



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Nursing care for women's physical comfort with Acute Myocardial Infarction: a research-care¹

Cuidados de enfermagem para conforto físico de mulheres com infarto agudo do miocárdio: uma pesquisa-cuidado

Los cuidados de enfermería para mujeres de confort físicos con infarto agudo de miocardio: una investigación-cuidado

Keila Maria de Azevedo Ponte², Lúcia de Fátima da Silva³

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical nursing care for the physical comfort of women with acute myocardial infarction, mediated by a research-care based on the Comfort Theory. **Method:** Research-care conducted with women with Acute Myocardial Infarction in the Heart Hospital in Sobral, Ceara, Brazil. It was performed four meetings with each woman, one at admission with six hours duration and the remaining at following days with four hours. Individual interviews, research journal and participant observation were used for gathering information and categorical thematic content analysis to organize them. **Results:** Clinical nursing care for physical comfort were: to relieve chest discomfort and clinical symptomatology; to implement general nursing care; to improve comfort in bed, sleep and rest; to fulfill hydration, nutrition and elimination basic needs; and to take care of the puncture site of the arterial device. **Conclusion:** Clinical nursing care contributed to physical comfort of women with heart attack.

Descriptors: Patient Comfort; Nursing care; Intensive care; Myocardial infarction; Women's health.

RESUMO

Objetivo: descrever os cuidados clínicos de enfermagem para o conforto físico de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio, mediado pela pesquisa-cuidado com base na Teoria do Conforto. **Metodologia:** pesquisa-cuidado realizada com mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio no Hospital do Coração de Sobral-Ceará-Brasil. Realizaram-se quatro encontros com cada mulher, sendo o primeiro na admissão com duração de seis horas e os demais de quatro horas nos dias seguintes. Para colher informações usou-se de entrevista individual, diário de campo e observação participante e, para organizá-las, optou-se pela análise temática categorial de conteúdo. **Resultados:** os cuidados clínicos de enfermagem para conforto físico foram: aliviar desconforto precordial e sintomatologias clínicas; implementar cuidados gerais de enfermagem; melhorar conforto no leito, sono e repouso; satisfazer necessidades básicas de hidratação, alimentação e eliminações; e cuidar do sítio de punção do dispositivo arterial. **Conclusão:** os cuidados clínicos de enfermagem contribuíram para conforto físico de mulheres com infarto.

Descritores: Cuidados de Conforto. Cuidados de Enfermagem. Infarto do Miocárdio. Saúde da mulher.

RESUMÉN

Objetivo: describir los cuidados de enfermería clínica para la comodidad física de las mujeres con infarto agudo de miocardio, mediada por el cuidado de la investigación basada en la comodidad Teoría. **Metodología:** el cuidado de investigaciones llevadas a cabo con las mujeres con infarto en Sobral, Ceará, Brasil. Para recopilar información utilizada para entrevistas individuales, diario de campo y observación participante, y para organizarlos, hemos optado por el análisis categórico contenido temático. **Resultados:** los cuidados de enfermería clínica para la comodidad física fueron: aliviar el malestar en el pecho y la sintomatología clínica; aplicar los cuidados generales; mejorar el confort en la cama, el sueño y el descanso; las necesidades básicas de hidratación, nutrición y eliminación; y cuidar de que el dispositivo de punción arterial sitio. **Conclusión:** los cuidados de enfermería clínica contribuyó a mujeres de solaz físicos con ataque al corazón.

Descriptor: Cuidado de la Comodidad. Cuidados de Enfermería. Cuidados Intensivos. Infarto de Miocardio. Salud de la Mujer.

¹Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada "Tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio", apresentada ao Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará em Fortaleza, em 2011.

²Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral-Ceará-Brasil. E-mail: keilinhaponte@hotmail.com

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta dos Cursos de Graduação e do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: lucia.fatima@uece.br

INTRODUÇÃO

O ato de cuidar e pesquisar no âmbito da enfermagem tem sido prática cada vez mais frequente, visto que durante a relação entre pessoa que cuida e ser cuidado é necessário conhecimentos e habilidades para o favorecimento do reestabelecimento da saúde, incluindo-o no contexto de cuidar, medidas de conforto para satisfação das necessidades físicas.

