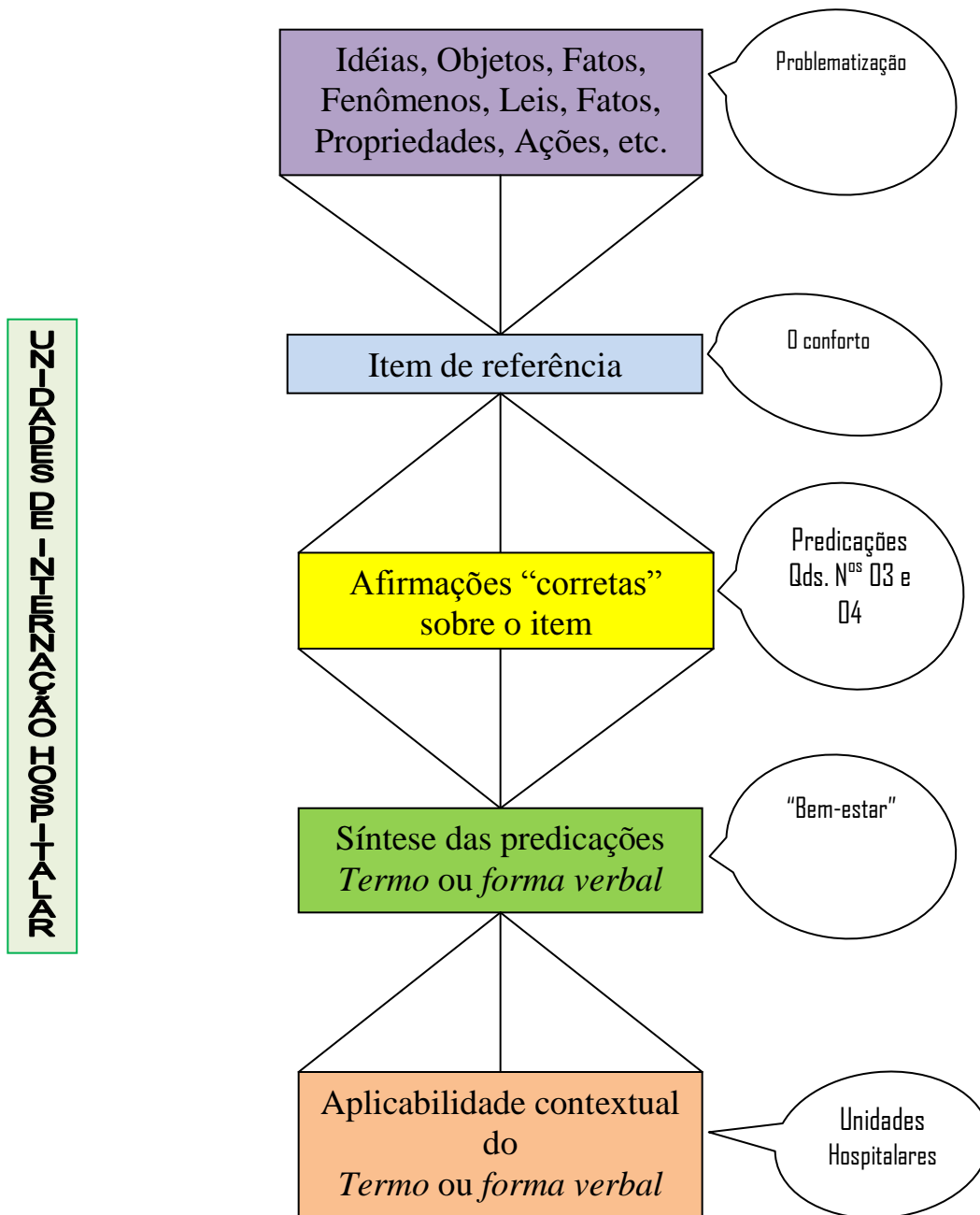
A totalidade de predicções foi analisada exaustivamente, de modo que, seleccionássemos as “afirmações predicativas” *verdadeiras* e *verificáveis* acerca desse referente, culminando em um *termo* ou *forma verbal* – “bem-estar” - denotativa do *referente*. Assim, o *termo* que irá então representar esse conceito em qualquer processo de comunicação inserido em um contexto específico (a exemplo da unidade de internação hospitalar). Portanto, nesta tese, o conceito foi considerado uma unidade do conhecimento – um *constructo* mental e as “afirmações predicativas” sobre seu *referente* são assinaladas como elementos constitutivos do referido conhecimento, também denominada de características do conceito.

