



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

AMANDA CAMARGO SANTOS

**A APLICABILIDADE DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA EM SITUAÇÕES
CLÍNICAS: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Brasília-DF
2022

AMANDA CAMARGO SANTOS

**A APLICABILIDADE DA TEORIA DO CONFORTO DE
KOLCABA EM SITUAÇÕES CLÍNICAS: UMA REVISÃO DE
ESCOPO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a Dr^a Diana Lúcia Moura Pinho.

Brasília-DF
2022

SUMÁRIO

Resumo	p. 4
1. Introdução	p. 5
2. Metodologia	p. 7
3. Resultados	p. 10
3.1 Características dos estudos	p. 10
3.2 Definição de conforto	p. 13
3.3 Situações clínicas	p. 14
3.4 Tipos de conforto e os seus desfechos	p. 15
3.5 Contextos da experiência humana segundo Kolcaba e ações/intervenções/medidas de conforto mais utilizadas	p. 17
3.6 Estratégias ou instrumentos para a avaliação do conforto	p. 20
4. Discussão	p. 22
5. Conclusão	p. 24
6. Referências	p. 25

RESUMO

Introdução: O construto conforto possui diferentes significados dependendo da percepção de cada indivíduo, conforme as realidades vivenciadas e áreas do conhecimento, não tendo um consenso na literatura. O objetivo deste estudo foi mapear a aplicabilidade da teoria do conforto de Kolcaba buscando-se identificar as ações/intervenções de conforto mais utilizadas, relacionando os tipos de experiência humana do conforto e os contextos da sua aplicabilidade. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de escopo desenvolvida em seis etapas consecutivas, segundo a metodologia recomendada pelo Instituto Joanna Briggs. Foram utilizadas as bases de dados PubMed/Medline, CINAHL e LILACS. **Resultados:** Foram incluídos 33 artigos. As situações clínicas identificadas envolviam pacientes em diferentes fases do desenvolvimento humano e em situações envolvendo diferentes níveis de complexidade, como em regime de internação hospitalar e/ou ambulatorial. A teoria do conforto vem sendo aplicada principalmente em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, cardiopatas, em hemodiálise, e com outros diagnósticos clínicos, em diferentes fases de desenvolvimento humano (criança, mulher, adulto e idoso). O conforto no contexto físico foi mais mencionado quando comparado aos outros contextos da experiência humana. **Conclusão:** A teoria do conforto de Kolcaba é uma teoria de médio alcance e de fácil aplicabilidade na prática, sendo utilizada em situações clínicas envolvendo pacientes em diferentes fases do desenvolvimento humano desde a criança até o idoso, em condições oncológicas, cardiopatias, hemodiálise, epiléticos, infecção urinária, pós-operatório e puerpério, em diversos ambientes de cuidado, principalmente no hospitalar.

Descritores: Conforto do paciente; Teoria do conforto; Kolcaba; Teoria de enfermagem

Colaboradores: Leila Xavier de Souza

A aplicabilidade da teoria do conforto de Kolcaba em situações clínicas: uma revisão de escopo

1. Introdução

O construto conforto possui diferentes significados dependendo da percepção de cada indivíduo, conforme as realidades vivenciadas e áreas do conhecimento, não há consenso na literatura. De forma geral, o conceito pode ser compreendido como um estado de equilíbrio pessoal e ambiental sendo abordado como uma necessidade humana básica, independente do indivíduo vivenciar ou não um processo de adoecimento. Segundo Pereira et al, 2020, tem sido identificado como elemento presente na história e associado aos cuidados de enfermagem assumindo interpretações que se conectam a mudanças políticas, sociais, tecno-científicas e religiosas, relacionando-se às ciências da saúde e enfermagem (1). Considerando o foco atual de cuidados na promoção da saúde, e a conexão entre o conforto e bem-estar, o conforto pode ser assumido como um elemento imprescindível do cuidado humano holístico, apresentando valor relevante para a enfermagem e para as pessoas que estão sob seus cuidados (2).

De acordo com Ponte, Silva (2), 2016, o conforto na área da saúde inclui conhecimentos de diferentes teorias de enfermagem, tais como, o conceito de alívio, proposto por Ida Orlando; a compreensão de tranquilidade, proposta por Virginia Henderson; o conceito de transcendência, sugerido por Josephine Paterson e Loreta Zderad; medidas de conforto de Watson; e os comportamentos de busca em saúde de Rozella Schlotfeldt.

Na década de 90 Katharine Kolcaba, teórica de Enfermagem, desenvolveu um conceito de conforto onde agrupou definições de outras teóricas de enfermagem, a exemplo de Ida Orlando, Virginia Anderson, Paterson e Zderad, apresentando-o como resultado desejável dos cuidados de enfermagem, que constitui-se em uma experiência imediata e holística de fortalecimento do indivíduo graças à satisfação de suas necessidades de alívio, facilidade/tranquilidade e transcendência os quais podem estar inseridos nos contextos, o físico, o psicoespiritual, o ambiental e o sociocultural (3).

Kolcaba define conforto a partir de três tipos de experiências humanas: alívio; tranquilidade/facilidade; e transcendência. O alívio é a experiência de atender uma necessidade específica de conforto do paciente; a facilidade/tranquilidade define-se como estado de calma ou contentamento; e a transcendência é o estado em que se superam os problemas ou dores (4), considerado o nível mais elevado de conforto, a partir da satisfação de necessidades de educação e motivação, a fim de capacitar o cliente a desenvolver seus potenciais e adotar hábitos de vida saudáveis para realizar suas atividades com a máxima independência possível (5).

Estas experiências, segundo Kolcaba, 2003, podem ser desenvolvidas em pelo menos quatro contextos: 1. O físico, se refere a sensações corporais e mecanismos homeostáticos que podem ou não estar relacionados a diagnósticos específicos, função imunológica, dentre outras; 2. O psicoespiritual, que combina componentes mentais, emocionais e espirituais do eu, diz respeito à consciência interna de si mesmo, incluindo autoestima, identidade, sexualidade, significado na vida de alguém e seu relacionamento compreendido com uma ordem ou ser superior; 3. O sociocultural traduz as relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo finanças, educação e apoio, assim como aspectos culturais com histórias familiares, tradições, linguagem, roupas, costumes, rituais e práticas religiosas; e 4. O ambiental se refere ao plano externo, ambiente, condições e influências, envolvendo a cor, o ruído, a luz, temperatura, vistas das janelas, acesso à natureza e elementos naturais versus sintéticos (4).

A realização de ações ou intervenções que promovem medidas de conforto é intrínseca à prática de cuidado clínico de enfermagem, sendo necessário implementar ações que atendam às necessidades de saúde da pessoa e de qualidade do cuidado ao paciente. As intervenções de enfermagem neste âmbito são relevantes para recuperar a saúde do indivíduo(6). Ainda de acordo com a teoria do conforto, os pacientes que estão confortáveis são mais propensos a se envolver em comportamentos de busca de saúde, como melhor esforço na terapia e cura mais rápida, determinando em grande parte seu nível de bem-estar ou tranquilidade da morte(4).

Considerando que o conforto é uma necessidade de toda pessoa humana ao longo da vida, torna-se importante na prática do cuidado de enfermagem, promover o conforto em situações clínicas de forma geral e em diferentes fases de desenvolvimento (criança, adulto ou idoso) bem como na saúde ou doença. Muitas vezes na prática clínica o conforto é reconhecido somente na dimensão alívio, a exemplo da dor, que está circunscrita ao contexto físico, deixando de evidenciar-se as demais dimensões do conforto que podem estar inseridas em diferentes contextos, segundo a concepção de conforto de Kolcaba.

Esse tema possui uma grande relevância para a prática cotidiana de enfermagem independente da situação clínica ou cenário da atenção à saúde em que o conforto seja proporcionado e vem ao longo dos anos emergindo como objeto de estudo em todo o mundo. Revisão integrativa realizada por Cardoso, Caldas e Souza, 2019 (7), relata a aplicação da teoria do conforto de Kolcaba por enfermeiros na promoção da saúde da criança e do idoso; na sistematização da assistência de enfermagem às mulheres em trabalho de parto e no cuidado ao recém-nascido; no contexto pré e peri-anestésico; na implementação do processo de enfermagem para a promoção do conforto às puérperas e à pacientes cardiopatas no ambiente hospitalar, colocando em evidência a aplicabilidade da teoria em diferentes situações clínicas e cenários da atenção à saúde.

