

---

## Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto

Célia Simão de Oliveira, Enfermeira, Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Manuel José Lopes, Enfermeiro, Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutor em Enfermagem, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Évora.

*Apresenta-se uma revisão dos conceitos confiança e confiar, e uma reflexão sobre o papel destes no trabalho de confortar do enfermeiro, face ao cliente adulto ou idoso hospitalizado.*

*A literatura de enfermagem afirma a confiança como um pré requisito para confortar e para a experiência de conforto pelo cliente. Para além de sustentar esta afirmação, questiona-se se esta é a única associação possível entre estes conceitos: Será a experiência de confiar, em si mesma, confortadora? Será o confortar um meio para construir uma relação de confiança entre enfermeiro e cliente?*

*Construiu-se uma reflexão que procurou cruzar dimensões da teoria e da prática de cuidar sobre estes conceitos. Sustentam-se três asserções: a confiança é necessária ao confortar e à experiência de conforto; o cuidado de conforto poderá alimentar a construção de laços de confiança; e poder confiar no enfermeiro que consistentemente procura confortar, poderá ser, em si mesmo, confortador.*

**Palavras-chave:** confiança; confortar; enfermagem; relação enfermeiro-cliente.

*This paper presents a review of trust and trusting concepts, and a reflection on their role on nurse's comfort work, with adult or elderly inpatient.*

*The nursing literature presents trust as a prerequisite for comforting and for client experience of comfort. In addition to support this assertion, the question is if this is the only one possible association between these concepts: Is the experience of trust, in itself, a comforting one? Will be the comfort work a way to construct a trusting relationship between nurse and client?*

*We built a reflection that tries to cross dimensions of theory and practice of care in relation to these concepts. Three assertions are held: trust is needed in order to comfort and for the comfort experience; comforting care can nurture the creation of trust; and being able to trust the nurse, who is consistently seeking to comfort may be, in itself, a comforting experience.*

**Keywords:** trust; comfort; comforting; nursing nurse-patient relationship.

## INTRODUÇÃO

Na literatura de enfermagem, a confiança é geralmente considerada, uma condição para o desenvolvimento da relação do cuidar, sendo o conforto (e/ou o bem-estar) do cliente, frequentemente, mencionado como resultado desejado dessa mesma relação. Por vezes, confiança e conforto são directamente associados numa relação de antecedente-consequente (Morse, 2000; Watson, 2002; Lowe & Cutcliff, 2005), sendo que outras relações entre tais conceitos parecem não estar estabelecidas.

Aceitando o consenso sobre a necessidade da enfermeira construir uma relação de confiança com o seu cliente, a fim de facilitar o sucesso dessa relação e obter resultados terapêuticos, questionamos, contudo: (a) Como pode o profissional de enfermagem criar laços de confiança na relação de cuidar? (b) Será a experiência de confiar, em si mesma, confortadora? (c) Será que o trabalho de confortar e a própria experiência de conforto, desempenham algum papel na edificação da confiança?

Quanto ao modo da enfermeira construir laços de confiança, existem várias respostas. Para Sellman (2006) a resposta passa por a enfermeira cultivar a disposição (atenção e sensibilidade para o valor atribuído pelos indivíduos aos bens que confiam à enfermeira) para ser fidedigna e desenvolver competência no desempenho das tarefas; para Hupcey, Penrod & Morse (2000), a resposta compreende que a enfermeira satisfaça as expectativas do cliente. Para os presentes autores, a resposta sugerida passa pela atenção da enfermeira à promoção do conforto do cliente.

Alicerçados numa revisão dos conceitos de confiança e confiar e mobilizando achados de investigação dos autores sobre estes conceitos e ainda sobre o confortar e o conforto, procuraremos não só sublinhar a natureza condicional da confiança face ao confortar e ao conforto, mas também sugerir e alicerçar a associação inversa, procurando fundamentar um relacionamento circular entre aqueles conceitos.

## A RELAÇÃO DE CUIDAR E A CONFIANÇA

Começamos por nos situar na relação do cuidar, "enquanto uma união com outra pessoa (...) assente na preocupação pela dignidade e preservação da humanidade (Watson, 2002: 111), ou enquanto encontro e acompanhamento da pessoa cuidadora com a pessoa cuidada. Este encontro e acompanhamento ocorrem numa perspectiva de tomar cuidado de, ou dar atenção particular à pessoa, no sentido da a ajudar e de contribuir para o seu bem-estar e saúde (Hesbeen, 1999). Trata-se duma relação intersubjectiva em que a enfermeira está comprometida e preocupada com o bem-estar e desenvolvimento da pessoa cuidada.