Assim, nesta tese, a teoria de Dahlberg permitiu a construção de um conceito de conforto que confere com o contexto de cuidar em enfermagem em unidades de internação hospitalar a partir das predicções de conforto nas respostas de clientes e enfermeiras. Nesse sentido,

**“O conforto é um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar – físico, psicoespiritual e social – em razão do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida”.**

A ilustração a seguir representa a dinâmica da construção do conceito à luz de Dahlberg, desde o universo dos itens para a delimitação do referente, até a utilização do *termo* no universo do discurso, conforme Figura n<sup>o</sup> 07, a seguir.

Figura nº07 Modelo de construção do conceito de conforto a luz de Dahlberg.



A ilustração pictográfica é de autoria dos pesquisadores.

Fazendo uma análise sistemática e final do problema/objeto *leitmotiv* deste estudo, chegamos, conclusivamente, a três ilações, por certo, de caráter lógico-analítico, que são fundamentais para a enfermagem/ciência.

A primeira é que, conforme foi assentido, *in claris*, até aqui, é que, para a caracterização e enquadramento de um determinado conhecimento como científico, com acepção e caracteres dotados de cientificidade, que seja marcado pelos atributos da neutralidade axiológica, da aceitabilidade no manejo do suporte conceitual e principalmente epistemológico, da implementação das condições de assertibilidade do discurso científico e das condições de “verdade” deste, é imprescindível à observância de certo instrumental teórico metodológico.

A segunda é que, segundo foi possível aferir, do mesmo modo que a primeira ilação, para a caracterização de um determinado conhecimento como científico, com todos os atributos e características acima descritos, é necessário *conditio sine qua non* – a observância de um determinado sistema terminológico-conceitual.

A terceira é que, no processo de formulação de um sistema terminológico-conceitual próprio para a enfermagem, ou seja, para a formação de uma Terminologia Enfermagem-Conceptual, foi necessário o atendimento e a observância dos postulados e princípios da Teoria do Conceito de Ingetraut Dahlberg tais como: Contexto, Referente, Características e Forma Verbal.

A primeira e a segunda ilação a que chegamos constituem uma assertiva aceita pela metodologia e terminologia científica. Assim, para os metodólogos e terminólogos, não há que se falar em pesquisa científica, se esta não é consecutada tendo em vista certos postulados e princípios que dão o fundamento de validade episteme-conceitual-metodológica desta. Deste modo, foi

fundamental a observância do instrumental teórico-metodológico utilizado nesta tese.

A possibilidade de determinar, agrupar e selecionar as características do conceito de conforto, destacados nesta investigação, poderá permitir que outros investigadores de enfermagem preocupados com a terminologia específica desta área de conhecimento analisem, construam, reconstruam, correlacionem, categorizem, e possam definir tal conceito em âmbito de enfermagem, contribuindo para a formação de uma rede conceitual coesa, quanto à formação e controle de *termos* adequados à terminologia de enfermagem, em plano de cuidado.

Há algum tempo o *termo* norte-americano “pain management” tem dominado a terminologia médica assistencial podendo inclusive, ser encontrado em várias investigações científicas das mais diversas áreas da saúde, em particular, da medicina e da enfermagem. No entanto, a polissemia de idênticos tem permeado a linguagem técnica desses profissionais a ponto de tornar “indiscerníveis” alguns termos, sem que haja uma base sólida e científica para a construção de conceitos e terminologias. Nesse sentido, o processo de cuidar de clientes “fora de possibilidades” terapêuticas, no modelo biomédico, tem conduzido a preocupação dos profissionais de saúde para a promoção e manutenção do conforto físico para essa clientela, entendendo-se tão somente que confortar é apenas aliviar a dor, como se o conforto fosse apenas o resultado de um cuidado paliativo.

A norte-americana Katharine Kolcaba, enfermeira e professora de enfermagem geriátrica da Universidade de Akron introduziu o *termo* “comfort management” na prática de assistir e cuidar do cliente, independente do contexto em que esse cliente se encontra. Para o português, o *termo* pode significar

“gerenciamento do conforto”, passando este *termo* a substituir o anterior na prática assistencial, hospitalar ou não, inclusive, servindo de referencial teórico para pesquisadores de engenharia e arquitetura, como é o caso do Dr. Aloísio Schmid (2005).

