



O conforto para o paciente crônico desde o sentir e o fazer †

La comodidad para el paciente crónico desde el sentir y el hacer

Comfort for the chronic patient from feeling and doing

Yadira Cardozo-García¹
Angela Maria Salazar-Maya²
Carmen Liliana Escobar-Ciro³

Resumo


Objetivo: Descrever o significado de conforto para os pacientes com doença crônica internados numa instituição de alta complexidade da cidade de Medellín. **Materiais e métodos:** Estudo qualitativo etnográfico. Realizaram-se 15 entrevistas e quarenta horas de observação participante. Os participantes foram os pacientes com doença crônica internados na enfermaria de clínica médica numa instituição de Medellín na Colômbia. Na análise realizou-se a leitura e releitura dos relatos; através de sua codificação identificaram-se os conceitos e categorizaram-se, relacionando categorias e subcategorias. **Resultados:** O significado que constrói o paciente com doença crônica sobre o conforto é amplo e diverso, considerando o entorno físico, social, emocional e cultural. Os mesmos devem ser considerados durante o atendimento para conseguir o bem-estar do paciente e o cuidador durante o tempo de internação. **Conclusões:** O conforto faz parte do cuidado que fornece enfermagem. A compreensão das formas e meios para prestar conforto aos pacientes internados, com o propósito de proporcionar o maior estado de bem-estar neles durante a permanência hospitalar. Além disso, as instituições hospitalares devem prestar atenção aos requerimentos dos pacientes com o propósito de realizar as adequações necessárias para fazer da experiência de internação um período gratificante e menos traumático para os pacientes com doença crônica.


Palavras-chave: Conforto do paciente, doença crônica, internação, cuidados de enfermagem, antropologia cultural, teoria de enfermagem.


Abstract

Objective: To describe the meaning of comfort for patients with chronic disease who are hospitalized in a third level institution of complexity in the city of Medellín. **Materials and methods:** Qualitative study, ethnographic approach. Fifteen interviews and forty hours of participant observation were conducted. The participants were patients with chronic disease hospitalized in the internal medicine service of an institution in the city of Medellín (Colombia). For the analysis, the stories were read and re-read, by means of coding the concepts were identified to categorize them, relating the categories with their subcategories. **Results:** the meaning that the patient with chronic disease constructs about comfort is a very broad concept that considers aspects of the environment, physical, social, emotional, sociocultural and that must be considered during care to achieve the well-being of the patient and the caregiver during the time of hospitalization. **Conclusions:** comfort is a component of care that must be supplied by the nurse, it is important to understand the ways and means of providing comfort

Autor de correspondência*

^{1*} Enfermeira, Magister en Educación y Desarrollo Humano, profesora asociada Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia. Correo: yadira.cardozo@udea.edu.co.  0000-0003-2588-5717

² Enfermeira, Doctora en Enfermería, profesora titular Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia. Correo: Angela.salazar@udea.edu.co  0000-0001-7599-1193

³ Enfermeira, Magister en enfermería, profesora ocasional asistente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia Medellín - Colombia. Correo: carmen.escobar@udea.edu.co  0000-0002-6296-0280

† Artigo produto da pesquisa titulada: Significado de la comodidad para los pacientes con enfermedad crónica hospitalizados en un servicio de medicina interna.

Recibido: 25 noviembre 2020

Aprobado: 8 abril 2021

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo:

Cardozo-García Y, Salazar-Maya AM, Escobar-Ciro CL. O conforto para o paciente crônico desde o sentir e o fazer. Rev. cienc. cuidad. 2021; 18(2):19-32. <https://doi.org/10.224663/17949831.2782>

© Universidad Francisco de Paula Santander. Este es un artículo bajo la licencia CC-BY-NC-ND



to hospitalized patients in order to achieve the highest state of well-being of patients during the hospital stay. In turn, hospital institutions must listen to the voice of the patient in order to make the pertinent adjustments so that the hospitalization experience is pleasant and as less traumatic as possible for patients with chronic disease.

Keywords: Patient comfort, chronic disease, hospitalization, nursing care, ethnography, nursing theory.

Resumen

Objetivo: Describir el significado de comodidad para los pacientes con enfermedad crónica que se encuentran hospitalizados en una institución de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo con enfoque etnográfico. Se realizaron quince entrevistas y cuarenta horas de observación participante. Los participantes fueron los pacientes con enfermedad crónica, hospitalizados en el servicio de medicina interna en una institución de la ciudad de Medellín (Colombia). Para el análisis se realizó una lectura y relectura de los relatos; mediante su codificación se identificaron los conceptos para categorizarlos, relacionando las categorías con sus respectivas subcategorías. **Resultados:** El significado que construye el paciente con enfermedad crónica acerca de la comodidad es un concepto muy amplio, en el que se consideran aspectos del entorno, físicos, sociales, emocionales, socioculturales. Los mismos deben ser considerados durante la atención para lograr el bienestar del paciente y del cuidador durante el tiempo de hospitalización. **Conclusiones:** La comodidad es un componente del cuidado que se debe suplir por la enfermera. Al respecto es importante comprender las formas y los medios para brindar comodidad a los pacientes hospitalizados, con el fin de lograr el mayor estado de bienestar en ellos durante su estancia en el hospital. A su vez las instituciones hospitalarias deben escuchar la voz del paciente con el fin de realizar las adecuaciones pertinentes, a fin de hacer que la experiencia de hospitalización sea grata y lo menos traumática posible para los pacientes con enfermedad crónica.

Palabras clave: Comodidad del paciente, enfermedad crónica, hospitalización, atención de enfermería, etnografía, teoría de enfermería.

Introducción

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são de alta incidência e mortalidade no mundo; nos pais em desenvolvimento representam perto do 75% das causas de morte. Estão caracterizadas por ser de longa duração e de evolução progressiva, com períodos estáveis e de crise; essas flutuações levam a deterioro funcional gradativo da pessoa (1). A análise de situação de saúde (ASIS) reportou que no período entre 2009 e 2018 65,4% da prestação de serviços de saúde foi a pessoas com DCNT (2). Na cidade de Medellín as DCNT encontram-se entre as primeiras causas de morbidade e mortalidade (3).

Deve-se considerar que os pacientes com DCNT, muitas vezes, devido ao deterioro da doença precisam de internação para estabilizá-la, levando a internações recorrentes e/ou prolongadas que exigem serviços especializados e de atendimento multiprofissional. Perante essa situação é importante destacar que o conforto é um

fator determinante e pode-se definir como a ausência de sensações desagradáveis, tanto físicas como emocionais; portanto é uma variável subjetiva e pessoal (4). É por isso que surge a necessidade de conhecer a apreciação do paciente respeito do que significa para ele o conforto durante a internação; portanto, é quem deve manifestar o seu bem-estar ou mal-estar com o atendimento recebido (5). Dessa maneira, o conforto tem sido considerado um ponto relevante na hora de prestar o cuidado, impactando sobre a qualidade de vida das pessoas e facilita a manutenção e recuperação da saúde (6,7).