A implementação destas medidas de conforto é própria da assistência do enfermeiro por promover esperança, consolo, apoio, encorajamento, melhor interação enfermeiro-paciente, bem como possibilitar o estabelecimento de vínculo efetivo e confiança por parte da pessoa cuidada. Contudo, muitas vezes, tais medidas têm sido minimizadas frente às tecnologias duras presentes em ambientes de terapia intensiva⁽¹⁾.

É a partir deste panorama que se evidencia a necessidade de aprofundar a compreensão do ato de cuidar promovendo o conforto na perspectiva do exercício profissional do enfermeiro, já que se configura como essência da profissão.

Na Teoria do Conforto, o conforto é contemplado como resultado do cuidado de enfermagem, sendo uma experiência imediata e holística, que é reforçada por meio de satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, presentes em quatro contextos da experiência humana: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental⁽²⁾.

Assim, é válido destacar que “cuidado” e “conforto”, apesar de serem considerados a essência da enfermagem, são termos conceituais polissêmicos, pois nem todo cuidado prestado é por si e em si confortáveis ou confortantes, sendo fundamental saber, dos próprios pacientes, o que eles precisam para se sentirem confortáveis⁽³⁾.

Com vistas, portanto, ao estudo do conforto no âmbito da enfermagem, considera-se neste estudo o cuidado em mulheres com IAM na Unidade Coronariana (UCO). Nestas circunstâncias, a pessoa apresenta comprometimento geral do seu estado de saúde devido à mudança brusca ocorrida em sua vida.

Neste sentido, o cuidado de enfermagem na UCO requer vigília e atenção permanentes ao paciente e às suas diversas respostas orgânicas, por isto a necessidade de tecnologias para monitorização, pois eles fornecem informações sobre as variáveis fisiológicas do paciente crítico com exatidão e precisão adequadas, o que permite o acompanhamento e a tomada de decisões em tempo hábil⁽⁴⁾.

Diante do exposto, objetivou-se descrever os cuidados clínicos de enfermagem para promover conforto físico de mulheres com IAM na UCO, mediado pela pesquisa-cuidado e com base na Teoria do Conforto.

METODOLOGIA

Usou-se como base a Teoria do Conforto mediado pela pesquisa-cuidado. Para viabilizar uma pesquisa-cuidado, propõem-se o seguimento de cinco etapas

que se sucedem: aproximação com o objeto de estudo; encontro com o ser pesquisado-cuidado; estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado; afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado; e análise do apreendido⁽⁵⁾.

Aproximação com o objeto de estudo

A aproximação ao objeto estudo decorreu de vivências familiares das pesquisadoras com o adoecimento cardiovascular, bem como da experiência em UCO, pós graduação em Enfermagem Cardiovascular e produção científica na área. Também foi fundamental a configuração da revisão de literatura para auxiliar na delimitação do objeto de estudo.

Encontro com o ser pesquisado-cuidado

O encontro ocorreu na UCO e no pronto atendimento do Hospital do Coração de Sobral-Ceará-Brasil de abril a junho de 2011, com nove mulheres pesquisadas-cuidadas, maiores de 18 anos, com diagnóstico médico de primeira internação por IAM. Foram excluídas as que tiveram óbito na admissão e as admitidas entre meia noite e cinco horas da manhã. O estudo obedeceu aos preceitos éticos da pesquisa com humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com o número 10727050-3 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A primeira relação estabelecida entre pesquisadora-cuidadora e pesquisadas-cuidadas ocorreu logo na sua chegada ao hospital. O primeiro encontro durou em média seis horas. Os encontros subsequentes foram caracterizados pela permanência terapêutica diária da pesquisadora-cuidadora junto à pesquisada-cuidada, de pelo menos quatro horas seguidas, nos três dias seguidos ao da admissão da mulher no hospital.