Nesta tese, nos apropriamos dos pressupostos, metaparadigmas, tipos e contextos implicados na teoria de conforto idealizada por Kolcaba. Cabe ressaltar que, na tese, não se trata de submeter à referida teoria aos princípios de *verificabilidade* e *falseabilidade* (Popper, 1975), mas que, no entanto, enfermeiras e clientes ao responderem o instrumento de coleta dos dados parecem ir ao encontro de Kolcaba quando identificam como tipos de conforto a *tranqüilidade*, o *alívio* e a *transcendência*, ainda que implicitamente em suas respostas e que, para elas, são possivelmente promovidos, mantidos e experimentados pelos clientes quando são cuidados. O mesmo ocorreu em relação aos contextos em que o conforto pode ocorrer. *In casu*, enfermeiras e clientes demonstraram a partir de suas respostas que o conforto pode ocorrer no *ambiente*, no *social*, no *físico* e no plano *psicoespiritual*. Ressalta-se, porém que ambos os grupos de *sujeitos-objeto* creditam ao *ambiente* a maior justificativa quando o assunto é o des(conforto).

Lançar mão de dois referenciais teóricos completamente diferentes do ponto de vista da área de conhecimento, em que pese suas especificidades foi coerente.

Pareceu-nos que, do ponto de vista epistemológico, não resultou em *obstáculo*, nem mesmo a um *desvio*. Pensamos ter alcançado, para a profissão, uma “confiança” mais aproximada das ciências sociais, e da ciência da enfermagem, quando o que está em causa refere-se ao uso e à aplicabilidade de *termos* usualmente derivados de uma linguagem “comum” resultante de



diferentes áreas de conhecimento tal como no *conforto*. Mas isto favorece grande proliferação de *significados* para os quais se empregam as *terminologias* cotidianamente usadas, produzindo assim, uma mistura polissemântica que surge para a enfermagem, como algo desafiador do seu *saber/fazer*. Mesmo tendo como objeto de investigação o conceito de conforto, o cuidado de enfermagem que emerge, também, no referencial teórico desta tese.

Sua necessidade pode ser justificada, quando falamos que o conforto é um termo “qualificador” do cuidado de enfermagem e que é, a partir do cuidado de enfermagem, que o conforto poderá se manifestar no corpo do cliente.

Abordar o cuidado de enfermagem como pano de fundo desta tese, por ser ele entendido como objeto de trabalho das enfermeiras, e que, segundo Caccavo (2000) se apresenta com uma faceta teórica e um caráter pragmático que, por si só, é *inerente* à enfermagem, constituindo-se em meio de expressão específica da arte da enfermagem. Nesta tese, afirmamos que nem todo cuidado de enfermagem é *confortante*, porém previsível de *conforto*. Em contrapartida, todo conforto na enfermagem, é resultante de um cuidado de enfermagem.

Com efeito, é através do cuidado de enfermagem que a enfermeira e sua equipe põem em prática os seus saber e é, a partir dele, convergindo emoção à técnica, à beleza e [ao conhecimento científico] (Santos, 1964), que se reconhece que o conforto poderá ser proporcionado e/ou mantido. Assim, nesta tese, conjecturamos que cuidado não é sinonímia de conforto.

Num contexto multidisciplinar, o conforto confere com um *referente* multifacetado, polissemântico, consolidado no cotidiano assistencial da enfermeira em ambiente hospitalar como *coisa objetiva* e, ao mesmo tempo, *subjetiva*. Tal constatação pode ser evidenciada nos Tesouros n<sup>os</sup> 01 a 04.

Assim, destacar o cuidado de enfermagem e o conforto, desde Florence Nightingale, perpassando por renomadas teóricas e teorias de enfermagem tais como, Peplau (1950); Orlando (1961); Travelbee (1961); Barnard (1965); Mercer (1986); Henderson (1955); Wiedenbach (1958); e Hall (1964), autoras que apresentam suas teorias com ênfase na *arte de enfermagem*, entre outros, até chegar a Kolcaba (2002) com a Teoria do Conforto. Nesse sentido, merece destaque o conceito de *recorrência epistemológica* proposto por Bachelard (2007), uma vez que, em sua maioria, as teóricas utilizaram como *corpus* para as suas proposições teóricas, metaparadigmas, conceitos e pressupostos anteriormente aplicados por suas antecessoras.

Tomando-se como parâmetro as respostas de enfermeiras e clientes nos mais diversos contextos hospitalares de cuidar e ser cuidado. Identificamos que esses *sujeitos-objeto* convergem para um mesmo discurso de que o ambiente (fatores ambientais) é fundamental para que o conforto possa ser oferecido e mantido no corpo do cliente. A esse respeito Nightingale à época em que viveu já se mostrava comprometida com as condições físicas nas quais os cuidados de enfermagem eram oferecidos aos clientes, em especial, àqueles “baixados” em consequência da guerra da Criméia. Para Nightingale, é esse mesmo ambiente que poderá interferir na restauração/manutenção da saúde do cliente, enfermo ou não, e que, na concepção de Henderson (1981), esse ambiente poderá ser, também, capaz de proporcionar uma “morte serena”.