Pela sua vez, a qualidade dos serviços não só está relacionada com os fundamentos científico-técnicos, também da experiência expressada pelos pacientes em relação com as necessidades de afeto, compreensão, proteção, bem-estar, ócio e informação (8).

Embora a enfermagem fale do conforto, precisa orientar as intervenções para satisfazer as necessidades de

conforto, não só da perspectiva biológica, também deve-se orientar ao paciente e à família, onde o hospital considera-se como o lar substituto, fazendo a experiência mais leve; ou seja, o hospital deve ser um espaço humano e cálido (9). Desse ponto de vista, é importante atender as necessidades do paciente partindo das experiências prévias do mesmo, implicando a escuta, o esclarecimento de dúvidas, a interação e a comunicação positiva. Igualmente, precisa ter em consideração a integração da família nas ações de cuidado, o alívio, o respeito pelas decisões, entre outras; todos esses fatores que fazem parte do cuidado holístico e confortável (10). Assim, o bem-estar se materializa em sensações de caráter físico, psicológico, espiritual e ambiental, perfilando dimensões, mas objetivas do conforto como fenômeno (11).

Objetivo general

Descrever o significado de conforto para os pacientes com doença crônica que se encontram internados numa instituição de alta complexidade na cidade de Medellín.

Materiales y métodos

Trata-se de um estudo qualitativo com enfoque etnográfico, focalizado na micro antropologia cultural, caracterizada por centrar-se em pequenos subsistemas culturais (12). Planteou-se como objetivo indagar pelo significado do conforto para o paciente com DCNT durante fevereiro de 2018 e outubro de 2019. Nesse ponto, Almudena Cotán-Fernandez considera que a etnografia se interessa em descrever, analisar e compreender o funcionamento das culturas e o que sucede nelas (13).

Uma vez o projeto foi aprovado pela Comissão de ética e científica da instituição, iniciou-se a pesquisa, utilizando como amostra representativa as enfermeiras das enfermarias de clínica médica, que foram previamente informadas. O estudo iniciou com a observação das enfermarias e a participação dos pacientes com DCNT e as suas famílias, estabelecendo uma relação de empatia (14), permitindo informar-lhes do propósito da pesquisa, facilitando a sua participação voluntária.

Realizaram-se 15 entrevistas a 14 participantes internados numa instituição de alto nível de complexidade. O tempo empregado por participante foi de 2 horas em média. Usaram-se perguntas orientadoras abertas, tendo em consideração os objetivos do estudo, com o fim de obter o processo interativo dos participantes (15). Foi preciso entrevistar duas vezes um dos participantes, devido a que durante a internação esteve em duas enfer-

marias com condições de infraestrutura diferentes. As entrevistas realizaram-se nos leitos dos pacientes; sendo gravadas e posteriormente, transcritas para garantir a confiabilidade dos dados.

Igualmente realizaram-se 40 horas de observação participante (16), captando a interação do pessoal de enfermagem com o paciente, assim conseguir observar as ações de conforto prestadas. Durante a observação foram considerados os espaços, os atores, os objetos, os eventos que ocorriam no entorno hospitalar e os sentimentos relacionados com as emoções expressadas e observadas nos atores. Também, considerou-se a relação enfermeira-paciente em relação com o conforto referente à: comunicação verbal (Tom da voz, tipo de conversação, experiências...), comunicação não verbal (conduta visual, proximidade e distância, movimentos corporais, tato), interesse na integração e tempo. Para desenvolver essa atividade, contou-se com uma guia de observação, permitindo manter a unidade de critério.

Assim mesmo tomaram-se anotações de campo complementares no diário de campo (17), onde registrou-se todo o relacionado com as observações e as entrevistas; todo esse processo efetuou-se para evitar omissões ou esquecimentos de informação que pudesse ser relevante. Além disso, escreveram-se comentários considerados úteis para a construção do texto final.

Para a análise da informação obtida, realizou-se a leitura e releitura dos dados sendo analisados cada linha; lido foram fragmentados sem serem descontextualizados, obtendo o significado do conjunto. Essa atividade fundamentou-se no seguinte procedimento: 1) recuperação dos dados assinando-lhes um código específico; 2) exploração dos códigos e das categorias que foram surgindo e reclassificaram-se com um novo nome; y, 3) procedeu-se a generalização e teorização. Através dessa codificação identificaram-se conceitos para categorizá-los, seguidamente relacionar as categorias e as suas subcategorias (18). Com o objetivo de validar a informação obtida aplicou-se a triangulação metodológica (19), conjugando as gravações das entrevistas dos participantes, as observações e as análises.

Igualmente, elaboraram-se diagramas conceituais que facilitaram a visualização das categorias e a elaboração do informe final. Durante o processo protegeu-se o rigor metodológico considerando os critérios de credibilidade, confiabilidade e transferência (20). A credibilidade conseguiu-se ao obter resultados verídicos sustentados nas entrevistas gravadas e transcritas textualmente, mantendo assim a fidelidade das expressões dos participantes. A confiabilidade obteve-se através da imparcialidade na interpretação e a análise da informação; fi-

nalmente a transferência, faz referência a possibilidade de aplicar e estender os resultados a outros grupos, com características semelhantes.

Durante o tempo de desenvolvimento do estudos, foram respeitados os princípios éticos básicos de beneficência, não maleficência, justiça e respeito à autonomia. Teve-se a consideração da Resolução 008430 do Ministério da Saúde para a classificação do risco, a confidencialidade da informação, a garantia do cuidado da privacidade dos informantes, o respeito à autonomia ao aceitar voluntariamente a sua participação no estudo, o uso dos dados com finalidade acadêmica e a devolução dos resultados aos participantes e instituições. Igualmente, aplicou-se a Lei 266 de 1996, pela qual se regulamentam os princípios que regem a profissão de enfermagem e a Lei 911 de 2009 que dispõe a responsabilidade deontológica para o exercício da enfermagem na Colômbia (21-23).

No mesmo tempo, cada participante respeitou a decisão de retirar-se do estudo em qualquer momento. Além disso, garantiu-se a confidencialidade aos participantes e a instituição, assignando códigos para a análise e a elaboração do informe final. A pesquisa não gerou nenhum risco físico ou psicológico para os participantes; não houve remuneração econômica nem de outro tipo. O projeto apresentou-se no comitê de Pesquisa da instituição concedendo o aval para a sua execução como consta no atestado 083.