As participantes foram avaliadas holisticamente, com vistas a identificar suas necessidades de conforto. Para o alcance desta meta, foram apreendidas, no discurso das participantes, as referidas necessidades, por meio de uma entrevista semiestruturada, a partir da seguinte questão norteadora: o que posso fazer para proporcionar-lhe conforto físico? Como meio de coletar informações para o estudo, usou-se observação participante, registro das vivências em um diário de campo e entrevista individual semiestruturada.

Estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado.

Efetivou-se conexão entre a coleta das informações, a Teoria do Conforto de Kolcaba e a prática do cuidado, tendo sido estabelecidas prioridades de cuidado para cada momento específico. Assim, o cuidado de enfermagem foi efetivado a partir do uso de cuidados clínicos de conforto voltados para as necessidades expressas por meio da comunicação verbal ou não verbal do ser-

cuidado, bem como da experiência e dos conhecimentos prévios da pesquisadora-cuidadora⁽⁵⁾.

Neste referido estudo foram usados o primeiro e o segundo momentos propostos pela Teoria do Conforto, quais sejam, o enfermeiro avalia o paciente, identifica as necessidades de conforto não satisfeitas a partir dos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, e, simultaneamente, implementa intervenções, ao tempo em que avalia a satisfação de conforto proporcionada por cada ação praticada. No segundo momento, as atividades que promovem conforto são intensificadas e o paciente é preparado, consciente ou inconscientemente, a desenvolver comportamentos que buscam pelo bem-estar, criando um modelo de atividades que promovam conforto⁽²⁾.

Resultados positivos e negativos foram avaliados entre a pesquisadora-cuidadora e o ser pesquisado, conforme registro em um formulário específico para esse fim. Desta maneira, as atividades positivas foram intensificadas, e as pesquisadas-cuidadas foram sendo continuamente estimuladas a participarem. Esse momento representou a maior parte do contato entre pesquisadora-cuidadora e pesquisada-cuidada, posto que correspondeu desde o primeiro encontro até a realização dos três outros subsequentes.

Afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado.

O afastamento foi preparado desde o primeiro contato com as pesquisadas-cuidadas, de modo que não foram geradas expectativas de continuidade dos cuidados a elas dirigidos para fins de pesquisa. Eram também informadas de que os cuidados continuariam sem nenhuma interferência após o término do estudo pelos profissionais de saúde da unidade.

Naquela ocasião, as pesquisadas-cuidadas expuseram sentimentos que se mantiveram velados nos outros encontros. Também demonstravam satisfação em ter participado da pesquisa, houve troca de elogios com demonstrações de carinho e afeto. Entretanto, percebeu-se a demonstração de tristeza pela separação.

Análise do apreendido

As informações procedentes das entrevistas semiestruturadas foram organizadas com base na análise temática categorial de conteúdo por enunciação. As temáticas categoriais apreendidas foram associadas às medidas de conforto físico, preconizadas pela Teoria do Conforto de Kolcaba.

Para alcançar a enunciação de sentidos nos discursos da pesquisadas-cuidadas foi, inicialmente, realizada leitura flutuante do material transcrito, seguida de pré-análise, até a constituição do *corpus* de análise. Em seguida, procedeu-se à exploração do material a partir de recortes de frases, e formulação de categorias emergentes e significativas. Todo o material foi, então, como anunciado, interpretado com base na literatura pertinente e à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba.

RESULTADOS

Os cuidados clínicos de enfermagem com vistas a proporcionar conforto físico das mulheres com IAM foram organizadas em cinco categorias:

Controlar e aliviar desconforto precordial e sintomatologias clínicas

O desconforto mais presente referido por todas as pesquisadas-cuidadas foi a dor precordial, a qual esteve presente desde a admissão e representou a causa principal de busca por atendimento de cuidados em saúde. Nas primeiras seis horas de cada contato, ao abordar a questão norteadora, todas elas queixaram-se da precordialgia: “Parar essa dor, o que mais me incomoda é isso [...] é insuportável. Meu Deus, meu Deus, me ajude [...] essa dor no peito que não passa”. (PC1)

Foram administrados medicamentos prescritos para alívio da precordialgia, realizada terapia simples de relaxamento, como instrumento de distração foi conversado sobre outros assuntos de interesse das pesquisadas, melhora do sistema de apoio por meio da permanência ao lado das pesquisadas-cuidadas, e orientações quanto ao processo de adoecimento e exames necessários, sugerindo que permanecessem tranquilas.