Se nesta tese, enfermeiras e clientes, ao predicarem o conforto e atribuírem a ele, como *forma verbal* o “bem-estar” e, se a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) conceitua saúde como: “*O estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*”, pode-se inferir a importância da promoção e manutenção do conforto ao cliente hospitalizado. No

entanto, longe ainda de se tornar uma realidade, na prática assistencial hospitalar, a preocupação e valorização do “conforto/bem-estar” do cliente por parte daqueles que prestam assistência à saúde e cuidados de enfermagem; na pior das hipóteses, deve simbolizar um compromisso ético, um horizonte e uma meta perseguida pelos profissionais de saúde, sobretudo, pela enfermeira.

O “bem-estar” remete à idéia de uma “saúde ótima”, talvez até de difícil alcance verdadeiro. Isso, se considerarmos que, mesmo estando enfermo do “corpo”, existem possibilidades de se gozar de “saúde da alma e do espírito”. Mesmo evidenciando, na árvore do “bem-estar” pictografada e idealizada pelos autores da tese (Figura nº 04), onde o “bem-estar físico/orgânico/biológico” está na base robusta da árvore que sustenta e mantém a vida na mesma. Mas que, no entanto, tal robustez não é nada sem os frágeis galhos e folhas que representam os “desejos, emoções, dor, prazer, pulsão de vida e morte”, entre outros.

Da mesma forma que a saúde, o “bem-estar/conforto” não pode ser visto, considerado ou entendido como um “estado perene” que, uma vez atingido, possa ser “perpetuado” até a alta hospitalar do cliente. Isso pode parecer um engano. Deve-se atentar que a própria compreensão de saúde, assim como o “bem-estar/conforto” apresenta também considerável nível de subjetividade determinado pela história pessoal de cada cliente, na medida em que esses indivíduos consideram ter mais ou menos saúde – “bem-estar – e conforto dependendo do momento, das circunstâncias e dos valores influentes em uma determinada situação.

Nesta tese, a efemeridade do “bem-estar” foi também pictografada com o objetivo de melhor explicar a dinâmica do conforto em unidade de internação hospitalar (Figura nº 06) denominado pelos autores como “espectro do conforto”. Na ilustração, é possível evidenciar a “permeabilidade” existente na “fronteira”

virtual que separa o conforto do desconforto. Merece destacar que a ilustração foi idealizada, considerando-se o que as enfermeiras e clientes responderam acerca do (des)conforto, como ele pode ser diagnosticado pela enfermeira e como ele pode ser minimizado ou não no modo da própria oferta.

As necessidades humanas básicas foram referidas pelas enfermeiras e clientes. Quando os clientes percebem que elas foram satisfeitas, pode-se inferir, de acordo com a Comfort Line (Kolcaba, 2002), que os clientes melhoram o seu nível de HSB e atingem níveis homeostáticos compatíveis do feedback negativo. Quando se encontram diante de uma situação em que suas necessidades humanas estão afetadas, recorrem à satisfação da mesma na expectativa de uma resposta diferente à resposta inicial. Por exemplo: ao se encontrar em um determinado decúbito por tempo prolongado no leito, o cliente pode apresentar uma série de reações pertinentes à necessidade de locomoção ou de mobilidade afetada. Ao ser cuidado pela enfermeira, o enfermo é trocado de posição de modo a que a nova condição lhe favoreça um “bem-estar”, que, aliás, pode não ser imediato. Diz-se que, às vezes, após o cuidado de enfermagem (mudança de decúbito) o cliente evoluiu para um feedback negativo. Caso a mudança de decúbito seja realizada, mas não satisfeita a necessidade do cliente a ponto de conferir-lhe o “bem-estar”, (o feedback, neste caso, poderá ser positivo). Ou seja, a resposta inicial (desconforto) igual à resposta final (mais desconforto).

As categorias desta tese indicam, também, que o conforto está contido no ambiente (objetivo e subjetivo), no corpo (de quem cuida e é cuidado) e no cuidado de enfermagem como facilitador e/ou agente efetor do “bem-estar”.