Resultados

Descrição do cenário

O contexto onde desenvolveu-se a pesquisa foi uma instituição com um modelo de atendimento centrado no paciente e na família nomeado Sermás; modelo em execução desde 2017 dando resposta às necessidades dos pacientes e famílias, onde o ser humano converte-se no centro e razão da instituição. Os pacientes com DCNT se internam em enfermarias que se distribuem uma por andar. Esses espaços compartilham características semelhantes na infraestrutura física e a quantidade de pessoal assistencial disponível para o paciente.

Cada andar conta com serviços localizados em duas regiões: norte e sul, com 30 leitos cada uma. Alguns pacientes ocupam quartos compartilhados e individuais, com igual infraestrutura e disposição dos espaços. Existem também serviços com características especiais, alguns ocupados por pacientes VIP, outros por pacientes de hematologia e em outro andar ficam os pacientes em isolamento.

É preciso destacar que o pessoal assistencial que trabalha durante o dia é distribuído da seguinte maneira: uma enfermeira para a gestão do serviço, com um plantão de 12 horas; uma enfermeira assistencial para realizar os procedimentos e as altas hospitalares, o seu plantão é flexível, dependendo da demanda oscila entre 6 a 8 horas. Igualmente são assignadas cinco técnicas de enfermagem, que realizam atividades para o conforto do paciente e a administração de medicamentos, com 6 a 7 pacientes assignados para cada uma. Adicionalmente, há um médico geral nas para cada região e na tarde um só para as duas. Igualmente cada região têm um médico especialista na clínica médica que pode estar de manhã ou de tarde.

Adiciona-se que o pessoal de apoio durante o dia conta com uma secretaria por andar, atendendo as necessidades administrativas de ambos serviços; além disso há também uma pessoa de serviços gerais, encarregada de fazer a limpeza.

Os serviços VIP, com capacidade para 29 pacientes tem uma distribuição de pessoal assim: uma enfermeira para a gestão do serviço num plantão de 12 horas; uma enfermeira assistencial para realizar os procedimentos e as altas hospitalares, com uma jornada dependente de suas atividades entre 6 y 8 horas; quatro técnicas de enfermagem realizando atividades para o conforto do paciente e a administração dos medicamentos, com a designação de 6 pacientes por plantão. Igualmente, dispõe de um médico geral com plantão de 12 horas e à noite um por cada dois andares e um médico especialista na Clínica Médica durante o dia. Além disso, como pessoal de apoio durante o dia tem uma secretaria e duas pessoas para fazer a limpeza. Deve-se complementar que essa instituição conta com grupos de apoio para o ensino e o treinamento do cuidado, para o atendimento de algumas situações específicas.

A continuação são descritas as categorias que surgiram: o conforto desde o sentir e o fazer e o que gera incômodo, por outro lado, são comparadas com as suas respectivas subcategorias

La comodidad desde el sentir y hacer

Para os pacientes a comodidade tem que ver com o lugar e as pessoas ao redor definindo-o como sentir-se bem, estar bem, não estar em perigo; estar bem tanto no físico, como desde a perspectiva espiritual. Além disso, ao sentirem-se ouvidos e bem atendidos, não só pelo pessoal de saúde além do restante do pessoal que trabalha na instituição os ajuda a reforçar o seu conforto.

É por isso, que o atendimento que recebem da instituição os faz sentir-se confortáveis e seguros, é como “sentir-se em casa”. De igual maneira, o ser autônomo para realizar as atividades da vida como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, caminhar os faz independentes e sentir-se confortáveis.

“Depois de que eu consiga me levantar (...) seria difícil e maluco quando você não consegue se levantar, né? Porém desde que eu consiga me movimentar para qualquer parte, gloria a Deus”. E1

Pelo contrario, depender dos demais, lhes gera desconforto e sentem que é um sacrificio, situação que pelo geral se vive nos serviços críticos como são o de emergência e as Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

“Não, eu não. Lá na UTI me limpavam e tudo, porque eu não conseguia me mover da cama. Pero aqui eu já consigo me levantar, ir ao banheiro, tomar banho”. E10

Outro fator a ser considerado, é que o estar só dá medo e preferem ter companhia, embora seja do paciente com quem se comparte o quarto; por outro lado, aqueles pacientes que podem ter o cuidador durante a internação sentem que a permanência é mais fácil, principalmente pela confiança que lhes gera; além disso, encontram-se mais satisfeitos durante a estancia hospitalar.

“O que não me faz sentir bem é estar só, me faz sentir muito medo, então quando há uma pessoa ali que seja como seja, é querida e amável, então eu me sinto satisfeita”. E5

Os aspectos que fazem que o paciente se sinta confortável tem a ver com o físico, ou seja, com a ausência ou melhora dos sinais e sintomas que tenha, especificamente com não experimentar dor, ter aire suficiente para respirar, o poder alimentar-se quando a sua situação de saúde vai melhorando. Esses aspectos também são relacionados com o conforto; ou seja, o sentir-se aliviados e ter qualidade de vida.

“Ah, me sinto mal quando tenho a dor, porque quando a gente tem dor aí, não vai se sentir bem”. E2

Recursos necessários para o cuidado

O fato da instituição fornecer o necessário para prestar o serviço assistencial, sem mensurar os recursos para o atendimento oportuno e eficiente é importante para os pacientes. A infraestrutura e o mobiliário dos quartos se sentem confortáveis quando há: uma boa cadeira, uma

boa cama, um banheiro no quarto, assim como dispor dos seus produtos de higiene pessoal e do acompanhamento de um familiar, com um espaço onde ele dormir e descansar como um sofá-cama.

“Para mim é confortável (...) o que tenho basta para estar confortável, a cama é muito boa, a poltrona para a minha filha deitar-se. O que mais preciso? o espaço para ir ao banheiro, tenho o suficiente, assim seja num espaço pequeno, porém tenho o que preciso. Sim porque aqui embora seja tão pequeno há de tudo, tudo o que necessito, não tenho que procurar lá fora nada, está tudo aqui (...) me levanto da cama e aí está o banheiro, a privada. Ali está a minha filha cuidando-me a noite toda”. E1

O mínimo de conforto

Para alguns pacientes as condições têm a ver com: uma boa pintura, ventilação, iluminação, limpeza do cômodo, um banheiro adequado e em boas condições, uma cama limpa, preferencialmente elétrica para as mudanças de posição, igualmente ao estar internado em alojamento individual lhes permite maior privacidade e descansar.