Nesta perspectiva, o uso da teoria do conforto na implementação do processo de enfermagem, além de estruturar o cuidado, eleva a qualidade desse cuidado, fortalecendo as relações enfermeiro-paciente-família e promovendo o desenvolvimento de comportamentos de busca em saúde, podendo aprimorar os resultados institucionais. Portanto, este estudo procura responder à seguinte indagação: Quais as situações clínicas de utilização da teoria do conforto de Kolcaba e intervenções/ações de conforto mais utilizadas?

Assim, o objetivo deste estudo foi mapear a aplicabilidade da teoria do conforto de Kolcaba, buscando-se identificar as ações/intervenções de conforto mais utilizadas, relacionando os tipos de experiência humana do conforto e os contextos da sua aplicabilidade.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão de escopo desenvolvida segundo a metodologia do Instituto Joanna Briggs (8), no qual a revisão de escopo visa mapear o estado da arte em uma área temática, a partir de um método rigoroso e transparente, proporcionando um olhar descritivo dos estudos revisados sem avaliar criticamente ou simplificar evidências de diferentes investigações, essa avaliação crítica acontece em uma revisão sistemática (9).

A estrutura desta revisão utiliza o arcabouço metodológico proposto por Arksey e O'Malley (9) revisados por Levac, Colquhoun e O'Brien (10), Peters e colaboradores (11), que são estudiosos do Instituto Joanna Briggs, e envolve seis etapas consecutivas: 1) identificação da questão e objetivo de pesquisa; 2) identificação de estudos relevantes sobre o tema; 3) seleção e extração dos estudos, segundo os critérios predefinidos; 4) mapeamento de dados; 5) agrupamento, resumo e relato dos resultados, por meio de uma análise temática qualitativa em relação ao objetivo e pergunta de pesquisa; 6) apresentação dos resultados, identificando as implicações para prática clínica e pesquisa em saúde e enfermagem.

1ª Etapa - a questão da pesquisa

Foi definida a seguinte questão de investigação: Quais as situações clínicas de utilização da teoria do conforto de Kolcaba e intervenções/ações de conforto mais utilizadas? A partir da questão de pesquisa e dos objetivos do estudo, os descritores foram definidos pela combinação do mnemônico PCC (População; Conceito; Contexto), representando respectivamente a População do estudo que são os pacientes, profissionais de saúde e familiares necessitando de cuidados, independente de idade; o

Conceito, a teoria do conforto de Kolcaba; e o Contexto se referindo a quaisquer situações clínicas e intervenções/ações de conforto.

2ª Etapa - Identificação dos estudos relevantes

Para identificar os estudos relevantes, foi realizada busca nas bases de dados PubMed/Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) em janeiro de 2021. Estas bases foram selecionadas por serem abrangentes tendo ampla cobertura de publicações na área da saúde. Foram utilizados descritores controlados e não controlados (*nursing theory, comfort, kolcaba, comfort theory, kolcaba comfort theory*) os quais foram combinados com os operadores booleanos AND e OR.

3ª Etapa - Seleção dos estudos (critérios de inclusão e exclusão)

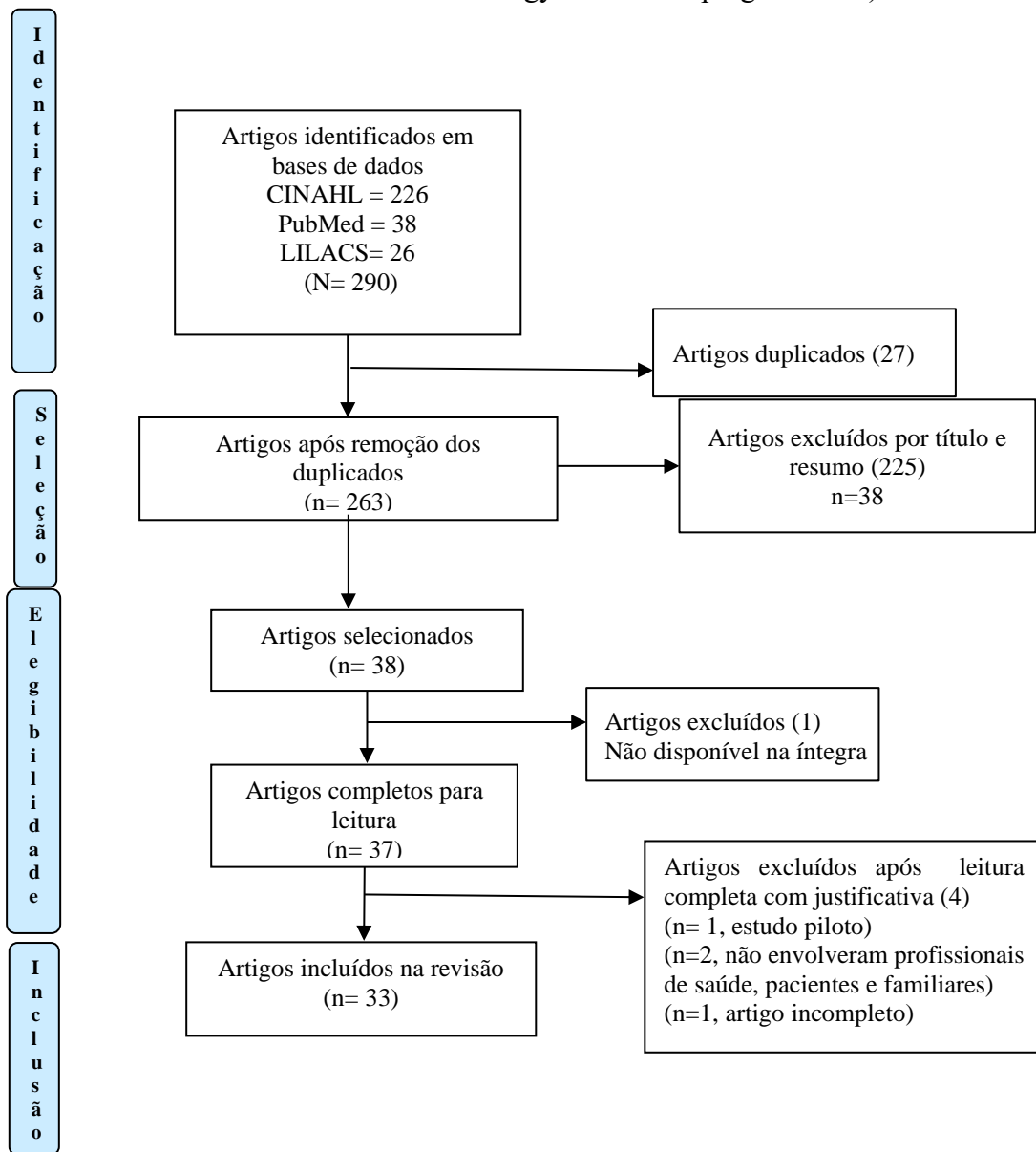
Critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2000 a 2020, devido a atualização do instrumento de conforto de Kolcaba em 2001; estudos primários publicados em periódicos indexados, com revisão por pares, e abrangendo todas as situações clínicas; nos idiomas (português, inglês e espanhol); com texto disponível na íntegra.

Critérios de exclusão: teses, dissertações, folhetos, editoriais, notícias; revisões sistemáticas; artigos de reflexão; estudo piloto; apresentação em congresso e anais; artigos incompletos, não disponíveis na íntegra, e que não envolveram profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Processo de busca

Foram identificados um total de 290 artigos, organizados inicialmente no *software* EndNote e posteriormente transferidos para o Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews (2016) (12). O processo de seleção de estudos envolveu dois revisores de forma independente, e um expert para resolver os casos de conflito, quando houvesse. As etapas do processo de busca foram organizadas no diagrama de fluxo, Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (**PRISMA-ScR**). Após exclusão dos artigos duplicados identificados no *software* Rayyan, restaram 263 artigos; destes excluímos 225 artigos que não atendiam aos critérios de inclusão, e não tinham os descritores no título e resumo nas publicações restantes. Selecionamos 38 estudos e, finalmente, foi realizada a leitura na íntegra de 37 artigos, destes 4 foram excluídos e 33 foram incluídos na revisão.