Pela carência de investigações desta natureza ou, semelhantes a esta, principalmente, em âmbito nacional, entendemos que esta tese pode ser considerada como partida para a construção de um conhecimento específico de

enfermagem. Não só em crivo hospitalar, mas em qualquer contexto em que o cuidado de enfermagem seja necessário para a promoção e manutenção da saúde do ser humano. Contudo, ratificando o que já foi anteriormente citado nesta tese, de que a mesma não obstante na *categoria* bachelardiana uma *experiência primeira*, de acordo com o mesmo autor, servirá certamente, de referência para outras.

Quanto à *objetividade* científica, Bachelard (2007) argumenta que não há “*verdade com validade universal*”; cada ciência cria a sua verdade. Assim, quanto aos “*parâmetros de validade intrínsecos*” à enfermagem “em-vias-de-se-fazer-ciência”, para além das verdades suscitadas pelas epistemologias regionais, à *objetividade* deste conhecimento ora produzido, obedecendo a outra noção bachelardiana – *a recorrência epistemológica* -, estamos convictos de que tal conhecimento necessita e, portanto, deverá ser submetido ao crivo da intersubjetividade, ou respeito à *verificação* e *aprovação* coletiva, ao estabelecimento de critérios públicos e à circulação e confrontação de idéias no interior das comunidades científicas.

A título de reforço, é pertinente ressaltar que o objeto de estudo desta tese emergiu de situações da vida, de pessoas que cuidam e que são cuidadas. Suas inquietações, indagações e objetivos diante da problemática e do objeto focalizado surgiram como fruto de experiência real e não como fruto do *senso comum*. Sendo a idéia de sua investigação, um produto do espírito humano relacionado ao mundo exterior (Bachelard, 2007) e que, por si só, não poderia ser sustentado unicamente pelo Racionalismo ou pelo Idealismo; ou ainda, pelo Realismo e pelo Empirismo. Na construção desta tese, pensamos construir um conhecimento científico permeado por duas metafísicas ainda que aparentemente

contraditórias, são complementares, pois entendemos que a demonstração científica se apóia tanto na experiência (empíria) quanto no raciocínio (razão).

No âmbito das contribuições desta tese existe, desde já, a pretensão de dar continuidade a este estudo, entendendo que poderá contribuir de subsídio para a Enfermagem Fundamental, e considerando que a mesma é mais um demarcador terminológico sobre o que é conforto em enfermagem.

Nesse sentido, vislumbramos perspectivas de continuidade da investigação, em plano institucional (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO), através do cadastramento de Projeto de Pesquisa junto ao Departamento de Pesquisa da referida IFES, enfocando não só enfermeiras e clientes em unidades de internação hospitalar, mas em qualquer outro contexto de cuidar e ser cuidado em enfermagem.

Compreendemos que precisamos replicar essa experiência, aumentando o número de respondentes, assim como, o número de unidades hospitalares e de hospitais.

Como consequência do envolvimento com a temática e com o referencial teórico, pode-se elaborar projetos visando a Enfermagem Fundamental e a inclusão da temática no conteúdo programático de disciplinas básicas como Semiotécnica de Enfermagem e, principalmente, como temas de linhas de pesquisa de núcleos de pesquisa que tratam dos assuntos aqui focalizados.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Tradução por Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes. 2007. Tradução de: Dizionario di Filosofia.

ABDELLAH, F. et al **Patient-Centered Approaches to Nursing**. 3<sup>a</sup>ed, New York: MacMillan, 1961.

AIKENS, C. **Making the patient comfortable**. The Canadian Nurse, 1908.

ALLIGOOD, M.R. e MARRINER Tomey, A. **Nursing Theory: Utilization and application**. 2<sup>a</sup>ed. St. Louis: Mosby, 2002.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Jean Suardo Yazile. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Nursing: a social policy statement**. Kansas City, Mo: ANA, 1980.

ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Tradução de Estela dos Santo Abreu. Rio de Janeiro/Brasil: Contraponto, 2007. Tradução de: **La formation de l'esprit scientifique: contribution a une psychanalyse de la connaissance**. Paris/França: Librairie Philosophique J. Vrin, 1938. CACHAPUZ, Antônio.

BACHELARD, Gaston. **Ensaio sobre o conhecimento aproximado**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BARBIER, René. **A'Approche transversale, sensibilización à l'éconte mytho-poétique en education**. Note de synthèse. Saint-Denis: Université Paris 8, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro, Lisboa: Setenta, 1988.

BARNARD, K.E. **New four-part training Project is developed.** Children Limited, 15, 2, (April/May), 1965.

BARTHES, Roland. **Elementos de Semiologia.** São Paulo: Cultrix, 1971.