“Muito bom, tem me dado quartos muito bons, todos os serviços ai está tudo, já pela minha idade há uma mesinha para que me deem banho, porque sim me dá medo tomar banho só, vai tenho uma queda, sempre sinto as pernas bambas”. E1

Pedindo atendimento de enfermagem

Para os pacientes o pessoal de enfermagem, realiza atividades que ajudam ao conforto como administrar os medicamentos, fazer as mudanças de posição, monitorar a glicemia e os sinais vitais, passar visita pelos leitos e fazer atendimento de algumas necessidades do paciente, embora não acompanhem as atividades básicas de assistência no banheiro e as refeições, principalmente os pacientes com maiores limitações e precisam de maiores cuidados pelas suas condições de saúde.

“Como eu digo, eu tenho deficiência visual e preciso muito dessa ajuda, sim, seria muito bom que estivessem mais atentas (...) tipo, eu lhe ajudo a tomar banho”. E8

Alguns cuidadores vem o pessoal de enfermagem como colaboradores, prestando ajuda para a realização de algumas atividades durante a internação, como tampar o cateter e fazer a cama.

“Porém se o único que ela vem, tampa o cateter e

nos ajuda com isso. Ela faz a cama, eu fui e lhe disse, olha preciso de um favor, eu não consigo acertar o pintão no penico e molhou-se a cama toda, pode me dar uns lençóis? porque já sabemos arrumar a cama, aí ela diz- não já passo a cambia-la". E12

As visitas

O horário e número de visitas depende da enfermagem e o tipo de alojamento onde estiverem internados os pacientes. Nos quartos compartilhados as visitas são mais restringidas e só duas pessoas são permitidas como visitantes. Por outro lado, as acomodações individuais, especialmente de pessoas particulares e de planos de saúde, não têm restrição no número de visitantes, além disso, os horários são mais flexíveis, influenciando sobre a sensação de conforto.

"Não eu acho excelente, porque permitir visitas as 24 horas a uma pessoa que não é de aqui permitir ao acompanhante ficar as 24 horas, acredito que é uma instituição difícil encontrar outra como essa, que preste os mesmos serviços". E15

O que é desconfortável

Para os pacientes há situações que lhes faz sentir-se desconfortáveis, que os afligem e afetam, como: a falta de comunicação, a resignação perante aspectos que devem afrontar no dia a dia, o incomodo que as vezes passam os cuidadores familiares e a infraestrutura física de alguns dos serviços de internação da instituição.

Em relação com a cama, para alguns não é confortável e preferem permanecer sentados na cadeira, segundo expressam, não há como a cama da casa.

"Fico sentada, porque na cama não me sinto confortável ou as vezes me levanto um pouco porque na cama não estou confortável (...) Isso não sobe nem desce e me sento aqui e fica como se, isso fica virado, aí sim, horrível essa cama, não é confortável, na minha cama eu me sinto muito confortável. O colchão desce horrível, desce para aqui". E3

Igualmente, consideram que não há suficientes lençóis e cobertas para os pacientes, o que representa trazê-las de casa.

"Que não há lençóis aqui, aqui tem de estar, para lá, trazendo os lençóis esperando quando as trazem, para poder trazê-las para que arrumem as camas, porque o serviço de saúde está mal, sem cobertas nem lençóis". E2

A luz acesa a noite toda e o ruído que faz o pessoal é outro dos aspectos que lhes gera desconforto, dificultando conciliar o sono.

"As vezes sim se sente muito barulho desse povo por aí gritando e falando alto". E14

"(A luz) a deixam acesa a noite toda". E10

Situações que afligem e afetam

Entre as situações que afligem e afetam aos pacientes está o não perceber melhoras no seu estado de saúde embora o tratamento prescrito, isso os desespera.

"olha, ou seja, faz dois dias dai para atrás, para mim igual era uma ou a outra coisa, porque eu vim sentir melhoras de ontem para hoje (...) porque se a gente não vê o progresso de todas maneiras, vai batendo o desespero aqui (...) se não há uma resposta ao tratamento, isso vai desesperando". E7

Por outra parte, o fato de levar vários dias de internação e não ver melhoras na sua saúde, assim como perceber que não se fazem os tratamentos adequados são situações que afetam ao paciente, mais ainda quando leva anos com a sua doença.

"então durante três dias nem sequer me fizeram provas esperando; então eu não via o norte, eu falava o que segue?- não, é que primeiro nos precisamos olhar bem o de tua doença- eu disse, sim, sim eu entendo, porem eu acredito que para ver a doença então agenda com o dermatologista, eu lhes dava mais possibilidades, como estou te dizendo, quarenta e três anos com a minha doença eu aprendi a conhece-la e falar dela, saber como a manejo". E13

Outra situação que aflige o paciente é ter uma doença que embora possa se controlar, não observe melhoras, como as DCNT, gerando tristeza, sobre tudo, quando percebe que a equipe de saúde não lhe fornece a informação correta.

"o médico falou para a minha filha, que isso (...) que até que a morte nos separe, o que eu tenho, que isso não vai passar e que há que (...) então isso faz que você fique triste, verdade? Então a minha filha me diz: não se preocupa mãezinha, não há ninguém sob Deus, você pode aliviar, o fígado é um órgão que se regenera mais fácil, e se você se alimentar melhor. Ela começou e me animou, eu fiquei muito triste, então eu penso que dizer esse tipo de coisas para a gente, como que afetam, faz perder a vontade (...)". E10.

Sentir-se afastado sem comunicação

Os pacientes sentem desconforto ao não terem a facilidade para comunicar-se com a sua família, seja por não terem celular ou porque não podem usá-lo por desconhecerem como pela sua idade avançada. É nessas situações que gostariam de contar com telefone fixo no quarto para poder se comunicar. Embora a instituição tenha telefones fixos por andar, os pacientes não podem ter acesso aos mesmos, seja pelas limitações da sua condição de saúde ou pela localização na enfermaria, e no caso dos cuidadores, porque preferem não deixar só os pacientes para atender as ligações.

“igual eu falo por mim e pelos outros doentes, como para a minha mãe e todos os doentes deveria haver telefone, para poder se comunicar diretamente eles com a sua família e que eles possam a família ligar e eles contestarem porque assim é mais fácil, primeiro havia, faz muitos anos aqui havia, esse serviço sim acho muito importante, assim todo mundo tenha um celular”. E1

Estar sem cuidador

Alguns pacientes não tem acompanhante durante a internação, por ter um grupo familiar reduzido ou porque os seus familiares têm outras responsabilidades que lhes impedem de acompanhá-los no hospital. Para os que têm a possibilidade de ter a companhia do cuidador familiar, desejam que esteja o tempo todo com eles, porque se sentem mais a vontade para pedir ajuda quando precisam, sendo assim, o não terem cuidador permanente gera desconforto, resignando-se a não dispor da sua presença aceitando a situação, embora não é o que desejam.