Outras queixas algícas causas de desconforto foram câimbras, cefaleia com dificuldades de conciliar o sono e dor incisional devido drenagem de derrame pericárdico em uma participante. Manifestações de instabilidade hemodinâmica também estiveram presentes. Uma participante apresentou taquicardia e em sua fala destacou: “Eu fico é assim, pu-pu-pum, parece que o coração tá alterado [...]”. (PC4).

Outra apresentou náuseas, pele fria e hipocorada, hipotensão, hipoatividade, bradicardia com frequência cardíaca irregular, resposta lenta aos comandos verbais, além de ansiedade. Houve então controle da pressão arterial, favorecimento de ambiente propício para repouso e ajuste de uma posição de conforto. Elas foram monitorizadas, receberam oxigenoterapia e administração de medicamentos e fluidos endovenosos, foram orientadas sobre o que acontecia, solicitava a manter a calma e eram informadas que teriam sempre quem lhes ajudasse, assegurando que tudo sairia bem.

Outro fator de desconforto foi à sensação de náusea e presença de vômito, cujos fatores preponderantes pareciam alívio para o seu conforto na hospitalização. Esclarecia-lhes a justificativa daquelas ocorrências e o uso da medicação antiemética, solicitava que aguardassem a ação do medicamento.

Implementar cuidados gerais de enfermagem.

Dentre os cuidados de enfermagem implementados para conforto físico, considerados como gerais, foram os relacionados ao manuseio dos equipamentos, à higiene, administração de medicamentos e outros procedimentos de preparo.

Todas as pesquisadas-cuidadas estavam sob monitorização contínua de frequência cardíaca,

pressão arterial e oxigenação periférica. Por vezes, o manuseio do leito destas pessoas acarreta emissão de alarmes dos aparelhos, causando desconforto e medo. Nestas circunstâncias, coube à pesquisadora-cuidadora explicar a relevância dos equipamentos presentes para o cuidado das pessoas internadas naquele ambiente. As pesquisadas-cuidadas 3 e 9 mantiveram oxigenoterapia por máscara de Venturi que pareceu causar-lhes incômodo. Nestas circunstâncias, foi-lhes explicado a importância da manutenção da máscara e procurada acomodação adequada para o posicionamento facial confortável.

Para todas as pacientes, foi necessário realizar tricotomia pubiana como um preparo para angiografia. Isto porque o procedimento era feito por inserção de um cateter intra-arterial, em posição femoral direita. Como se trata de um procedimento que expõe a genitália, considerando as questões culturais relativas ao pudor feminino para exposição de sua região íntima, este procedimento se acompanha de constrangimento mútuo entre quem cuida e quem é cuidado. Por isto, coube à pesquisadora-cuidadora orientar sobre a necessidade da realização da tricotomia, garantir exposição mínima necessária para sua realização e manter a privacidade possível para a paciente.

Outro cuidado realizado, sempre que houve necessidade, foi a punção venosa periférica, que, geralmente, envolve necessidade de antisepsia e dor provocada pela punção. Nestas circunstâncias, houve necessidade de orientações acerca do procedimento e da aposição do curativo estético como meio de propiciar conforto à pesquisada-cuidada.

Nos segundos encontros, houve oportunidade de realizar o banho no leito. Vale destacar a importância do diálogo durante este procedimento, principalmente voltando-se para identificação dos desejos da paciente acerca do banho. Nos terceiros encontros as pesquisadas-cuidadas referiram melhora clínica e realização de atividades de vida diária. Observou-se que a saída do leito e o banho no chuveiro foram confortantes para elas e devem ser práticas estimuladas o mais precocemente possível.

Realizar cuidados para melhorar conforto no leito, sono e repouso.