Pela sua natureza intersubjectiva, a relação de cuidar privilegia o envolvimento e a participação plena das pessoas intervenientes (enfermeira e cliente) na construção mútua de cada momento de cuidar, de modo a alcançar "a protecção e a preservação da humanidade da pessoa, ajudando a restaurar a harmonia interior e o potencial de restabelecimento" (Watson 2002: 104).

Subscrevendo tal finalidade para a enfermagem, Sellman (2006) propõe, como modo de ajudar o desenvolvimento das pessoas com vulnerabilidade acrescida, que a enfermeira promova em si disposições ou inclinações que encorajem o florescimento humano, concretamente a fidedignidade [a qualidade de quem é merecedor de confiança]. Por outras palavras, Sellman (2006) diz-nos que

*se a enfermagem envolve mais do que mera execução de tarefas então parece que a confiança é uma componente essencial da prática de enfermagem. Como tal, a enfermeira deve escolher ser fidedigna perante o doente porque (...) ser fidedigna, como enfermeira, na perspectiva do doente, é um elemento necessário da prática de cada enfermeira (Ib.: 109, 114).*

A fidedignidade da enfermeira pode ainda ser considerada como uma obrigação moral (Tarlier, 2004) ou como uma resposta ética face à vulnerabilidade do cliente e à confiança por ele depositada na enfermeira (Baier cit. Peter & Morgan, 2001).

É exactamente pela natureza intersubjectiva desta relação, na qual o "processo real de cuidar envolve acção e escolha por parte do enfermeiro e do indivíduo" (Watson, 2002: 105), que a confiança parece jogar um papel decisivo na construção das intervenções e na obtenção de resultados. Isto

deve-se ao facto da confiança ser um fundamento para as relações em cuidados de saúde (Reave, 2002), parecendo ser mesmo “(...) o factor major para a aceitação do tratamento pelo doente” (Semmes, 1991 cit. Johns, 1996: 77). Afinal, o modo como estamos numa relação, como agimos e escolhemos, depende de como percebemos o outro que está perante nós – nomeadamente quanto à sua fidedignidade – até porque esse outro tem sempre a possibilidade de nos ferir ou decepcionar.

Por maioria de razão, quando existe desequilíbrio da saúde/doença e hospitalização, a vulnerabilidade da pessoa está acrescida, o que implica maior necessidade de ajuda para cuidar de bens essenciais que, normalmente, são pessoalmente cuidados por cada um de forma independente. Este contexto “(...) reforça a importância das enfermeiras se mostrarem dignas de confiança, precisamente por causa da relação íntima entre vulnerabilidade e confiança” (Sellman, 2007: 31). Nesta relação estão em risco os bens que o cliente não pode por si só cuidar e para cujo cuidado carece de ajuda, frequentemente: o conforto, a saúde ou mesmo a vida.

Neste quadro, o cliente confia na enfermeira quando acredita que ela tem boa vontade para consigo e que cuidará dos bens que ele não consegue cuidar si próprio (Ib.) Aqui, a boa vontade poderá ser sinónimo de benevolência, enquanto “desejo orientado para o outro e para cuidar da protecção do outro” (Hudson, 2004: 82). Assim, é fidedigna a enfermeira que parece ser capaz de cuidar de algo que é valorizado como um bem pelo cliente e que, para além da boa vontade, é considerada por ele, competente para tal.

Mas, sob que condições se constrói a confiança e com que previsíveis resultados?

Conceptualmente, a confiança pode ser definida como um estado – ter confiança ou estar confiante – “uma atitude delimitada no tempo e espaço pela qual uma pessoa com segurança, conta com alguém ou alguma coisa, e [que se] caracteriza pela sua fragilidade” (Meize-Grochowski, 1984: 567), ou uma disposição para depender das acções de outra pessoa na satisfação duma necessidade que não pode ser satisfeita sem a assistência de outrem (...) (Hupcey, Penrod & Morse, 2000; Hupcey, et al, 2001). Para que a confiança se alicerce é necessária a confluência de alguns requisitos (antecedentes): a associação passada com a pessoa; a experiência positiva com a mesma nessa associação tendo existido aí o elemento de risco; o comportamento ou acção consistente da pessoa (Meize-Grochowski, 1984) e a existência duma necessidade que não pode ser satisfeita sem a ajuda de outrem (Hupcey et al, 2001).