“Que ele possa estar comigo aqui, acompanhando-me pela noite, porque as vezes eu preciso de alguma coisa, então ai está a pessoa e a intimidade”. E10

Igualmente, o não contar com a companhia permanente do cuidador nas 24 horas gera tristeza no paciente e no cuidador, principalmente para aquele que pelo vínculo afetivo sente dor de deixar o seu familiar no hospital, culpa e com sensação de abandono, embora o paciente seja autônomo para desenvolver as atividades básicas.

“Ai eu vou embora, só Deus e eu sei como eu vou, de pensar só quando saio daqui sinto vontade de chorar! pensar que a estou deixando, graças a Deus que ela está bem, é como dizer que vou me e a tenho que deixar (...) graças a Deus ela se pode movimentar e a noite não se levanta para nada, para nada, mas mesmo assim ela é a minha mãe e isso me doe,

o fato só de saber que está largada no hospital só, é muito difícil”. E3

Resignação

Há que falar que os pacientes manifestam resignação perante as condições que há no hospital e sentem que não podem reclamar porque são muitos pacientes os que precisam de atendimento. Pensam que o que façam com eles estando doentes está bem, além disso, ao verem que o pessoal está ocupado, preferem não molestar e fazerem o que podem embora as suas limitações.

“há muitas coisas que eu não gosto, mas tudo bem, como eu estou aqui para o que possam fazer por mim, não poso reclamar nada, seríamos muitos para poder reclamar”. E9

Definitivamente os pacientes terminam com o tempo se acostumando ao que oferece a instituição, principalmente o relacionado com enceres como a cama, travesseiro e o não terem coberta.

Comparando serviços na mesma instituição

Os pacientes expressam que na instituição há diferentes opções de alojamento, que são designadas dependendo do plano de saúde. Nesse sentido há individuais, compartilhadas entre dois e três pacientes, algumas são maiores e confortáveis, outras não.

“A minha filha olhou que pelo lado de lá, há outras melhores, mais grandes e mais confortáveis”. E9
“Se o quarto for grande como o que fica aqui embaixo, que o banheiro seja para dois doentes, compensa, mas para quatro pessoas, ah não dá!”. E3

Os pacientes descrevem o serviço de emergências como uma má experiência onde esperam o rápido traslado à enfermaria; nesse serviço muitas vezes recebem atendimento sentados numa cadeira que nem sequer é do próprio serviço. Igualmente expressam que o espaço na unidade de emergência é limitado e insuficiente para atender o número de pessoas que ingressam procurando atendimento.

“Eu estive dois dias na unidade de emergência, não por negligencia administrativa, mais pela alta ocupação e a falta de leitos onde alojar os pacientes que nesse momento precisamos acesso ao serviço médico”. E15

Além disso, não só o quarto é assignado segundo o tipo de plano de saúde do paciente, também na emergência é acomodado segundo o mesmo fator, ou seja, as con-

dições não são iguais para todos, porque dispõem de salas mais confortáveis frente a outras nem tanto. Isso gera que alguns pacientes sejam acomodados em cadeiras plásticas, e cômodos que descrevem como desconfortáveis, pouco ventilados, com ar condicionado que não funciona e com a luz acesa o tempo todo.

“a sala 7 da unidade de emergências é normal, com pessoas de todas as classes, ele não dormiu, é uma cadeira plástica. Ao lado, são cômodos muito desconfortáveis, o calor é insuportável, isso adocece mais ao paciente. Eu dizia que o ar não funcionava, que não se podia se desligar a luz, bom uma quantidade de coisas”. E12

Os pacientes destacam os serviços de outra sala de emergência, onde têm uma enfermeira para atender máximo cinco pacientes, indicando que o serviço é personalizado; portanto, é um bom serviço.

“A sala de emergências do quarto andar que há uma sala para os da universidade, tem uma enfermeira só para essa salinha, sendo muito cinco pacientes, que nunca temos estado os cinco, é mito bom”. E12

Por outro lado, os pacientes reclamam que na UTI e na Unidade de Cuidados Especiais (UCE) há muito ruído, não há acesso ao banheiro, não há televisão, embora reconhecem que o atendimento é permanente. Além disso, consideram que o alojamento individual é tipo uma cobertura, comparando-as com outras nem tão agradáveis. O fato de terem banheiro para eles é maravilhoso.

“O ambiente. Sim este lugar é muito agradável, muito diferente de estar aqui a estar na UTI, lá é medroso, na outra também né (...) verdade? UTI é uma, UCE é a outra. Aqui por exemplo há uma coisa que acho muito boa, ontem à noite apenas me passaram que não há tanto barulho”. E10

O desconforto do cuidador preocupa

Ver que o acompanhante esteja desconfortável gera incômodo e preocupação.

“Eles colocam uma cadeira e aí permanecem a noite toda sentados (...) Não acho certo, porque eles são seres humanos, para passar a noite toda sentados numa cadeira, não é, porque o acompanhante não vem a tirar ou consumir nada, vem para fazer companhia para a gente, porque a gente os necessita. Não deveria ser assim”. E9

Em consequência, o paciente prefere que o seu cuida-

dor vá para casa descansar, evitando vê-lo dormir no chão sobre uns lençóis, preferindo ficar só se a sua condição de saúde o permite.

“Toda noite me liga, mas também é injusto que ela dormisse no chão sobre um lençol e depois ir trabalhar, então eu me sinto pior, mais desconfortável. Lá em casa sinto-me desconfortável porque não a tenho, porém me sinto melhor porque ela vá embora, não tenho mais opção”. E3

Também consideram que o espaço do quarto é muito pequeno para alojar pacientes cuidadores e o pessoal de enfermagem, é por isso que quando é preciso ingressar para fazer as atividades de cuidado, o acompanhante deve sair e fica incomodado.

“eu me sinto afetado porque, porque ela nessa cadeira nesse desconforto tão horrível a noite toda, isso cansa muito e há vezes que estão sentadinhas por aí e já entram para tomar a pressão e tem que pegar a cadeira e sair, sair-se para poder ter espaço, então uma coisinha que não fosse tão estreito, porque se estiver a minha filha e a da senhora do lado e se acomodam para nos acompanhar e à noite chegarem para tomar a pressão das duas, ambas têm que pegar as cadeirinhas e sair do quarto porque não cabem”. E5

Em relação com os cuidadores, manifestam incômodo de não puderem usar o banheiro dos quartos de alojamento individual, tendo que usar os do corredor da sala de espera, em muitas ocasiões, lhes desgosta deixar só o seu familiar doente.

“a outra vez que estive internado, falaram que não podia utilizar esse mesmo (o banheiro), precisava sair, mas imagine-se se vou sair e passa algo e que, não? Que lá no corredor sim, mas você sai e cai buscar por lá”. E12

Outro fator a ser considerado é que para os cuidadores é muito difícil satisfazer a necessidade de alimentação com a oferta de produtos das lanchonetes da instituição, razão pela qual devem procurar alternativas perto do hospital para poder comer.