Figura 1: Fluxograma PRISMA ScR para o processo de revisão de escopo. (Adaptado de Reviewers' Manual Methodology for JBI Scoping Reviews)



4ª Etapa - Extração dos dados

Os artigos incluídos foram organizados em uma planilha do Excel® na qual foram incluídas as seguintes informações de interesse de cada estudo: título, autor(es), ano de publicação; país da realização do estudo; objetivo; método/tipo de estudo; contexto ou cenário; participantes/ diagnóstico; intervenção/ medidas de conforto e desfechos; principais resultados; e limites do estudo.

Na sequência, realizou-se a avaliação do nível de evidência dos estudos incluídos no sentido de mapear os desenhos de estudo, seguindo os sete níveis da classificação da qualidade das evidências, de Melnyk e Fineout-Overholt (13), 2005: “1. Aquelas que são originárias de revisão

sistemática ou metanálise e ensaios clínicos randomizados controlados ou que derivam de diretrizes clínicas fundamentadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2. evidências provenientes de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3. obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4. aquelas oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5. derivadas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6. originárias de um único estudo descritivo ou qualitativo; e 7. aquelas resultantes de artigo de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.”

3. Resultados

3.1. Características dos estudos

Foram incluídos 33 artigos publicados entre 2000 e 2020. O ano de 2020 representou 21% destas publicações. Quanto ao país de desenvolvimento dos estudos, 13 estudos foram realizados no Brasil seguido pelos Estados Unidos (n=7); Colômbia (n=2), Turquia (n=2), Indonésia (n=2), e os países Malásia, País de Gales, Áustria, Canadá, Irã e Noruega tiveram um artigo publicado para cada país. O delineamento mais utilizado foi estudo do tipo descritivo e a abordagem qualitativa (nível de evidência 6), sendo aplicado em 31 estudos; um estudo foi ensaio clínico randomizado (nível 2) e outro foi estudo de coorte prospectivo (nível 4). As situações clínicas de aplicabilidade da teoria do conforto foram, por exemplo, internação em diferentes níveis de complexidade, envolvendo cuidados paliativos (oncologia), unidades de terapia intensiva, atendimento hospitalar e ambulatorial, população de adultos, crianças e idosos, entre outras. O quadro 1 apresenta as situações clínicas identificadas nos artigos, tipo de estudo e o seu nível de evidência.

Quadro 1: Características dos estudos incluídos

Autor(es), título, ano	Local	Situação clínica	Abordagem metodológica	Tipo de delineamento do estudo	Nível de evidência
Marques, K; Alves, C. Nursing diagnoses clusters: survival and comfort in oncology end-of-life care (2020). (14)	Brasil	Cuidados paliativos (internação de oncologia)	Quantitativa	Estudo de coorte prospectivo descritivo	4
Berntzen et al. "Please mind the gap": A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care (2020). (15)	Noruega	Pacientes em unidades de terapia intensiva	Qualitativa	Estudo exploratório	6
Oliveira et al. Necessidade de conforto percebida por idosos hospitalizados: uma análise à luz da teoria de Kolcaba (2020). (16)	Brasil	Idosos internados em uma unidade clínica	Qualitativa	Estudo descritivo	6
Freire et al. Contextos de experiência de estar (des)confortável de pacientes com doença renal crônica (2020). (17)	Brasil	Pacientes em tratamento hemodialítico	Qualitativa	Estudo descritivo	6

Ays,e Kacarog̃lu Vicdan. The Effect of Training Given to Hemodialysis Patients According to the Comfort Theory (2020). (18)	Turquia	Pacientes em hemodiálise	Quantitativa	Estudo experimental, randomizado e controle	2
Melo et al. Benefícios da auriculoacupuntura em profissionais de enfermagem atuantes na COVID-19 à luz da Teoria do Conforto (2020). (19)	Brasil	Técnicas alternativas para profissionais de enfermagem	Qualitativa	Estudo descritivo	6
Soares PR, Silva CRL da, Louro TQ. Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de Enfermagem (2020). (20)	Brasil	Atendimento a crianças em unidade de terapia intensiva	Método misto	Estudo descritivo	6
Bice AA, Pond RS, Lutz BJ. The Pediatric Procedural Holistic Comfort Assessment: A Feasibility Study (2019). (21)	Estados Unidos	Acompanhamento ambulatorial pediátrico	Método misto	Estudo descritivo	6
Bicakli et al. Nasogastric Tube Feeding Experiences in Pediatric Oncology Patients and Their Mothers: A Qualitative Study (2019). (22)	Turquia	Alimentação por sonda nasogástrica em crianças com câncer (internação)	Qualitativa	Estudo descritivo	6
Ebrahimpour F, Hoseini ASS. Suggesting a Practical Theory to Oncology Nurses: Case Report of a Child in Discomfort (2018). (23)	Irã	Internação de crianças com câncer	Qualitativa	Estudo descritivo (relato de caso)	6
Nuraini et al. Spirituality-Focused Palliative Care to Improve Indonesian Breast Cancer Patient Comfort (2018). (24)	Indonésia	Mulheres em tratamento hospitalar de câncer de mama	Método misto	Estudo transversal descritivo	6
Benedett A, Ferraz L, Silva IA da. A prática da amamentação: uma busca por conforto (2018). (25)	Brasil	Acompanhamento domiciliar de nutrizes	Qualitativa	Estudo descritivo	6
Figueiredo et al. A dor no puerpério imediato: contribuição do cuidado de enfermagem (2018). (26)	Brasil	Puérperas internadas na maternidade	Qualitativa	Estudo exploratório e descritivo (método de pesquisa-cuidado)	6
Góngora MIR, Heredia LPD. Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular (2018). (27)	Colômbia	Pacientes adultos de unidade de cuidado intensivo cardiovascular	Método misto	Estudo descritivo	6
Estridge et al. Comfort and Fluid Retention in Adult Patients Receiving Hemodialysis (2018). (28)	Estados Unidos	Pacientes adultos em fase terminal de hemodiálise	Método misto	Estudo transversal, descritivo, correlacional	6
Konietzny C, Anderson B. Comfort conversations in complex continuing care: assessing patients' and families' palliative care needs (2017). (29)	Canadá	Cuidados paliativos em adultos no hospital e seus familiares	Qualitativa	Estudo exploratório	6
Ferreira EB, Pinho LM, Kamada I. Telephone contact as a strategy for the promotion of comfort to the patient submitted to chemotherapy (2017). (30)	Brasil	Pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial de quimioterapia	Método misto	Estudo longitudinal, prospectivo, descritivo	6

Egger-Rainer et al. Epilepsy monitoring - The patients' views: A qualitative study based on Kolcaba's Comfort Theory (2017). (31)	Áustria	Pacientes internados para monitoramento de epilepsia	Qualitativa	Estudo exploratório	6
Nuraini, & Gayatri. Comfort Assessment of Cancer Patient in Palliative Care: A Nursing Perspective (2017). (32)	Indonésia	Atendimento a pacientes em cuidados paliativos no hospital (câncer)	Qualitativa	Estudo descritivo	6
Oliveira et al. As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto (2017). (33)	Brasil	Puérperas no Alojamento Conjunto	Qualitativa	Estudo descritivo	6
NG, Shu Hua. Application of Kolcaba's Comfort Theory to the Management of a Patient with Hepatocellular Carcinoma (2017). (34)	Malásia	Cuidados paliativos hospitalares (câncer)	Qualitativa	Estudo descritivo (estudo de caso)	6
Manning SN. A multiple case study of patient journeys in Wales from A&E to a hospital ward or home (2016). (35)	País de Gales	Cuidados domiciliares e hospitalares para recuperação de lesões sofridas em acidente	Qualitativa	Estudo descritivo (estudo de caso múltiplo)	6
Soares et al. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia (2016). (36)	Brasil	Mulheres que realizaram braquiterapia para tratamento de câncer de colo uterino	Qualitativa	Estudo descritivo e exploratório	6
Boudiab LD, Kolcaba K. Comfort Theory: Unraveling the Complexities of Veterans' Health Care Needs (2015). (37)	Iraque	Cuidados a veteranos de guerra em instalação	Qualitativa	Estudo descritivo (estudo de caso)	6
Silva FVF da, Silva L de F da, Rabelo ACS. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio (2015). (38)	Brasil	Acompanhamento domiciliar de paciente com insuficiência cardíaca	Qualitativa	Estudo descritivo (estudo de caso)	6
Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients (2014). (39)	Estados Unidos	Atendimento em emergência de pacientes cardíacos	Qualitativa	Estudo descritivo (estudo de caso)	6
Ponte KMA, Silva LF. Implementação do método pesquisa-cuidado com base na teoria do conforto: relato de experiência (2014). (40)	Brasil	Acompanhamento hospitalar de mulheres com infarto agudo do miocárdio	Qualitativa	Pesquisa-cuidado	6
Medeiros et al. Percepção de enfermeiros sobre desconfortos que afetam os idosos no pós-operatório (2014). (41)	Brasil	Atendimento por enfermeiros a pacientes idosos internados em pós-operatório	Quantitativa	Estudo exploratório e descritivo	6
Meneses AU, Acevedo ICT, Duran YJA. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía (2012). (42)	Colômbia	Pacientes internados em um serviço de neurocirurgia (pré e pós-operatório)	Quantitativa	Estudo descritivo transversal	6