Outro desconforto físico foi o incômodo pelo posicionamento no leito, em especial quando na maca, aguardando transferência para UCO. Tal desconforto era percebido pela pesquisadora-cuidadora e/ou verbalizado pela pesquisada-cuidada. Elas viravam de um lado para o outro enquanto gemiam. Quando esta situação era identificada, orientavam-se medidas de relaxamento, ajudava-as a procurar posicionamento mais confortável, fazia-se massagem no dorso, orientava a respiração profunda e fechamento dos olhos e, tentava-se transferência para uma cama berço, o que certamente lhes causaria mais conforto.

Já na cama berço, houve relatos de ter considerado a cama confortável, inclusive afirmou já saber manuseá-la: “A cama é uma benção, toda computadorizada, já aprendi até a mexer”. (PC2). A própria pesquisadora-cuidadora havia ensinado

acerca do manuseio dos controles da cama. Esta paciente encontrava-se ainda utilizando um colchão tipo piramidal. Diante desta situação, foi possível apreender, pelo relato, a percepção de conforto na cama.

A dorsoalgia foi outra manifestação física que justificava o desconforto no leito, presente em todas as mulheres estudadas. Este sintoma foi percebido, em especial, após a realização do procedimento hemodinâmico, o qual exigia que as mulheres mantivessem seu membro inferior afetado imóvel, em posição dorsal, até a retirada do dispositivo intra-arterial. Essas manifestações foram percebidas em suas falas: “Estou com dor nas costas [...] estou cansada dessa posição”. (PC8); “Essa posição é ruim porque ela é ruim mesmo [...]”. (PC4).

Nestas circunstâncias, a pesquisadora-cuidadora as colocava em decúbito lateral esquerdo por pelo menos dez minutos (o dispositivo estava posicionado no lado oposto). Durante este tempo, a pesquisadora-cuidadora mantinha-se ao lado, a fim de, precocemente, identificar qualquer intercorrência. Decorrido tempo, novamente às posicionava em decúbito dorsal.

A pesquisadora-cuidadora aproveitava a oportunidade de mudar o decúbito para ressaltar a necessidade de repouso, informando-as para não alternarem o decúbito sozinhas; realizava massagens no dorso e região sacral para ativar circulação e promover contato direto como modo de estreitar laços de confiança, fortalecendo a relação entre si e proporcionando conforto.

A necessidade de sono e repouso no leito, principalmente após a realização do procedimento hemodinâmico e estabilização do quadro clínico na UCO, esteve presente. Logo, a equipe de enfermagem deve facilitar a manutenção do repouso recomendado, evitando manuseios desnecessários com a paciente, salvo se houver necessidade de alguma intervenção diagnóstica e/ou terapêutica.

Alguns fatores interferiram no repouso e causaram desconforto das pesquisadas-cuidadas como ansiedade pela presença da família, os ruídos do ambiente, realização de algum procedimento e a própria falta de sono: “Não consigo dormir [...] tem muitas conversas”. (PC5); “[...] mas também estou sem sono [...] ver se minha filha está aí”. (PC4)

Por ocasião do cuidado prestado às pesquisadas-cuidadas relacionado ao sono, a pesquisadora-cuidadora permanecia ao seu lado, acompanhando a evolução clínica e o ambiente, como modo de manter seu conforto. Os cuidados ambientais se dirigiam a diminuir intensidade das luzes e manter redução de ruídos desnecessários ao seu redor.

Satisfazer as necessidades básicas de hidratação, alimentação e eliminações.

Ao considerar as necessidades básicas como requisitos humanos necessários à manutenção da vida, neste estudo, evidenciaram-se manifestações de hidratação, alimentação e eliminações como fatores necessários à manutenção de conforto de mulheres infartadas.