“Agora o incômodo é esse e a da alimentação do acompanhante porque muitas vezes ela precisa sair e muitas vezes não consegue nada perto”. E14

Refeições desconfortáveis

Alguns dos pacientes acham desagradável a comida

do hospital, quando a recebem está fria e terminam comendo-a porque tendo fome há que comer o que tiver.

“Não tem graça, a comida é muito fria, não é muito boa, ao meio dia a comida, trazem a sopa gelada, isso não é agradável, uma comida fria é muito ruim”. E11

A dieta prescrita aos pacientes tem os critérios necessários para a sua condição de saúde e espera-se que seja a mesma que consomem em casa, alguns deles a consideram insípida, sem sal e que não apetece.

“Não sei se é a comida (...) a comida é muito ruim. Assim, não é ruim, só que a gente doente, é a comida que a gente precisa, mas não (...) Não gosto da comida daqui”. E2

Igualmente os pacientes reclamam dos alimentos que deixa o pessoal do refeitório sob a mesa, quando as vezes precisam de ajuda e não tem quem o faça. Entretanto, algumas pessoas do serviço de alimentação identificam essa necessidade e prestam ajuda. Além disso, destacam que as atividades de cuidado como a administração de medicamentos na veia lhes impedem comer na hora que chegam os alimentos tendo que deixar para mais tarde.

“As vezes ela entra a refeição e estou ocupado com o assunto de medicamentos sem conseguir mexer as mãos, quando viu que tinha como não mexer as mãos me diz – tranquilo e eu espero e volto em uns minutos com a comida”. E15

Os pacientes que não são da região tem a sensação de não serem bem atendidos e que “passaram trabalho”.

“eu temia era si me internavam ia a passar trabalho, mas trabalho pela alimentação porque é muito difícil, mas tudo bem, vamos lá, passando o tempo”. E15

Outros pacientes expressam insatisfação com a quantidade de alimento que servem, mais quando há restrições pelo tratamento que tem, entretanto, se a sua condição clínica o permite, podem trazer de suas casas o que desejarem.

“eu na realidade não tenho problema com a alimentação, aliás pela anemia devo me alimentar muito bem, eu aqui tenho tido a liberdade de perguntar à moça e falar- não me senti com o almoço, será que posso (...)- o que estou lhes contando é verdade, - será que posso comer um hambúrguer? (...)- senti a confiança para falar- olha não fiquei satisfeito, pos-

so comer alguma outra coisa? A moça perguntou e me diz que sim”. E13

Infraestrutura desconfortável e insuficiente

O quarto compartilhado

Simultaneamente ao depoimento de espaço limitado nos quartos para dois leitos, pia e mesas; os pacientes sentem-se limitados para andar dentro dos quartos, por isso todos os visitantes não podem ficar dentro do quarto. Manifestam que o quarto não lhes permite ter privacidade e isso gera desconforto, expressando também que ao não terem onde guardar os seus pertences, faz que o espaço tenha aparência de desleixo e bagunça ao ficarem sob a mesa ou da poltrona.

“o mais desconfortável para mim de tudo isso, o quarto, a pia dentro do quarto não devia ser, muitas coisas, não acho certo que a pia esteja ai e o quarto tudo apertado, as mesinhas, tudo ai e a gente nem consegue andar, então não acho bom, eu o único que acho ruim daqui é o quarto e isso, porque a privacidade é o mais importante que há”. E9

O banheiro compartilhado

Uma insatisfação semelhante se apresenta em decorrer de compartilhar o banheiro entre os pacientes e cuidadores, porque muitas vezes não só é usado pelos dois pacientes internados no quarto, somando-se os dois cuidadores, o que consideram pouco higiênico.

“os banheiros são compartilhados, por exemplo, quando assignam você num quarto para duas pessoas, aqui há duas e na do lado outras duas, então tem porta aqui e por lá”. E14

“Que um banheiro seja compartilhado para dois quartos onde há por exemplo duas pessoas e duas mais, quatro, e os acompanhantes que haja, aí são mínimo seis, num banheiro só”. E9

Em concordância com o previamente descrito, os pacientes têm que acordar mais cedo para tomar banho, ao compartilharem o banheiro com os do quarto do lado, que muitas vezes o tem ocupado, precisam esperar.

“lá a gente tinha que esperar que desocuparam o banheiro para tomar banho bem rápido”. E11

Trancar o banheiro é desconfortável

Para entrar no banheiro é preciso trancar a porta para que as pessoas do quarto do lado não entrem; nas ocasiões em que esquecem de abrir a porta do lado, isso

representa que os cuidadores até os mesmos pacientes, tenham de ir ao quarto do lado para pedir que liberem o acesso ao banheiro, o que gera desconforto.

“tinham que bater para que abrisse ou pedir para alguém que fosse, e se vinha alguém, pedir para dar a volta (...) aí pedir para abrir a porta do banheiro que tinham deixado trancada”. E8

Como resultado, os pacientes consideram que partilhar o banheiro não fornece privacidade, obrigando-os a solicitar que o banheiro seja para uso de um quarto só.

“Esse é o problema muitas vezes, a gente entra ao banheiro e esquece de abrir, então os do lado ficam incomodados e não deveria ser assim, cada quarto devia ter o seu banheiro”. E14

Ainda relacionado com o banheiro é o chuveiro a pouca água quente, o fedor e a falta de higiene e limpeza do quarto.

“muito ruim, porque é um pouquinho de água que sai (...)demora muito para a gente tomar banho porque sai muito pouca água, sim me sinto desconfortável porque você tem que ficar mais tempo e é muito desconfortável para a gente (...) vem e fazem a limpeza por cima e muito tarde, imagina só o banheiro cheio de cabelos, cheio de cabelos e ontem, principalmente ontem tinha muito papel no chão”. E3

Sem elementos básicos

Alguns pacientes informam que devem levar roupa de cama, travesseiros, cobertas, seja porque a instituição não tem nem providencia, ou porque são insuficientes. Outros expressam que os produtos de higiene pessoal precisam levá-los, o que é compreensível, entretanto, acham curioso que antes a instituição lhes fornecia sabonete e papel higiênico.

“Eu sinto falta da coberta, o que acontece é que precisa trazer de casa porque aqui não há (...) aqui você precisa trazer tudo, sabonete, as coisas de higiene pessoal, há que trazê-las”. E2

Fazendo sugestões

Lo dicho hasta acá permite que algunos pacientes y cuidadores sugieran cambios en la institución de tal forma que les permita sentirse cómodos al disponer de: habitaciones individuales, un baño por habitación, el suficiente personal de servicios generales para asear las ha-

bitaciones con más frecuencia en el día. De igual forma recomiendan que la alimentación para el acompañante sea favorable, cuando se paga por el servicio de salud; además, solicitan una silla aparte del sofá cama en el cuarto individual, para que cuando el cuidador esté acostado y el paciente quiera sentarse lo pueda hacer en la silla.