Para além da já referida boa vontade da enfermeira para com o cliente, as características definidoras da confiança são, entre outras: o ser uma atitude, um relacionamento, contar com segurança com alguém ou alguma coisa, ser frágil, transitória e específica no tempo e espaço (Meize-Grochowski, 1984; Johns, 1996). São também atributos da confiança, entre outros: “a dependência da(s) pessoa(a) confiada(s) para a satisfação duma necessidade, a decisão ou disposição para se colocar em risco, a expectativa dum certo comportamento do confiado, focalização ao comportamento relacionado com aquela necessidade, e teste à fidedignidade da pessoa” (Hupcey et al, 2001: 290).

Quanto às suas consequências, somos reportados para um conjunto de resultados que podemos sintetizar na ideia de retro alimentação da confiança, reforço da relação estabelecida com ampliação dos resultados da mesma, ou seja, com a transformação da relação interpessoal numa relação terapêutica, com partilha de sentimentos, abertura e honestidade entre as duas pessoas (Meize-Grochowski, 1984).

Porém, para além do conceito de confiança como estado, esta pode ser perspectivada como o processo de confiar – de entregar algo com segurança ao cuidado, ao carácter íntegro de alguém – o que segundo Johns (1996) constitui um processo que se desenvolve em quatro estágios: assimilação de informação, tomada de decisão, relacionamento de confiança e consequências de confiar.

Ao longo do primeiro e segundo estágios (antecedentes de confiança/confiar), ocorrem as percepções do cliente sobre a competência, a segurança, o risco e o potencial benefício em confiar na enfermeira o que pressupõe ter com esta uma experiência prévia relevante. Se forem antecipados resultados potencialmente benéficos e o cliente perceber a enfermeira como fidedigna (Johns, 1996), então decide-se por entrar num relacionamento de confiança.

No terceiro estágio este processo de confiar apresenta vários atributos, entre os quais o de ser um processo dinâmico, evolutivo e com variação de níveis. As suas consequências (quarto estágio)

são a realização de benefícios esperados, resultados não antecipados e níveis variáveis ou estáveis de confiança e ainda aquilo que identifica como a retro alimentação do processo (Johns, 1996).

Por tudo o que ficou dito, parece ser da maior relevância demonstrar ao nosso cliente que temos para com ele boa vontade e competência para que possa confiar em nós, no nosso cuidar. E como mostrar-lhe que temos para com ele boa vontade? Tornando-a evidente para ele, mostrando empenhamento para com os bens que valoriza, mostrando vontade de concretizar o seu bem: identificando-se e interessando-se por aquilo que, a cada momento, é importante, inquietante, faz sofrer ou desconforta o cliente. Será afinal uma demonstração da perspectiva cuidadora da enfermeira, um alicerce para a confiança na relação de cuidar (Hesbeen, 1999) e um requisito para confortar.

Em relação aos bens valorizados, e como estes variam de pessoa para pessoa, a enfermeira tem que ser sensível para perceber o que está em questão e quanto isso importa para a pessoa em cada situação de cuidar. Contudo, relativamente ao conforto, pensamos não se colocarem muitas dúvidas quanto ao elevado valor que terá para o cliente, ainda para mais desejado e valorizado quando doente e hospitalizado. Como refere Sellman, “sendo, ou desejando tornar-se, fidedigna, cada enfermeira pode contribuir para o bem-estar dos doentes precisamente porque tal contribuição aumenta o clima de confiança, e é num clima geral de confiança que o potencial para o desenvolvimento humano é aumentado” (Sellman, 2006:114).

Atentemos agora para o conceito confortar, clarificando o seu potencial para a construção da confiança.

## O CONFORTAR NA RELAÇÃO DO CUIDAR

O conforto esteve sempre associado ao cuidado de enfermagem como algo importante e desejado (Nightingale: 2005/1859). Em particular, o confortar, através da interacção enfermeira-doente, é para Morse e colaboradores o conceito central na enfermagem, é contingente, concreto e por isso importante para a pessoa (Morse, Havens & Wilson, 1997). O confortar é uma forma de concretizar o cuidado, sendo que o cuidar é da ordem da intenção e do ideal moral a atingir.