A manifestação de sede apresentou-se como necessidade de conforto principalmente após a realização do procedimento hemodinâmico. Para satisfazer esta necessidade, perguntou-se sobre a preferência quanto à temperatura da água desejada e, nos casos em que havia restrição da ingesta hídrica, foi-lhe explicado e orientado quanto aos motivos pela referida restrição. Ao oferecer a água, elas eram ensinadas a manter lábios e língua umedecidos, como meio de reduzir a sensação de sede. Discursos de verbalizar sede era presente: “Tenho sede, estou com a boca sequinha”. (PC4)

No que se refere à alimentação, o uso contínuo de prótese dentária apresentou-se como conforto para as mulheres que dela necessitavam. Em geral, na admissão da paciente em UCO, são retirados e entregues aos familiares todos os pertences, inclusive, a prótese dentária. Entretanto, entre as participantes deste estudo, observou-se a solicitação delas para não entregar. A pesquisadora-cuidadora favorecia o uso deste artefato desde que não houvesse limitação relacionada à condição clínica. Quando havia risco de maior gravidade que pudesse complicar com aspiração da prótese, a mulher era orientada a manter-se sem ela, com a garantia e a certeza do uso quando sua condição clínica permitisse.

Como sensação de desconforto, queixas de fome também foram apresentadas pelas mulheres do estudo. Nestas circunstâncias, foram orientadas quanto aos horários da presença de copeiras na unidade. Estas tinham horários fixos para fornecer alimentos à unidade, distribuídos em seis refeições diárias.

Outra queixa referida pelas pesquisadas-cuidadas, em especial nos primeiros momentos, foi relativa à eliminação urinária: “Estou com vontade de urinar, a menina (auxiliar de enfermagem) já colocou e não consegui [...]”. (PC4)

Nestas situações, elas eram orientadas acerca da manutenção do repouso no leito que as impedia de levantar-se para urinar; havia necessidade de adaptação ao uso da aparelheira; orientação quanto ao seu posicionamento; e importância da mensuração do débito urinário, com vistas a avaliar a eliminação do contraste radioativo, utilizado por via endovenosa e necessário para procedimento hemodinâmico.

A aparelheira era entregue sempre que solicitada. A pesquisadora-cuidadora explicava que elas permanecessem tranquilas e sem pressa; as deixava sozinhas enquanto urinavam, como meio de preservar sua intimidade; e as orientava a comunicar qualquer desconforto, bem como quando terminassem a eliminação. Em alguns casos, houve necessidade de utilizar meios físicos (compressas umedecidas frias na região suprapúbica) para facilitar a eliminação do débito urinário.

Foi possível também presenciar relatos de satisfação fornecidos aos seus familiares: “Minha filha aqui tem tudo, comida, banho, as pessoas são de Deus, eu almocei foi muito hoje, pedi uma sopa de frango e veio bem grossinha [...]”. (PC3).

Destaca-se, no último dia de encontro, que em geral, elas sentiam-se melhor quanto à satisfação de

suas necessidades básicas, neste caso de alimentação.

Cuidar diferenciado no sítio de punção arterial femoral e retirada do dispositivo intra-arterial

Todo procedimento foi previamente esclarecido: retirada do curativo, antisepsia local, retirada do dispositivo e aposição de curativo oclusivo e compressivo por aproximadamente seis horas. Foi-lhe informado ainda que haveria necessidade de repouso absoluto no leito por pelo menos seis horas, restrições de movimentos no membro inferior correspondente, necessidade de uso venoso de solução anticoagulante (Heparina de baixo peso molecular), e da necessidade de punções regulares a cada seis horas para controle do tempo de atividade de tromboplastina.

Durante a retirada do dispositivo intra-arterial das participantes do estudo, elas eram orientadas a respirar profundamente e expirar, pela boca três vezes enquanto ocorria a retirada. Trata-se de uma forma de abstrair a atenção da pessoa do foco que neste caso é o procedimento; ao se concentrar nos movimentos respiratórios a paciente desvia sua atenção da dor. Trata-se de uma tecnologia advinda da prática clínica da pesquisada-cuidada. Ao final da primeira expiração, o dispositivo era retirado e a pessoa era requisitada a proceder a mais duas incursões respiratórias profundas. Ao final do terceiro movimento completo de respiração, o paciente era informado de que a retirada da bainha foi concluída. Deste modo, em geral, os pacientes se admiram e parecem que sentiram menos dor. Decorrido tempo necessário, foi feito curativo oclusivo e compressivo com fita adesiva tipo micropore para proteção da pele sobreposta com fita tipo esparadrapo.