“Por outro lado, o banheiro deveria ser só para um paciente, mesmo até dois, assim mesmo o quarto (...) O que eu gostaria, que tivessem mais empregadas para fazer a limpeza, para que estivessem mais atentas de cada quarto, porque como eu digo, há muitas bactérias, muitas coisas que precisam de maior limpeza, então a limpeza é feita é um dia só para um quarto e não, não é certo”. E3

Discusión

A presente pesquisa permite entender o conforto desde a perspectiva do paciente onde não só o entorno precisa ser considerado, também é preciso incluir os aspectos físicos, sociais, emocionais e culturais, sendo fatores que incidem diretamente no seu conforto durante a internação.

Neste ponto, Kolcaba opina que para que há conforto devem-se considerar as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicológico, espiritual, sociocultural e ambiental (10). O autor explica que deve-se aliviar o mal-estar nos pacientes, prestando tranquilidade para o conforto para a mente e o corpo; estimular a transcendência para que a pessoa este por cima dos seus problemas e a sua dor. Relacionado com os contextos, o físico tem a ver com a atenção e as sensações corporais; o psicológico e espiritual à consciência interna do eu, como a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o significado da vida; e o social às relações interpessoais, familiares e sociais (24).

Desde outro ponto de vista Ruydiaz e col., expressam que a internação é um evento que ocasiona ansiedade, estresse, depressão, alterações no bem-estar e dificuldades para a interação social, circunstancias que podem estar relacionadas direta ou indiretamente com a doença; ante isso, faz-se necessário, fortalecer o conforto, a comunicação e a atenção a fim de contribuir na diminuição das alterações emocionais.

Por outro lado, Silva e col., manifestam que devem se procurar medidas que permitam o bem-estar do

paciente tais como iluminação adequada, controle do ruído, lençõs limpos e a limpeza do ambiente influenciam adequadamente a percepção do paciente em relação aos cuidados prestados pelo equipo de saúde, o que leva a formular melhoras desde a organização, providenciando um ambiente confortável e íntimo para pacientes e familiares (26).

Outros aspectos importantes para os pacientes foram descritos previamente por Borre & Vega, onde os aspectos tangíveis e intangíveis valorados pelos pacientes são: a aparência do pessoal, o sistema de sinalização nos serviços, a tecnologia, a pontualidade, a confiança, a pontualidade, a amabilidade, o preparo acadêmico, o tratamento personalizado e a capacidade para compreender as necessidades do paciente. Segundo esses autores, entre as coisas medianamente favoráveis estão: a informação proporcionada, o interesse por cumprir o prometido e a rapidez no atendimento. Os aspectos com pior conceito foram: a aparência e conforto dos quartos, o interesse na resolução de problemas, o tempo de espera e a atitude e disposição (27), situação semelhante ao encontrado nessa pesquisa.

De forma concordante aos achados obtidos nesse estudo, Ruiz e col., apontam que o acompanhamento e a visita da família são fonte de tranquilidade e satisfação, sendo o apoio familiar e dos amigos, facilita o tempo de permanência no hospital, fornece serenidade, companhia e conforto. As contribuições desde o contexto social marcam-se na importância do apoio da família e amigos para conseguir o conforto e o bem-estar, os faz sentir bem, amados e fortalecidos para continuar em frente (28).

Por outro lado Garcéz-Ramírez & Galvis, consideram que a presença e sensação de dor estão relacionadas com mal-estar, sendo seu alívio o objetivo imediato das intervenções de enfermagem. Para isso, enfatizando que há que controlar a dor administrando terapias, massagens e mudanças de posição, considerando-se medidas de conforto e bem-estar. Além das estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem, também aparecem formas e meios de prestar conforto em momentos particulares, incluindo o primeiro contato, no momento do cuidado da higiene, o asseio e a visita da família (24).

Ainda relacionado com o conforto durante a internação, Cardoso R e col., manifestam que a perda de autonomia é um dos principais problemas que enfrentam não só as pessoas idosas, e sim a maio-

ria das pessoas internadas. O processo da institucionalização envolve isolamento social, inamovibilidade imposta de diferentes graus, exposição a riscos, adaptação ao ambiente hospitalário com as suas restrições e regras, repercutindo num maior deterioro funcional e aumento da dependência. As estratégias de conforto promovidas pela equipe de enfermagem são percebidas e planejadas de acordo com os desejos da pessoa internada (29).

De acordo com Ponte e col., os pacientes internados na unidade de emergência padecem de situações de desconforto semelhantes as encontradas nesse estudo, como: que a unidade de emergência tem uma ocupação superior à sua capacidade, pacientes acomodados em cadeiras por tempo indeterminado, demora na realização dos exames, aumento da sensação de angústia, acesso a informação limitada e imprecisa, necessidade de acompanhamento familiar, ruído no ambiente, e falta de privacidade. Admitem também a importância de satisfazer as necessidades de limpeza do ambiente, a disponibilidade de medicamentos e procedimentos que solucionem o seu problema de saúde. Os achados revelam que a percepção de conforto é individual (30).

Garcés e col., consideram que outro ator que promove conforto é a família, sendo muito significativa pela importância que adquire como suporte físico, social e cultural para o paciente. A situação de doença crônica e internação, provoca grande impacto emocional para o paciente e a sua família, sendo o espaço de visitas um espaço de conforto e alívio. Quando estão presentes os familiares e pessoas significativas, sabe-se que tentam criar um ambiente simulado e personalizado, onde muitas vezes a presença de objetos pessoais do paciente, aumentam a proximidade e o carinho familiar. Pela sua parte a adoção de atitudes de afeto pelas enfermeiras permite estabelecer um relacionamento próximo e de ajuda dada a sua função facilitadora, implicando que se reconheça o significativo que é para cada paciente essa atitude, permitindo uma maior sensação de conforto (24).

Conclusiones

Em conclusão, o significado de conforto para o paciente com DCNT que se encontra internado vai além do que percebe do entorno hospitalar. Por isso, que os aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais se considerem como essenciais na hora de falar de conforto. Além disso, o conforto é um componente do cuidado que deve ser prestado pela enfermeira, não só com o apoio da equipe auxiliar,

también con la actuación de todas las personas de la equipo de salud. Es importante promover formas e métodos que sirvan para prestar confort a los pacientes hospitalizados, con el propósito de conquistar una mayor sensación de bienestar durante la internación. Por su vez las instituciones deben dar mayor atención a las observaciones hechas por los pacientes, generando las adecuaciones locativas pertinentes para que la experiencia sea más agradable y menos traumática para los pacientes con DCNT.