Holland BE, Gray J, Pierce TG. The Client Experience Model: Synthesis and Application to African Americans with Multiple Sclerosis (2011). (43)	Estados Unidos	Pacientes com esclerose múltipla em unidades de terapia intensiva	Qualitativa	Estudo observacional	6
Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort Theory: a unifying framework to enhance the practice environment (2006). (44)	Estados Unidos	Prática hospitalar dos enfermeiros	Qualitativa	Estudo descritivo	6
Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Correlations among measures of bladder function and comfort (2002). (45)	Estados Unidos	Acompanhamento de moradores de uma comunidade que tiveram infecção urinária por mais de 6 meses	Método misto	Estudo correlacional	6
Novak et al. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care (2001). (46)	Estados Unidos	Pacientes em cuidados paliativos autônomos e seus cuidadores	Qualitativa	Estudo descritivo	6

3.2. Definição de conforto

A maioria dos estudos incluídos, a exemplo de Medeiros et al (2014), Oliveira et al(2017), Soares, Silva e Louro(2020), Figueiredo et al (2018), discute o conceito de conforto com base na teoria de enfermagem de Katharine Kolcaba como meta do cuidado de enfermagem, o que inclui a realização do cuidado com uma avaliação do conforto holístico do paciente. O conforto é definido como uma experiência subjetiva que ultrapassa o contexto físico, ou seja, representa mais do que a ausência da dor ou outros desconfortos físicos, pois inclui componentes psicológicos, sociais, espirituais e ambientais, podendo ser considerado um estado de equilíbrio pessoal e ambiental. Ocorrem situações estressantes em cuidados de saúde nos quatro contextos propostos, físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, que geram a necessidade de promover conforto por meio do alívio, tranquilidade e transcendência seja na forma de satisfação ativa, passiva ou cooperativa (33-34). Nessa perspectiva, observa-se que o conforto é dinâmico e um estado em constante mudança (36,39).

Dessa maneira, as pessoas experimentam o conforto ao receber medidas de conforto, consideradas como ações ou intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades específicas (20). Quando ele é obtido, os indivíduos se fortalecem e se sentem empenhados, escolhendo comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis, atingindo um resultado holístico (16).

O estudo de Boudiab e Kolcaba (37) traz a visão de promoção do conforto aos pacientes e suas famílias pelos membros da equipe de saúde, pois esse tipo de cuidado holístico contribui para aumentar a satisfação e a moral da própria equipe, no sentido de reconhecimento do seu trabalho.

3.3. Situações clínicas

As situações clínicas identificadas envolviam pacientes em diferentes fases do desenvolvimento humano a exemplo de Bicakli et al(2019), Oliveira et al(2020), Estridge et al(2018), e necessidades de cuidado referentes ao nível de complexidade tais como mencionam Holland, Gray e Pierce(2011), Berntzen et al(2020), Freire et al(2020), em regime de internação hospitalar e/ou ambulatorial conforme Bicakli et al (2019), Oliveira et al (2016), Soares et al (2016), Bice, Pond e Lutz(2019).

Os estudos que envolveram crianças abordaram cenário de internação em tratamento de câncer (22,23), e as experiências com técnicas e procedimentos dolorosos e desconfortantes em unidade de internação pediátrica e acompanhamento ambulatorial. No estudo de Bicakli et al. (22) as mães relataram que os seus filhos sofriam de sintomas graves de tratamento do câncer, como mucosite, diarreia, náuseas, vômito, fraqueza e fadiga, que a ingestão alimentar e a alimentação estavam diminuídas, e sentiram medo e ansiedade.

Alguns autores (17,18,28) estudaram pacientes adultos em tratamento de hemodiálise, abordando os cuidados necessários após início do tratamento devido a alterações nas relações familiares e própria rotina, mudanças nas sensações do corpo (imobilidade, hipotensão, dor, fome, cãibra, cansaço, poliúria, prurido, edema, sede), sensibilidade e isolamento social, problemas com autoestima, desequilíbrio emocional, entre outras (17), sendo que no estudo de Estridge et al estavam em fase terminal (28).

Os idosos participantes nos estudos estavam internados em pós-operatório (41) e unidade de clínica médica (16), em tratamento de hemodiálise (17,18); realizaram quimioterapia, pois foram diagnosticados com alguma neoplasia maligna (30); e teve estudos de casos de pacientes com 72 a 89 anos que sofreram lesões por algum acidente precisando de cuidados hospitalares e domiciliares pós-alta (35).

Foram realizados quatro estudos (15,20,27,43) com pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), considerando a complexidade desse ambiente diante de toda a tecnologia, ruídos, fluxo de pessoas, e sentimentos vivenciados por eles. Abrangeram o atendimento a crianças com o fornecimento de aconchego e segurança (20); adultos em cuidado cardiovascular com restrição física por dispositivos instalados, medicamentos e principalmente dor, fazendo com que perdessem a capacidade de se mover livremente (27); e pacientes afro-americanos com esclerose múltipla (43).

Foi observado o acompanhamento domiciliar em cinco estudos (25,35,38,45,46) envolvendo o cuidado no período de amamentação (nutrizes), sendo que na busca por conforto, a prioridade da

nutriz é satisfazer as necessidades de cuidado do bebê (25); pós-alta para recuperação de lesões que os pacientes sofreram em acidente (35), e tratamento de insuficiência cardíaca (38); avaliação da saúde de moradores de uma comunidade que tiveram infecção urinária (45); e pacientes em cuidados paliativos autônomos (46).

O cenário da internação hospitalar foi identificado em 12 artigos, a exemplo de Marques, Alves (2020); Bicakli et al.(2019); Figueiredo et al.(2018); Oliveira et al(2020). Esses estudos envolveram idosos internados em unidade clínica (16), pacientes adultos com câncer em cuidados paliativos (14,32,34), enfermeiros prestando cuidados a idosos em pós-operatório (41), crianças com câncer tendo casos em que precisaram de alimentação por sonda nasogástrica (22,23); mulheres em puerpério imediato na maternidade (26), e em trabalho de parto e parto no Alojamento Conjunto (33), monitoramento de pacientes com epilepsia (31); e pacientes do serviço de neurocirurgia com diversas patologias (lesões, radiculopatia, malformação arteriovenosa, aneurisma, fraturas na cervical e lombar) aguardando por cirurgia ou em pós-operatório para drenagem de hematoma e cuidados com infecção da ferida operatória (42).

Na atenção hospitalar ocorreu o acompanhamento de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio (40), Krinsky, Murillo e Johnson (39) se referiram à emergência hospitalar trazendo uma intervenção específica para proporcionar conforto aos pacientes cardíacos. Melo et al. (19), evidencia o uso de técnicas alternativas para trazer conforto aos profissionais de enfermagem atuantes no cenário de combate à COVID-19.

Alguns estudos (24,36,30) envolveram pacientes com câncer, entre eles teve o enfrentamento do câncer de mama (24), experiências de conforto e desconforto de mulheres com câncer de colo de útero que foram submetidas à braquiterapia (36); e adultos com algum tipo de neoplasia maligna que realizaram quimioterapia no nível ambulatorial (30). Ainda na assistência ambulatorial foram observadas crianças que experienciaram procedimentos de enfermagem invasivos (21).