BASSI, M. A. **Florence Nightingale, a dama da lâmpada,** São José dos Campos: Fundação E. E. R., 1999.

BENNER, P. **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice.** Menlo Park: Addison-Wesley, 1989.

BISHOP, S. **Logical reasoning.** In A. Marriner Tomey & M.A. Alligood (Eds.), Nursing theorists and their work. St. Louis: Mosby, 1998-2002.

BOFF L. **Ética e eco-espiritualidade.** Campinas: Verus, 2003

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.

BOYD, H. W. J.; WETFALL, R. **Pesquisa mercadológica: texto e caso.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1964.

BUBER, M. **Eu e Tu** - São Paulo: Editora Moraes, 1979.

CACCAVO P.V. **A Arte da Enfermagem: efêmera, graciosa e perene.** Tese de Doutorado. EEAN/UFRJ. RJ, 2000.

CAMPOS, M.L. de A. **Linguagem Documentária: teorias que fundamentam sua elaboração.** Rio de Janeiro: Ed. UFF, 2001.

CAPRA F. **A teia da vida.** 4ªed. São Paulo: Cultrix; 1999.

CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e Assistência: resgatando Florence Nightingale.** Goiânia: AB, 1997.

CARVALHO, Vilma. **Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil Profissional.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006. Cap. IV e V.



\_\_\_\_\_ Conferência/Congresso de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (1979). San Juan de Puerto Rico: Revista Panamericana de Profesionales de Enfermería. Panamá/República do Panamá: FEPAEN, 1983 – p. 7-10.

\_\_\_\_\_ Conferência n II Convenção Capixaba de Enfermagem, Vitória ES, 12 de maio de 1982.

CASTRO, A.A. **Medicina Baseada em Evidências**. São Paulo: Lemos-Editorial, 1998.

CAVALCANTI, C.R. **Indexação e Tesouro: metodologia e técnica**. Brasília: ABDF, 1978.

CHINN, P. e KRAMER, M. - **Theory and Nursing: A systematic approach**. 5ªed. St. Louis: Mosby, 1998.

CIVETA, J. **Tratado de Terapia Intensiva**. São Paulo: Manole, 1992.

DAHLBERG, I. **A Referent-oriented analytical concept theory of interconcept**. International Classification. v. 5, n. 3, p. 142-150, 1978.

DAHLBERG, I. **Knowledge organization and terminology philosophical and linguistic bases**. International classification, v.19, nº.2, 1992.

DELEUZE, G. **Conversações**. Trad. de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DEMO, Pedro. **Teoria - Por quê?** Anais do 3º. Senpe, Florianópolis/Santa Catarina: Ed. UFSC, 1985.

DOLAN, Josephine A. **Nursing in Society**. Philadelphia – PA. W.B. Saunders Company, 1973.

DROZD, L. **Science Terminologique: objet et méthode, in Textes Choisis en Terminologie**. Girsterm: Québec, 1983.

DU GAS, B.W. **Enfermagem prática**. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

FAWCETT, J. **The metaparadigm of nursing: Currente status and future refinements Image.** The Journal of Nursing Scholarship, 1984.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **O corpo da Enfermeira como instrumento do cuidado de enfermagem.** Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 1994.

FIGUEIREDO, Nébia M.A. **Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios.** São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003. Cap. 2.

FIGUEIREDO, Nébia M.A.; PORTO, Isaura Setenta; SANTOS, Iraci dos; CARDOSO, F.C.A.; SOUZA, F.S. Ensinando Alunas (os) a sentir: arquitetando uma semiologia da expressão para cuidar – os sentidos e os cuidados. **Revista Enfermagem UERJ**, RJ, v.9., n. 3, p. 217-224, st./dez., 2001.

FISCHER. V.G.; CONNOLY. A.F. **Promotion of physical comfort and safety.** 2<sup>a</sup>ed. Dubuque: Brown, 1975.

FRANCIS, G.M. e MUNJAS, B. **Promoting psychological comfort.** 2<sup>a</sup>ed. Dubuque: Brown, 1979. Cap.4, p.57-61: psychological comfort – nursing guidelines.

GALINHA, Iolanda e J.L. Pais RIBEIRO. **História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo.** Psicologia, Saúde & Doenças, 2005, 6 (2), 203-214.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo. Atlas, 2000.

GOMES, Alice Martins. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** 2<sup>a</sup>ed. São Paulo: EPU, 1988.

GOMES, Hagar Espanha. *et ali.* **Manual de Elaboração de Tesouros Monolíngues.** Brasília: CNPq/PNBU, 1990.