Sugestões e recomendações

Conforme con lo descrito previamente, es preciso desenvolver estrategias de sensibilización para las equipos de salud, especialmente de enfermagem, que permitan

generar cambios que no sean limitados a la perspectiva instrumental, también orientada a la prestación de cuidados humanizados y satisfacción de necesidades de confort a los pacientes y cuidadores familiares en el escenario hospitalario.

Observações do tradutor

Partiendo de la metodología de esta investigación, fueron traducidas las informaciones providenciadas por los participantes, se recomienda tener en consideración que hay limitaciones de lenguaje propias por el hecho de haber sido desarrollada en un idioma diferente al portugués. Por tanto, la traducción al portugués puede no ser totalmente fiel a la transcripción del testimonio de los participantes del estudio

Referencias Bibliográficas

1. Arokiasamy P, Uttamacharya, Kowal P, Capistrant BD, Gildner TE, Thiele E et al. Chronic Noncommunicable Diseases in 6 Low- and Middle-Income Countries: Findings From Wave 1 of the World Health Organization's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *Am J Epidemiol* [Internet]. 2017 Mar; [Consultado 2020 Apr 13]; 185(6):414–28. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/aje/kww125>
2. Vélez-Londoño LM, Hernández PA, Silva CE, Giraldo EH, Moreno A, Cifuentes MG, et al., Estructura de la morbilidad en el departamento de Antioquia [Internet]. Capítulo 3 [Consultado 2020 Abr 3]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/250-capituloestructura/file>
3. Republica de Colombia. Departamento Nacional de Estadística. Proyecciones de población [Internet]. [Consultado 2020 Abr 26] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
4. Tejada-Pérez II. No es fácil estar 24 horas en una cama: confort del paciente con sedación en UCI. *Aquichán*. 2017; 17(4): 380-89. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.2>
5. Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index Enferm*. 2012; 21(4): 185-89. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>
6. Kolcaba KY. La teoría del confort. En: Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 7 ed. Barcelona: Mosby Elsevier; 2011:706-20.
7. Tosun B, Aslan Ö, Tunay S, Akyüz A, Özkan H, Bek D et al. Turkish version of Kolcaba's immobilization comfort questionnaire: A validity and reliability study. *Asian Nurs Res* [Internet]. 2015 [Consultado 2020 Apr 13]; 9(4): 278-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131715000675>
8. Romero-Massa E, Contreras-Méndez IM, Moncada-Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia promoc. salud*. 2016; 21(1): 26-36. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.3>
9. Flórez-Flórez ML. Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de cirugía cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia. *Actual Enferm* [Internet]. 2001 Jun; [Consultado 2020 Abr 20]; 4(2): 8-15. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-324761>
10. Pontífice-Sousa PC, Dourado-Marques RM, Ribeiro MP. Geriatric care: ways and means of providing com-

- fort. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [Consultado 2018 Mar 3]; 70(4):830-37 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>
11. Pereira C, Mercês C, Pita Lopes RO, Felix Souza J, Souto J, Gomes-Brandão MA. Análise do conceito de conforto: contribuições para o diagnóstico de disposição para Conforto melhorado. Esc. Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2020 [Consultado 2020 Oct 26] ; 24(2): e20190205. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1090266>
 12. Goetz JP, LeCompte MD. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Morata; 1988.
 13. Cotán-Fernández A. El método etnográfico como construcción de conocimiento: un análisis descriptivo sobre su uso y conceptualización en ciencias sociales. Márgenes (Málaga) 2020; 1(1): 83-103. <https://doi.org/10.24310/mgnmar.v1i1.7241>
 14. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Janice Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003: 185-211.
 15. Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2017 [Consultado 2020 Abr 15]; 65(2): 329-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
 16. Caïs J, Folguera L, Formoso C. Investigación cualitativa longitudinal. Madrid: CIS- Centro de Investigaciones Sociológicas; 2014.
 17. Galeano-Marín ME. Registro y sistematización de información cualitativa. [Internet] Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigo; 2001 [Consultado 2020 Mar 12] Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/206102/mod_resource/content/0/Registro_y_sistematizacion_de_informacion_cualitativa.pdf
 18. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2003.
 19. Samaja J. La triangulación metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 [Consultados 2020 Abr 20]; 44(2): 431-43. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n2/1561-3127-rcsp-44-02-431.pdf>
 20. Arias-Valencia MM, Giraldo-Mora CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. Invest Educ Enferm. 2011; 29(3): 500-14.
 21. Republica de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N°008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la administración en salud. Santafé de Bogotá: El Ministerio 1993.
 22. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996, enero 25, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.710. Bogotá: El Ministerio; 1996.
 23. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693. Bogotá: El Ministerio; 2004.
 24. Garcez-Ramírez GL, Galvis Y. Medidas de comodidad que brinda la enfermera al adulto con deterioro de la ambulación. Cuidado y ocupación humana. [Internet]. 2017 [Consultado 2020 Jun 12]; 6:58-67. Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/view/3459/

25. Ruydiaz-Gómez KS, Saldarriaga-Genes G, Fernández-Aragón S. Satisfacción del usuario: un reto para la calidad del cuidado. *Cienc Sal Virt* [Internet]. 2018 [Consultado 2020 Jun 12]; 10(1): 49-61. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.22519/21455333.969>
26. Silva J, Córdova R, Vergaray S, Palacios V, Partezani R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enferm Univ* [Internet] 2015 [Consultado 2020 Jul 20]; 12(2):80-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/journal/16657063/12/2>
27. Borré-Ortiz YM, Vega VY. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2014 [Consultado 2020 Oct 27]; 20(3): 81-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>
28. Ruiz-Góngora MI, Díaz-Heredia LP. Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular. *Av Enferm.* [Internet]. 2018 [Consultado 2020 Abr 23]; 36(2): 188-96 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-188.pdf>
29. Barreto-Cardoso R, de Araujo-Pacheco ST, Pereira-Caldas C, Alfradique de Souza P, Pereira-Peres PL, Rodrigues-Nunes MD. Prática confortadora ao idoso hospitalizado à luz da bioética. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2019 Dec [Consultado 2020 Oct 1]; 27(4): 595-99 Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n4/en_1983-8042-bioet-27-04-0595.pdf
30. De Azevedo Ponte KM, Santiago-Bastos FE, García de Sousa J, Miranda-Fontenele MG, Cassimiro-Aragão O. Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service implications for the nursing profession. *Cuidado e Fundamental* [Internet]. 2019 Jul-Sepd[Consultado 2020 Oct 1]; 11(4): 925-30 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930>