3.4. Tipos de conforto e seus desfechos

Dos estudos incluídos, cinco abordaram os tipos de conforto alcançados com as ações de conforto ou intervenções realizadas, representados pelo alívio, tranquilidade e transcendência (quadro 2).

Quadro 2: Tipos de experiência humana de conforto segundo Kolcaba e ações/intervenções de conforto

Autor(es)	Tipos de conforto	Ações de conforto/ Intervenções
Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. (45)	Transcendência	Mensagens de empoderamento com as pessoas portadoras de síndrome da bexiga urinária comprometida (CUBS), permitindo que tenham uma melhor qualidade de vida
Melo et al. (19)	Alívio e tranquilidade	Auriculoacupuntura em profissionais de enfermagem atuantes na pandemia COVID-19 gerando bem-estar imediato; aumento da sensação de autoconfiança e melhora na qualidade de vida.
Berntzen et al. (15)	Alívio, tranquilidade e transcendência	Manejo do desconforto respiratório; atenção ou prevenção ao posicionar os pacientes; promoção da reabilitação com equilíbrio da atividade e repouso em unidade de terapia intensiva.
Ferreira EB, Pinho LM, Kamada I (30)	Alívio, transcendência e tranquilidade	Diminuição na ocorrência e intensidade de náuseas e vômitos em pacientes submetidos a quimioterapia; contatos telefônicos realizados com o paciente, reforçando os aspectos relacionados à imagem corporal, e oferecendo suporte; e adoção de medidas para amenizar a fraqueza e respeitar as restrições do tratamento.
Meneses AU, Acevedo ICT, Duran YJA (42)	Alívio, tranquilidade e transcendência	Conversar com a família satisfazendo as necessidades social, ambiental e psicoespirituais do paciente de um serviço de Neurocirurgia; limpeza do local onde se encontra, medicação aplicada em tempo hábil, aceitação e respeito do pessoal que o atende, luz e temperatura adequadas; e ter atividades religiosas, sexuais, entre outras.

Dowd, Kolcaba e Steiner (45) apenas citaram o alívio e tranquilidade como aspectos do conforto a serem aprimorados para melhorar a qualidade de vida das pessoas com síndrome da bexiga urinária comprometida (CUBS). Aprofundou em relação à transcendência, mencionando que ela pode ser alcançada com o uso de intervenções, como mensagens de empoderamento com as pessoas, permitindo uma melhor qualidade de vida, mesmo que a cura para essa síndrome seja apenas parcial.

Quanto às ações de conforto o estudo de Melo et al.(19) demonstrou aplicação da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba por meio da técnica de auriculoacupuntura entre profissionais de enfermagem atuantes na pandemia COVID-19, trazendo benefícios na prática assistencial. Alguns participantes experimentaram o conforto enquanto alívio, ou seja, uma necessidade específica foi satisfeita gerando sensação de bem-estar de forma imediata, com o uso de auriculoterapia. Neste estudo foi identificado o conforto no tipo de tranquilidade, observando-se o aumento da sensação de autoconfiança e melhora na qualidade de vida, exprimindo uma sensação duradoura e de contentamento. Os participantes relataram ainda melhoras nos contextos físico e psicoespiritual após as sessões de auriculoacupuntura, proporcionando o alívio das dores lombares e cefaleia, que se acentuaram com a jornada de trabalho mais exaustiva; a melhora na qualidade e quantidade do sono; a redução da ansiedade associada à diminuição da fome; a sensação de leveza e descanso; sentimentos positivos e de autocontrole. Além disso, foi perceptível nesse estudo o aparecimento do conceito de comportamento de procura de saúde presente na Teoria do Conforto com o apoio do próprio hospital

ao fornecer essa prática integrativa e complementar, incentivando os participantes a buscarem o autocuidado.

Berntzen et al. (15) avaliou as necessidades de conforto nas unidades de terapia intensiva sendo identificadas principalmente no contexto físico de conforto, recomendando-se o “Reconhecimento e alívio de desconfortos corporais” que está relacionado a todos os três tipos de conforto. O alívio pode ser obtido por meio do controle do desconforto respiratório, a tranquilidade pela atenção e prevenção no posicionamento dos pacientes a fim de deixá-los confortáveis na cama, e a transcendência pelo equilíbrio de atividade e repouso na promoção da reabilitação. A partir da aplicação da Teoria do Conforto neste estudo, a transcendência foi considerada como um tipo de conforto possível em terapia intensiva, quando os pacientes têm a sua integridade funcional e o corpo privados, os enfermeiros podem aplicar medidas de conforto para ajudá-los a superar os desconfortos.

Ferreira, Pinho e Kamada (30) monitoraram, por meio do acompanhamento telefônico, os efeitos adversos da quimioterapia antineoplásica em pacientes submetidos a tratamento ambulatorial, como estratégia para promover conforto. Os pacientes relataram alívio no contexto físico com a diminuição na ocorrência e intensidade de náuseas e vômitos; observou-se ainda transcendência nos contextos psicoespiritual e físico, pois os profissionais reforçavam os aspectos relacionados à imagem corporal com o paciente, dando suporte para compreender e aceitar as mudanças decorrentes do tratamento; e tranquilidade nos contextos físico e psicoespiritual, a partir do momento que os pacientes passaram a adotar medidas para amenizar a fraqueza e respeitar as restrições do tratamento.

Meneses, Acevedo e Duran (42) determinaram os três tipos de conforto no serviço de Neurocirurgia, identificando: alívio com o paciente tendo visto sua necessidade social satisfeita, refletindo em poder compartilhar com sua família, vê-la, conversar com ela, entre outros; tranquilidade, com a limpeza do local onde se encontra, aplicação de sua medicação em tempo hábil, aceitação e respeito do pessoal que o atende, luz e temperatura adequadas, satisfazendo sua necessidade ambiental; e transcendência, tendo suas necessidades psicoespirituais satisfeitas como as atividades religiosas, sexuais, entre outras.

3.5. Contextos da experiência humana segundo Kolcaba e ações/intervenções/medidas de conforto mais utilizadas

Em todos os estudos foram relatadas ações para proporcionar conforto e aliviar os desconfortos sentidos pelos indivíduos. Estas medidas de conforto foram categorizadas de acordo com os contextos do conforto de Katharine Kolcaba: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Quadro 3).

Quadro 3: Contextos da experiência do conforto de Kolcaba e ações/medidas de conforto

Contextos do conforto	Ações/Intervenções/Medidas de conforto	Número de artigos*
Físico	Medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor; banho no leito; mudança de decúbito, uso de coxins para um melhor posicionamento; terapias de enfermagem em pacientes com câncer de mama; e medidas de segurança como repouso na cama. Cuidados gerais de enfermagem.	n= 16
Sociocultural	Informação e esclarecimentos acerca do tratamento de saúde, presença e apoio dos familiares durante a internação; brincar; conversas; acompanhamento da equipe; atividades para distração; e instituição de rodadas de conforto multidisciplinares.	n= 15
Psicoespiritual	Apoio espiritual e dos profissionais de enfermagem com bom humor; o toque e falar com carinho; enfrentamento da doença como câncer e apoio familiar; fornecimento de informações pelos profissionais da saúde para reduzir ansiedade e tensão.	n= 14
Ambiental	Preservar a privacidade e individualidade dos pacientes; alteração de características ambientais, como ruído, móveis e luminosidade; proporcionar ambiente calmo e acolhedor; e favorecer um ambiente descontraído.	n= 8

*O quantitativo de artigos é superior ao N=33, pois há artigos que relatam ações e medidas em mais de um contexto.