Ao final do procedimento, a pesquisadora-cuidadora solicitava que a própria paciente palpasse sua região inguinal, ensinando-lhe que comunicasse qualquer manifestação de enrijecimentos dos tecidos adjacentes, umidade ou dor a um profissional do setor.

Queixas de desconforto também se relacionavam à manutenção do curativo compressivo após a retirada do dispositivo intra-arterial. Assim, a compressão era aliviada sob rigorosa observação. Esta intervenção proporcionava conforto: “Agora está melhor, pois apertado do jeito que era, estava ruim”. (PC1).

DISCUSSÃO

A literatura voltada para a promoção do conforto evidencia de modo reducionista como sendo as ações voltadas para higienização, posicionamento do cliente no leito, manutenção da integridade corporal, sono e repouso⁽⁶⁾. Neste sentido, há também de ser considerada toda e qualquer manifestação de necessidade de conforto apresentada pelo paciente.

A dor é o fator de desconforto mais frequente de modo que o seu alívio proporciona conforto, esta afeta tanto o aspecto físico como o emocional e interfere inclusive na alimentação, deambulação e no

viver confortável^(2,7). Este sintoma de maneira geral tem sido discutido na comunidade científica, e merece análise pela perspectiva antropológica do gênero, posto que possa sofrer interferências socioculturais, determinando diversos significados, meios de tolerância e de enfrentamento entre os gêneros humanos. Entretanto, em estudo que avaliou a dor entre os gêneros, não ocorreu diferenças entre a resistência à dor pelo sexo feminino e masculino. Contudo, na percepção das mulheres a dor foi mais tolerada, pois elas usavam artifícios como gemer para tentar aliviá-la⁽⁸⁾.

A manutenção do sono e repouso, também são fatores determinantes para o conforto. O conhecimento da qualidade do sono das pessoas cuidadas é importante para o planejamento de ações capazes de atender a esta demanda, haja vista que estes fatores interferem na saúde física e cognitiva com repercussões na qualidade de vida⁽⁹⁾.

O profissional de saúde deve avaliar as condições de sono e repouso do paciente já na admissão em terapia intensiva, pois auxilia no planejamento de cuidados integrais, deste modo, o enfermeiro realiza intervenções voltadas para a melhoria da qualidade e quantidade do sono, buscando assistência mais humanizada⁽¹⁰⁾.

Portanto, favorecer sono e repouso é essencial para as pessoas que foram acometidas por IAM, posto que muitas vezes além da presença de dor, chegam ao hospital após longas viagens, em especial, oriundas das cidades interioranas. Ademais, elas apresentam crises dolorosas, realizam procedimentos invasivos dentre outros fatores de estresse. Com isto, o corpo necessita de descanso e a Enfermagem deve estar alerta quanto a esta necessidade, decidindo quando vale ou não interromper o sono que a pessoa possa ter conciliado.

A sensação de conforto por mulheres com IAM envolve cuidados básicos e avançados de enfermagem, e, é essencial estabelecer vínculo, diálogo e confiança durante o cuidado para possibilitar a identificação das necessidades individuais de conforto e, logo, a implementação dos cuidados⁽¹¹⁾.

As medidas de conforto são relevantes para o restabelecimento da saúde do paciente, pois é por meio destas que o enfermeiro e sua equipe promovem interação, vínculo efetivo, confiança, esperança, consolo, apoio, encorajamento e cuidado de qualidade⁽¹⁾. Torna-se importante que os profissionais de unidade de terapia intensiva tenham uma capacitação técnica e preparo emocional com vistas à promoção do conforto que demanda a interdisciplinaridade da ação, um trabalho em equipe integrado e assentado em uma filosofia humanística no qual o enfermeiro tem importante papel a desempenhar⁽¹²⁾.

Por isso, a importância da realização de pesquisas qualitativas, para possibilitar o aprofundamento da compreensão das pessoas cuidadas, fornecendo a oportunidade de interpretar as manifestações de conforto físico.