GOODNOW, M. **The technique of nursing.** Philadelphia: W.B. Saunders, 1935.

- HALL, L.E. **Nursing: What is it?** Canadian Nurse, 60, 150-154, 1964.
- HAMILTON, J. **Comfort and hospitalized chronically ill.** Journal of Gerontological Nursing. 1989.
- HARMER, B. **Methods and principles of teaching the principles and practice of nursing.** New York: MacMillan, 1926.
- HENDERSON, V. **The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education** New York: McMillan. 1955.
- HENDERSON, V. **The nature of nursing.** New York: McMillan. 1966.
- HENDERSON, V. **The nature of nursing.** New York: McMillan. 1981.
- HESCHONG, Lisa. **Thermal delight in architecture.** Massachusetts: Massachusetts Inst. of Technology, 1993.
- HESSEN, Johannes. **Teoria do Conhecimento.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- HULLEY - S. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2001.
- JAMIESON, Elizabeth M., SEWALL Mary F., SUHRIE, Eleanor B. **Trends in Nursing History – Their Social, International, and Ethical, Relationships.** Philadelphia/London: W.B. Saunders, 1969.
- JAMIESON, Elizabeth M., et all., **Historia de la Enfermeria,** 6ª Edition, México: Editorial Interamericana, S.A., 1968.
- JAPIASSU, H. Ferreira. **Introdução ao Pensamento Epistemológico.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.
- JOHNSON, D.E. **One conceptual model of nursing.** Unpublished lecture. Vanderbilt University. Nashville, Tennessee, 1968.

**KING, I.M. Toward a theory for nursing. General concepts of human behavior.** New York: John Wiley e Sons, 1971.

**KING, I.M. Toward a theory for nursing. General concepts of human behavior.** New York: John Wiley e Sons, 1973.

**KOLCABA, K. The comfort line** [online]. Available: <http://www.uakron.edu/comfort>, visitado em 14/08/2007 as 15:00.

**KOLCABA, K.Y, KOLCABA, R. J. An analysis of the concept of comfort.** Journal of Advanced Nursing, v. 16, p. 1301-1310. 2003.

**KUHN, T.S. The structure of scientific revolutions.** Chicago: University of Chicago Press, 1970.

**LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina. Metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 1996

**LEAL, A.M. The development o fan instrument for the measurement of psychological comfort.** Texas, 1986. 216p. Tese (Doutorado) – Collage of Nursing. Texas Woman’s University.

**LEININGER, M. Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York: Willey, 1978.

**LEVINE, M.E. The four conservation principles: Twenty years later.** In J. Riehl, Conceptual models for nursing practice, 3<sup>a</sup> ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1989.

**LOBIONDO, W.G. e HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

**MAXIMIANO. Introdução à Administração.** São Paulo: Atlas, 2000.

**MCILVEEN, K e MORSE, J. The role of comfort in nursing car: 1900-1980.** Clinical Nursing Research. 1995.

**MELEIS, A. Theoretical Nursing: development and progress.** 3<sup>a</sup>ed Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995.

MERCER, R.T. **First-time motherhood: Experiences from teens to forties.** New York: Springer, 1986.

MERHY, Elias E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnológico em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em saúde.** 2ªed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MORSE. J.M. **An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminary investigation.** Nurs. Pap.,v.15, n.1, p.6-20, 1983.

MORSE, J.M. et al. **Concepts of caring and caring as a concept. Advances in Nursing Science,** Rockville: MD, v13, n.1, p1-14, 1990.

MORSE. J.M. **Comfort: the refocusing of nursing care.** Clin. Nurs. Res., v.1, n.1, p 91-106. 1992.

MURRAY, H.A. **Explorations in Personality.** New York: Oxford University Press, 1938.

MURRAY, R. e ZENTNER, J. **Nursing concepts in health promotion.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1975.

MUSSI, Fernanda Carneiro. **Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio.** 1994. 102p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

NASCIMENTO, Marcus Teódolo F. **Fênix: das cinzas à luz – Relatos de Egressos de Unidade de Tratamento Intensivo.** Escola de Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v6, nº 1, p.89-98. abr.2002.

NEUMAN, B.M., DELOUGHERY, G.W., e GEBBIE, K.M. **Changes in problem solving ability among nurses receiving mental health consultation: A pilot study.** *Communicating Nursing Research*, 3, 41-52, 1970.

NEWMAN, M.A. **Theory development in nursing.** Philadelphia: F.A. Davis, 1986.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Teologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem.** Rio Grande do Sul: UNIJUÍ, 2000.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Nursing.** New York: Dover, 1859.