O conforto no contexto físico foi o mais observado nos estudos, identificado em 16 artigos, e como ações de conforto foram apresentadas: medidas farmacológicas e não farmacológicas (musicoterapia, auriculoacupuntura e estratégias cognitivas comportamentais) para alívio da dor; banho no leito, controle de parâmetros clínicos (17); mudança de decúbito, uso de coxins para um melhor posicionamento, e hidratação corporal (20); terapias de enfermagem para superar os desconfortos em pacientes com câncer de mama como terapia tátil eficaz, massagem e fixação (24); melhora da postura com novos artefatos e do posicionamento para amamentar o bebê pelas nutrizes, usando almofadas e travesseiros (25); administração de compressa fria na região perineal e orientações sobre a fisiologia da mulher no puerpério, amamentação, posicionamento e pega adequados do recém-nascido ao seio materno, prevenção e tratamento da fissura mamilar e ingurgitamento mamário (26); e repouso na cama (31). Segundo Ponte e Silva (40), 2014, em mulheres com IAM foram implementadas tecnologias de cuidado, como controle e alívio do desconforto precordial e sintomatologias clínicas, melhora do conforto no leito, cuidado ao manusear sítio de punção e retirar dispositivo intra-arterial. Kolcaba, Tilton e Drouin (44), 2006, recomendam o uso de cobertores aquecidos no departamento de emergência, horários de visita e acomodações flexíveis para as famílias e comida especial reconfortante conforme solicitado; e massagem nas mãos e relaxamento guiado para a equipe de enfermagem.

Os estudos envolvendo o contexto sociocultural foram mais frequentes, sendo relatado em 15 artigos com as ações de conforto implementadas como: informação e esclarecimentos acerca do

tratamento de saúde, presença e apoio dos familiares durante internação dos idosos, e reconhecimento da autonomia deles (16); assegurar que as relações interpessoais, familiares e sociais sejam intensificadas e não diminuídas (17); proporcionar lazer (brincar, fazer desenho juntos) com as crianças em cenários de unidade de terapia intensiva (20) e recuperação de câncer (23); orientação sobre o manejo da alimentação por sonda nasogástrica para as mães e crianças pelos enfermeiros (22); acompanhamento da equipe; conversas entre os pacientes que estão no mesmo quarto sobre acontecimentos cotidianos, assistir TV, navegar na Internet e usar telefones celulares sem restrições, e atividades adicionais como leitura e crochê (31); ações com o diálogo, o saber ouvir, o toque nos cuidados com a mulher no trabalho de parto (33); ajuda na identificação dos sistemas de suporte adequados (34); assistência do cuidador nas atividades diárias em vez da família, e estabelecimento de metas de interação social na comunidade (35); facilitar a presença da família e a defesa do paciente (39); conhecimento da cultura da pessoa, favorecendo sua adaptação na unidade coronariana (40); e promoção de rodadas de conforto multidisciplinares para melhorar a comunicação entre os membros da equipe, familiares e pacientes (44).

O contexto psicoespiritual foi explorado em 14 artigos cujas ações de conforto estavam relacionadas com: apoio espiritual e dos profissionais de enfermagem com bom humor (16); motivar os indivíduos na escolha de artifícios que reduzam a vitimização da doença, a exemplo do uso de vestuários longos que diminuam a exposição do corpo, especialmente nos casos de cateter e fístula (em pacientes com doença renal crônica que estavam em tratamento hemodialítico) (17); o toque e falar com carinho (20); rede de apoio na recuperação de crianças com câncer (23), que promova sensação de calma em meio a um evento cardíaco (39) e ajude nas situações de confusão mental e desorientação (mulheres com infarto agudo do miocárdio)(40); apoio familiar, presença de uma pessoa próxima disposta a ouvir (32) e de um acompanhante de escolha da mulher para o parto (33); fornecimento de informações pelos profissionais da saúde para reduzir ansiedade e tensão (31); encaminhamento para aconselhamento psicossocial (em cuidados paliativos) (34); uso da distração e ocupar o tempo por iniciativa própria (35).

Apenas oito artigos relataram ações do contexto ambiental, como por exemplo: classificação adequada das enfermarias coletivas, de modo a preservar a privacidade e individualidade de todos (16); ajustes em algumas características do ambiente, como ruído, iluminação, mobiliário, temperatura, realização de treinamentos entre a equipe multiprofissional (17,20); proporcionar ambiente calmo e acolhedor para as mulheres ao amamentar (25); avaliar risco de queda do paciente que tem capacidade de se autotransferir prejudicada, auxiliar na mobilidade (ou seja, levantar da cama, deambulação) e discutir medidas para alterar seu ambiente doméstico a fim de promover a segurança e prevenir a ocorrência de quedas (34); fornecer equipamentos domésticos que ajudem o

paciente a tomar banho e na cozinha para as refeições (35); e organizar um ambiente social e físico que atenda às necessidades de privacidade e limites às interrupções do paciente cardíaco (39), favorecer um ambiente descontraído (40).

3.6. Estratégias ou instrumentos para a avaliação do conforto

Quanto às formas de avaliação do nível de conforto, 13 estudos relataram a aplicação de algum instrumento ou estratégia adaptada para a situação clínica (Quadro 4).

Quadro 4: Formas de avaliação do conforto utilizadas (estratégias ou instrumentos) segundo situação clínica.

Formas de avaliação do conforto		Situação clínica ou Cenário do cuidado
Estratégias	Tempo de silêncio (39)	Atendimento em emergência de pacientes cardíacos
	Conversas de conforto conduzidas pela equipe (29)	Cuidados paliativos em pacientes adultos e seus familiares
	Identificação dos desconfortos - observação na prática clínica (32, 41)	Atendimento a pacientes em cuidados paliativos hospitalares (câncer), e aos idosos internados em pós-operatório
	Sessões de <i>brainstorming</i> com cada grupo de corpo clínico (44)	Ambiente de trabalho da enfermagem em um hospital
	Contatos telefônicos (30)	Pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial de quimioterapia
Instrumentos	Questionário de conforto ao final da vida – paciente (14)	Cuidados paliativos (câncer)
	Processo de enfermagem (38)	Acompanhamento domiciliar de paciente com insuficiência cardíaca
	Questionários de conforto no final da vida (formato do tipo Likert com seis respostas) e escalas visuais analógicas horizontais e verticais para linhas de conforto total (46)	Pacientes em cuidados paliativos autônomos e seus cuidadores
	Instrumento de Avaliação de conforto holístico em procedimentos pediátricos (PPHCA), livro em formato de histórias (21)	Acompanhamento ambulatorial pediátrico

	Questionário Geral de Conforto de Kolcaba (18, 42)	Pacientes em hemodiálise, e internados em um serviço de Neurocirurgia
	Questionários em relação a percepção da síndrome da bexiga urinária comprometida (CUBS), de Função da Bexiga (BFQ), Incontinência Urinária e Conforto de Frequência (UIFCQ), a Escala de Impacto da Incontinência (IIQ) e duas Escalas Visuais Analógicas (45)	Acompanhamento de moradores de uma comunidade que tiveram infecção urinária por mais de 6 meses

Krinsky, Murillo e Johnson (39) utilizaram o “tempo de silêncio” como estratégia específica em uma unidade cardíaca, denominado tempo em que os pacientes não estão expostos a ruídos, interrupções e a alarmes de monitoramento, abordando os quatro contextos da teoria do conforto de Kolcaba. Esta estratégia apresenta potencial significativo não apenas para reduzir estímulos nocivos, mas também para criar oportunidades para privacidade necessária e interações de apoio, e promover a forma de conforto de Kolcaba chamada alívio.

No estudo envolvendo cuidados continuados complexos em cuidados paliativos (29), inicialmente enfermeiros especialistas clínicos conduziram “conversas de conforto” com os pacientes e seus familiares, usando questões como “O que é conforto para você?”, “O que te traz conforto ou tira o teu conforto?”, entre outras presentes no banco de perguntas elaboradas, que permitiram explorar a percepção de conforto dos participantes assim como os contextos em que o conforto ocorre (físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental) e seus tipos (alívio, tranquilidade e transcendência). Dessa maneira, foi possível identificar as principais áreas de desconforto que exigiam intervenção, além dos pontos fortes existentes e áreas de transcendência na experiência de saúde e doença da pessoa.

Medeiros et al. (41) e Nuraini & Gayatri (32) exploraram a percepção dos enfermeiros quanto aos desconfortos dos pacientes para promover o conforto. Por meio da observação na prática clínica os enfermeiros identificaram os desconfortos físicos, ambientais, socioculturais e psicoespirituais que afetam os idosos no pós-operatório (41) como a dor, devido a realização de muitos procedimentos no ambiente; frio e ruídos excessivos; sensação de deslocamento do ambiente residencial, e menor convivência com familiares e cuidador; e ansiedade, causada por medo da morte e prognóstico, falta de informação sobre a doença e de esclarecimento de dúvidas quanto ao procedimento cirúrgico, entre outros; porém, não mencionaram intervenções para esses desconfortos identificados. Em estudo que envolveu cuidados paliativos (32), foi aplicado um guia de discussão pré-preparado consistindo em perguntas para explorar a opinião dos enfermeiros em relação à avaliação do conforto de pacientes

com câncer, levantar os desconfortos físicos do paciente a partir de suas expressões faciais e não verbais; identificando-se, por exemplo, os psicoespirituais com a insuficiência do suporte familiar; e os ambientais, falta de privacidade e incapacidade do paciente de se ajustar a um novo ambiente.