CONCLUSÃO

Como este estudo proporcionou aproximação entre pesquisadora-cuidadora e pesquisadas-cuidadas, tal como propõe o método pesquisa-cuidado, percebeu-se que as pesquisadas-cuidadas mostraram-se gratas diante da implementação de qualquer cuidado clínico oferecido, das mais simples as mais complexas como: oferecer água, fornecer um lençol, esclarecer uma dúvida, ou simplesmente conversar.

Nesta perspectiva, é significativa a realização de pesquisas que envolvam relevância do cuidado clínico de enfermagem, mediado por tecnologias do cuidar, buscando por inovações que fortaleçam a prática e a profissão como meio para seu reconhecimento como ciência da saúde, com forte interface com as ciências humanas com foco para o bem-estar de saúde dos seres cuidados.

Algumas limitações deste estudo foram à impossibilidade de realização de alguns cuidados diante das rotinas e/ou dos protocolos estabelecidos na UCO e a não permanência constante da pesquisadora junto às participantes. Contudo, acredita-se no benefício da pesquisa para as mulheres deste estudo, posto que suas necessidades de conforto físico foram satisfeitas.

Portanto, esta pesquisa é de grande valia, uma vez que é extensiva a toda a comunidade hospitalar, inclusive aos gestores, pois, sabe-se que para a implementação do cuidado clínico no ambiente hospitalar, faz-se necessário o rompimento de paradigmas por meio da aplicabilidade de novas tecnologias, com vistas a serem obtidos cuidados de enfermagem inovadores e eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Rev Bras Enferm. [internet] 2013; 66(2). [acesso em 04 out 2014]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>
2. Kolcaba K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer publishing company; 2003.
3. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo MNA, Tonini T. Conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem. Cogitare enferm. [internet] 2011; 16(2). [acesso em 12 nov 2012]. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/artic/e/viewFile/17093/14220>
4. Aguiar DF, Stipp MAC, Leite JL, Mattos VZ, Andrade KBS. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. Aquichan. [internet] 2010; 10(2). [acesso em 20 mai 2012]. Disponível: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000200003.

5. Neves EP, Zagonel IPS. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. *Cogitare Enferm.* [internet] 2006; 11(1). [acesso em 25 set 2010]. Disponível:
<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5980/4280>

6. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA. Environment and technology: a reflection about care and comfort provided by nursery in hospitalar. *R pesq cuid fundam Online.* [internet] 2010; 2(2). [acesso em 08 out 2010]. Disponível:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/313/pdf_23

7. Rosa LM, Mercês NNA, Santos VEP, Radünz V. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. *Rev Enferm UERJ.* [internet] 2008; 16(3). [acesso em 08 out 2010]. Disponível:
<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a19.pdf>

8. Mussi FC, Pereira A. Tolerância à dor no infarto do miocárdio: análise na perspectiva de gênero. *Acta Paul Enferm.* [internet] 2010 23(1). [acesso em 12 jan 2011]. Disponível:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/13.pdf>

9. Mansano-Schlosser TC, Santos AA, Camargo-Rossignolo SO, Freitas DCCV, Lorenz VR, Ceolim MF. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2014; 67(4). [acesso em 27 out 2015]. Disponível:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0610.pdf>

10. Bordinhão RC, Almeida MA. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. *Rev Gaúcha Enferm.* [internet] 2012 33(2). [acesso em 23 nov 2014]. Disponível:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200018

11. Ponte KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Esc Anna Nery.* [internet] 2012; 16(4). [acesso em 04 fev 2013]. Disponível:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400004

12. Gibaut MAM, Hori LMR, Freitas KS, Mussi FC. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. *Rev Esc Enferm USP.* [internet] 2013; 47(5). [acesso em 30 set 2015]. Disponível:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501114

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2017/06/21

Accepted: 2017/11/12

Publishing: 2017/12/01

Corresponding Address

Keila Maria de Azevedo Ponte

Endereço: Rua: Osvaldo Rangel 313, Alto do Cristo, Sobral-Ceará-Brasil. CEP: 62 020-495

Tel.: (88) 36131462; (88) 99281268

Endereço eletrônico: keilinhaponte@hotmail.com