OGDEN, C.K; RICHARDS, I.A. **O significado de significado; um estudo da influência da linguagem sobre o pensamento e sobre a ciência do simbolismo.** Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice.** New York: McGraw-Hill, 1971.

ORLANDO, I. **The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles.** New York: Putnam. 1961.

PARSE, R.R. **Human becoming: Parse's theory of nursing.** *Nursing Science Quarterly*, 1998.

PATERSON, J. e ZDERAD, L. **Humanistic nursing.** 2<sup>a</sup>ed. New York: National League for Nursing, 1975.

PEPLAU, H.E. **Interpersonal relations in nursing.** New York: G.P. Putnam's Sons, 1950.

PEREIRA, Carlos Alberto Messeder, et Alli. **Linguagens da Violência.** Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

PEIRCE, Charles Sanders. **Semiótica.** São Paulo: Perspectiva, 1990.

POLIT, D.F e HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.** 3<sup>a</sup>ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POPPER, Karl R. **Conhecimento objetivo - Uma abordagem evolucionária.** São Paulo/ Belo Horizonte: EDUSP / Itatiaia, 1975.

POWERS, B.A e KNAPP, T.R. **A dictionary of nursing theory and research.** 2<sup>a</sup>ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

PRICE. A.L. **Tratado de enfermería.** 3<sup>a</sup>ed. México: Interamericana, 1965.

REED, P.G e ZURAKOWSKI, T.L. Nightingale: a visionary model for nursing. In: FITZPATRICK, J.J. e Brady Co., 1983.

RICHARDSON, Roberto. *Pesquisa social. Métodos e técnicas.* São Paulo: Atlas, 1985.

RIDGELY, Lucy Seymer. **Florence Nightingale.** Ed. Melhoramentos. Sd.

ROGERS, M.E. **Educational revolution in nursing.** New York: Macmillan, 1961.

ROY, C. **Adaptation: A conceptual framework in nursing.** Nursing Outlook, 18, 42 – 45, 1970.

ROLNIK, Suely. **Pensamento, corpo e devir; uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico.** Cadernos de Subjetividade, São Paulo, v.1, n.2, p. 241-251, set. 1992/fev. 1995.

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred W. ; TIERNEY, Alison J. **Modelo de enfermagem.** 3<sup>a</sup>ed. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, 1995.

ROPER, Nancy; LOGAN Winifred W.; TIERNEY, Alison J. **O modelo de enfermagem: baseado nas atividades de vida diária.** Lisboa: Climepsi, 2001.

RÚDIO, Fraz Vitor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 19<sup>a</sup>ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

SANTORO, Deyse Conceição. Situação do Sistema de Saúde no Brasil e os Cuidados Desenvolvidos nas Unidades de Terapia Intensiva. Revista de Enfermagem EEAN/UFRJ; Rio de Janeiro, v5, nº 2, p.259-261; ago. 2001.

SCHMID, Aloísio Leoni. **A idéia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído**. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.

SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais**. Textos escolhidos de Alfred Schutz; Org. Helmut R. Wagner. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SHERA, Jesse H. Pattern. **Structure and conceptualization in classification**. In: International Study Conference on Classification for Information Retrieval, Proceedings, London : ASLIB, 1957.

SILVA, R.C.L. **O imaginário de enfermeiros quando cuidam na fronteira VIDA/MORTE: Um estudo Sócio-Poético**. In Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. UNIRIO. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação de Mestrado.

SIMÃO A. Tufik. **Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.

SPINDOLA, Telma. **O CTI sob a Ótica dos Profissionais de Enfermagem: Uma abordagem fenomenológica**. In Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. UNIRIO. Rio de Janeiro, 1992. Dissertação de Mestrado.

TORRES, G. Florence Nightingale. In GEORGE, J. (org) **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing**. Philadelphia: E.A. Davis, 1966.

VARGAS, M. **História da Técnica e da Tecnologia**. São Paulo: UNESP, 1994. Cap. 3.

WALDOW, V.R e LOPES, M.J.M. Org. **Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WATSON, J. **Nursing. The philosophy and science of caring**. Boulder, CO. Associated University Press, 1973.

WEAVER, Eunice. **Florence Nightingale 1820-1910 / Pioneiros do Ideal I**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Publicidade, 1934.



WEBSTER'S **New Collegiate Dictionary**. 2<sup>a</sup>ed. Springfield: Merriam, 1949.

WIEDENBACH, E. **Family-centered maternity nursing**. New York: Putnam, 1958.