No estudo realizado por Kolcaba e outros autores (44) foi descrita a experiência de implementação de visitas nas unidades de enfermagem do hospital junto com o chefe de enfermagem conduzindo sessões de brainstorming com as equipes do corpo clínico para identificar estratégias de conforto que proporcionam melhoria do ambiente de trabalho da enfermagem. Foi implementada a teoria do conforto se concentrando em dois principais temas: aumentar o conforto dos enfermeiros por meio de mudanças ambientais, o que estimularia eles e outros funcionários valorizados a permanecer na instituição e participarem de toda a cultura; e aumentar o conforto dos pacientes e seus familiares durante a internação hospitalar.

O estudo de Marques e Alves, 2020, aplicou um instrumento denominado ‘questionário de conforto ao final da vida - paciente’ criado por Kolcaba (1994) e validado em português para avaliar os níveis de conforto dos pacientes com câncer, possibilitando aos enfermeiros a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais desconfortáveis para desenvolver planos de cuidados eficazes (14).

O Instrumento de Avaliação de conforto holístico em procedimentos pediátricos (PPHCA)(21) foi relatado no estudo de Bice, Pond e Lutz, 2019, desenvolvido em formato de livro de histórias para avaliar o conforto holístico de crianças em estágio de desenvolvimento pré-operacional (a partir dos 4 anos) e aplicado pelos enfermeiros. As crianças descreveram os aspectos que realmente gostaram ou apreciaram no instrumento, como as cores e imagens usadas, se o livro atendia às suas necessidades; e refletiram sobre as conexões entre os itens ou desenhos do instrumento e elas mesmas. O instrumento permitiu que os enfermeiros caracterizassem essa ferramenta como muito útil, pois a criança ao interagir com o instrumento apontava as suas percepções de conforto, possibilitando aos enfermeiros conhecer mais sobre os pacientes que eles lidavam.

4. Discussão

A definição de conforto de Kolcaba é reforçada pelos estudos como meta do cuidado de enfermagem, com uma abordagem holística ao paciente, promovendo-se alívio, facilidade ou tranquilidade, e transcendência nos quatro contextos da experiência humana: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Nessa perspectiva, verificamos com os resultados desta revisão de escopo que a teoria do conforto vem sendo aplicada principalmente em pacientes oncológicos em cuidados

paliativos, cardiopatas, em hemodiálise, e com outros diagnósticos clínicos, em diferentes fases de desenvolvimento humano (criança, mulher, adulto e idoso) (20, 21, 25, 36, 15-17).

Considerando a assistência nessas diferentes fases, a maioria dos estudos teve os adultos como participantes, aparecendo em 17 artigos, seguido respectivamente pelo idoso (8 artigos), desenvolvimento da mulher (5 artigos) e da criança (4 artigos). Não foi observado o estudo da promoção do conforto na adolescência. Isso demonstra que a população adulta vem sendo mais estudada e acometida por diferentes patologias como câncer (14,30,32,34), doença renal crônica (17,18,28) e doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca), epilepsia, esclerose múltipla, infecção urinária e lesões neurológicas, necessitando de cuidados.

Foi verificada a promoção de conforto à mulher nas fases de trabalho de parto e parto, puerpério imediato e amamentação, assim como no acompanhamento após sofrer infarto agudo do miocárdio (40) e tratamento de câncer de mama em cuidados paliativos para reduzir ansiedade e depressão, e de colo uterino.

Corroborando com o presente estudo, no qual se identificaram diferentes possibilidades de aplicação da teoria do conforto de Kolcaba; Ponte, Silva (3), 2015, reconhece como sujeitos de estudos sobre o conforto pacientes em fase terminal, dependentes de outras pessoas para realizar as atividades de vida diária por estarem restritos ao leito, familiares, idosos, criança hospitalizada, pessoas submetidas a cateterismo cardíaco, pessoas de alta numa unidade hospitalar, e mulheres no puerpério. Analisamos essa aplicabilidade em situações clínicas de internação, acompanhamento ambulatorial e domiciliar, tratamento hospitalar e ambulatorial, emergência e unidade de terapia intensiva com a finalidade de promover conforto ao indivíduo no processo saúde-doença.

As categorias temáticas foram elaboradas de forma a abranger os conceitos trabalhados nessa teoria. Na primeira categoria identificou-se a definição de conforto, na segunda as situações clínicas de aplicabilidade da teoria do conforto; e na terceira a intensidade das necessidades de conforto não satisfeitas ou satisfeitas, com os tipos de experiência humana de conforto e seus desfechos, definidos por Kolcaba: alívio, facilidade e transcendência, sendo alcançados nas unidades de terapia intensiva (15); em profissionais de enfermagem no combate ao COVID-19 por meio da auriculoacupuntura (19); em pacientes submetidos a quimioterapia antineoplásica por meio do acompanhamento telefônico (30); e na internação no serviço de Neurocirurgia (42).

Na quarta categoria foram apresentados os contextos da experiência humana nos quais o conforto ocorre: físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental, com as respectivas ações ou intervenções mais utilizadas para proporcionar medidas de conforto. Identificamos que os estudos observam mais o conforto no contexto físico da experiência humana em comparação aos outros

contextos. As ações de conforto mais utilizadas foram: medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor; informação e esclarecimentos acerca do tratamento de saúde; presença e apoio dos familiares; conversas; apoio espiritual e dos profissionais de enfermagem com bom humor; uso da distração para ocupar o tempo dos pacientes; e alteração de características ambientais, como ruído, luminosidade e móveis (16,17, 20, 35).

Na última categoria abordamos estratégias ou instrumentos de avaliação do conforto. Alguns estudos evidenciam a criação ou uso de instrumentos não validados para avaliar o conforto holístico de crianças submetidas a procedimentos hospitalares (PPHCA) (21) e o processo de enfermagem (38), foram também utilizados questionários validados como o questionário de conforto ao final da vida (14) e o questionário geral de conforto de Kolcaba (18,42), sendo importantes para desenvolver o plano de cuidados, atendendo às necessidades de conforto. Os enfermeiros participantes de dois estudos (32,41) identificaram na prática clínica os desconfortos em cuidados paliativos e no pós-operatório na diversidade dos contextos da teoria de Kolcaba para promover o conforto. Foram utilizadas como estratégias as conversas de conforto com pacientes em cuidados paliativos (29), contatos telefônicos com pacientes oncológicos (30), tempo de silêncio com pacientes cardíacos (39), e sessões de brainstorming no ambiente de trabalho da enfermagem (44).

Portanto, a teoria do conforto contribui para a prática no âmbito da relação profissional-paciente, valorizando a excelência, o conforto e contribuindo para uma melhor percepção do cuidado ao paciente durante o período de tratamento, além de fomentar estudos que buscam evidências científicas de sua aplicação nas diversas áreas em saúde.

A presente revisão de escopo apresenta alguns limites, como o número de bases de dados, foram utilizadas apenas três bases, apesar destas serem abrangentes e com ampla cobertura de publicações na área da saúde. Destaca-se ainda a dificuldade em combinar diferentes tipos de estudos, populações e intervenções, característica das revisões de escopo cujo objetivo é possibilitar uma visão geral das evidências disponíveis, indicando assim a importância da realização de estudos para fornecer evidências mais precisas.

5. Conclusão

A teoria do conforto de Kolcaba é uma teoria de médio alcance e de fácil aplicabilidade na prática, sendo utilizada em situações clínicas envolvendo pacientes em diferentes fases do desenvolvimento humano, desde a criança até o idoso, em diferentes condições e cenários clínicos.

O mapeamento dos estudos com essa temática evidenciou maior publicação de estudos qualitativos ou descritivos.

No presente estudo foram observadas essas relações de conforto nas situações de cuidado oncológico, cardiopatias, hemodiálise, epiléticos, infecção urinária, pós-operatório e puerpério, principalmente no ambiente hospitalar, proporcionando aos profissionais da enfermagem adaptar as intervenções de conforto para satisfazer as necessidades identificadas nos contextos físico, ambiental, psíquico e sociocultural, para alcançar alívio, tranquilidade e transcendência.

Ressalta-se a importância da realização de estudos que aprofundem o conhecimento sobre os resultados obtidos com a utilização de estratégias e instrumentos existentes em diferentes situações clínicas ou cenários de cuidado, contribuindo para uma assistência adequada e de qualidade centrada no paciente.

6. Referências

1. Pereira CSCN, Mercês CAMF, Lopes ROP, Souza JF, Souto JSS, Brandão MAG. Análise do conceito de conforto: contribuições para o diagnóstico de Disposição para Conforto melhorado. Escola Anna Nery [online]. 2020, v. 24, n. 2, e20190205. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0205>>.
2. Ponte KMA, Silva LF. Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem: análise de conceitos e definições. Essentia, Sobral [Internet]. 2016; 17(1): 207-27.
3. Ponte KMA, Silva LF. Comfort as a result of nursing care: an integrative review. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], [Internet]. abr 2015. 7(2): 2603-14.
4. Kolcaba K. Comfort Theory and practice: a vision for holistic health care and research. 1st ed. New York: Springer Publishing Company; 2003.
5. Lima JVF, Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC, Fialho AVM. Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. Rev. Gaúcha Enferm., [Internet]. 2016; 37(4): e65022.
6. Mendes RS, Cruz AM, Rodrigues DP, Figueiredo JV, Fialho AVM. “Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem”. Ciência, Cuidado e Saúde [Internet]. 2016.
7. Cardoso RB, Caldas CP, Souza PA de. Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: revisão integrativa. Rev Enferm E Atenção À Saúde [Internet]. 13 de agosto de 2019; 8(1).
8. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews; 2015.
9. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int. j. soc. res. methodol. 2005; 8:19-32.

10. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement. sci.* 2010; 5(1):5-69.
11. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, et al. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2017
12. Mourad Ouzzani, Hossam Hammady, Zbys Fedorowicz, and Ahmed Elmagarmid. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.
14. Marques K, Alves C. Nursing diagnoses clusters: survival and comfort in oncology end-of-life care. *Int J Palliat Nurs.* 2 de dezembro de 2020;26(8):444–50.
15. Berntzen H, Bjørk IT, Storsveen A, Wøien H. “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *J Clin Nurs.* julho de 2020;29(13–14):2441–54.
16. Oliveira SM de, Costa KN de FM, Santos KFO dos, Oliveira J dos S, Pereira MA, Fernandes M das GM. Necessidade de conforto percebida por idosos hospitalizados: uma análise à luz da teoria de Kolcaba. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 3):e20190501.
17. Freire S de ML, Melo GAA, Lima MM de S, Silva RA, Caetano JÁ, Santiago JC dos S. Contextos de experiência de estar (des)confortável de pacientes com doença renal crônica. *Escola Anna Nery.* 2020;24(4):e20190326.
18. Kacaroglu Vicdan A. The Effect of Training Given to Hemodialysis Patients According to the Comfort Theory. *Clin Nurse Spec.* janeiro de 2020;34(1):30–7.
19. Melo GAA, Lira Neto JCG, Martins MG, Pereira FGF, Caetano JÁ. Benefícios da auriculoacupuntura em profissionais de enfermagem atuantes na COVID-19 à luz da Teoria do Conforto. *Esc Anna Nery.* 2020;24(spe):e20200311.
20. Soares PR, Silva CRL da, Louro TQ. Comfort of the child in intensive pediatric therapy: perception of nursing professionals. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180922.
21. Bice AA, Pond RS, Lutz BJ. The Pediatric Procedural Holistic Comfort Assessment: A Feasibility Study. *J Pediatr Health Care.* setembro de 2019;33(5):509–19.
22. Bicakli DH, Sari HY, Yilmaz M, Cetingul N, Kantar M. Nasogastric Tube Feeding Experiences in Pediatric Oncology Patients and Their Mothers: A Qualitative Study. *Gastroenterol Nurs.* 2019;42(3):286–93.
23. Ebrahimpour F, Hoseini ASS. Suggesting a Practical Theory to Oncology Nurses: Case Report of a Child in Discomfort. *J Palliat Care.* outubro de 2018;33(4):194–6.
24. Nuraini T, Andrijono A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D. Spirituality-focused palliative care to improve Indonesian breast cancer patient comfort. *Indian J Palliat Care.* 2018;24(2):196.
25. Benedett A, Ferraz L, Silva IA da. A prática da amamentação: uma busca por conforto / Breastfeeding: a search for comfort. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online.* 2 de abril de 2018;10(2):458–64.
26. Figueiredo JV, Fialho AV de M, Mendonça GMM, Rodrigues DP, Silva L de F da. A dor no puerpério imediato: contribuição do cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 3):1343–50.
27. Ruiz Gongora MI, Díaz Heredia LP. Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular. *Av En Enferm.* 1º de maio de 2018;36(2):188–96.
28. Estridge KM, Morris DL, Kolcaba K, Winkelman C. Comfort and Fluid Retention in Adult Patients Receiving Hemodialysis. 2018;45(1):12.

29. Konietzny C, Anderson B. Comfort conversations in complex continuing care: assessing patients' and families' palliative care needs. 2017. 39(4):10.
30. Ferreira EB, Pinho LM, Kamada I. Telephone contact as a strategy for the promotion of comfort to the patient submitted to chemotherapy. 2017;8.
31. Egger-Rainer A, Trinkka E, Höfler J, Dieplinger AM. Epilepsy monitoring – The patients' views. *Epilepsy Behav.* março de 2017; 68:208–15.
32. Nuraini, & Gayatri. Comfort Assessment of Cancer Patient in Palliative Care: A Nursing Perspective. 2017. *International Journal of Caring Sciences*, 10, 1–209.
33. Oliveira LLF de, Trezza MCSF, Melo GC de, Santos AAP dos, Sanches MET de L, Pinto LMTR. As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. *Rev Enferm UERJ.* 20 de dezembro de 2017; 25:e14203.
34. NG, Shu Hua. Application of Kolcaba's Comfort Theory to the Management of a Patient with Hepatocellular Carcinoma. 2017; 44(1):9.
35. Manning SN. A multiple case study of patient journeys in Wales from A&E to a hospital ward or home. *Br J Community Nurs.* 2 de outubro de 2016;21(10):509–17.
36. Soares MLCA, Trezza MCSF, Oliveira SMB de, Melo GC de, Lima KR da S, Leite JL. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. *Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet].* 2016; 20(2).
37. Boudiab LD, Kolcaba K. Comfort Theory: Unraveling the Complexities of Veterans' Health Care Needs. *Adv Nurs Sci.* outubro de 2015;38(4):270–8.
38. Silva FVF da, Silva L de F da, Rabelo ACS. Processo de enfermagem no conforto do Paciente com Insuficiência cardíaca no domicílio. *Aquichan.* 1º de maio de 2015;15(1):116–28.
39. Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Appl Nurs Res.* maio de 2014;27(2):147–5
40. Ponte KM de A, Silva L de F da. Implementação do método pesquisa-cuidado com base na teoria do conforto: relato de experiência. *Ciênc Cuid E Saúde.* 8 de maio de 2014;13(2):388–93.
41. Medeiros RÁ de, Enders BC, Dantas DNA, Lira ALB de C, Coura AS, Galvão ACA de A. Nurses' perceptions of discomforts that affect the elderly in the postoperative period. *Rev Rede Enferm Nordeste [Internet].* 21 de outubro de 2014;15(5).
42. Meneses AU, Acevedo ICT, Duran YJA. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. 2012;9.
43. Holland BE, Gray J, Pierce TG. The Client Experience Model: Synthesis and Application to African Americans with Multiple Sclerosis. *The Journal of Theory Construction & Test.* 2011;15 (2):36–40.
44. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort Theory: A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *JONA J Nurs Adm.* novembro de 2006;36(11):538–44.
45. Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Correlations Among Measures of Bladder Function and Comfort. *J Nurs Meas.* maio de 2002;10(1):27–38.
46. Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Med.* maio de 2001;18(3):170–80.