É hoje do conhecimento disciplinar que o confortar é um processo bem mais abrangente do que a mera realização de alguns procedimentos supostamente confortadores, nomeadamente, quando o confortar é definido como um processo que constitui “uma parte integral do cuidado de enfermagem, [que] é promovido em resposta às exigências de stress do doente” (Morse, 2000: 35), ou quando o confortar é perspectivado como um processo de cuidados que visa contribuir para o conforto holístico do doente (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Steiner, 2000; Kolcaba; 2003). O processo de confortar, porque dirigido à globalidade e unicidade da pessoa, é experimentado como um trabalho individualizado, mediante a atenção ao que é mais significativo para ela (Oliveira, 2008); é de natureza dinâmica, inacabada, pro-activa e complexa. É um processo de cuidar inevitavelmente contextualizado pelo encontro pessoa-a-pessoa, em que a enfermeira empenhada em ajudar a melhorar o nível de conforto do cliente, não se poupa a sucessivas tentativas na busca das intervenções, por vezes alternativas que confortem aquele cliente (Oliveira, 2008).

O confortar recria assim as condições antecedentes da confiança: agir em favor do conforto do cliente, como vimos, implica afinal, detectar e interessar-se por algo que o incomoda, ou faz sofrer. Para além disto, esta atenção proporciona uma referência ao cliente da ajuda que poderá encontrar na enfermeira (Hesbeen, 1999).

Graças à evolução do conhecimento nos âmbitos do confortar e do conforto, é possível afirmar que “hoje em dia, confortar não é mais uma actividade de acalmar, de ajeitar almofadas e aquecer com cobertores (...)” (Morse, 2000: 34). Muito além disto, confortar é hoje entendido como “um processo, que não só trata desconfortos mas também fortalece o doente em ordem a mover-se em direcção ao seu auto conceito de saúde e objectivos e comportamentos para a recuperação” (Siefert, 2002: 22).

Após termos enunciado os conceitos de confiança e confortar, vamos responder à tese inicial sobre outras associações presentes nestes dois conceitos.

## CONSTRUINDO LAÇOS DE CONFIANÇA: PROMOVENDO O CONFORTO

Retomando as questões iniciais sobre a confiança e o confortar, e mobilizando os conceitos apresentados, iremos procurar sustentar a tese defendida por vários autores de que a confiança é indispensável ao conforto e ao confortar. Todavia procuraremos ir além e demonstrar outras associações entre estes conceitos: a confiança como instrumento confortador e o trabalho de confortar como nutridor da confiança.

### A confiança é condição necessária ao confortar

Os conceitos de confiança, confiar e fidedignidade, e os de confortar e conforto, surgem articulados na literatura numa lógica de antecedente-consequente “para promover o conforto o enfermeiro tem que inspirar confiança” (Watson, 2002: 129).

A literatura de enfermagem sobre o confortar fala-nos da importância de estar presente ao cliente e de pro-activamente demonstrar estar disponível para ele a fim de confortá-lo (Bottorff, 1997; Oliveira, 2005). Contudo, a presença da enfermeira ao cliente é condição necessária para a existência duma experiência prévia entre ambos. E sendo essa uma presença para oferecer ajuda e demonstrar disponibilidade, podemos supor que essa experiência, é uma experiência prévia positiva. A mesma contribui para que o cliente perceba a boa vontade da enfermeira que está com ele para oferecer ajuda, revelando-se interessada num seu bem valorizado, o conforto. Estas são condições antecedentes para ser percebida como fidedigna e para confortar.

Dissemos que a confiança é frágil e sujeita a limitação no tempo e espaço, e isto quer dizer que existe, por um lado a possibilidade de surgir quebra na confiança, e por outro lado, que quem confia num dado momento, fá-lo com base na experiência passada, acreditando na consistência do comportamento futuro da enfermeira. E é por isto que a fidedignidade é a convicção da fidelidade de alguém, com base não na conjectura ou suposição, mas em factos derivados de experiência anterior com essa pessoa. Esta convicção surge “com o decorrer de sucessivas interações – que permitem actualizar a informação sobre a fidedignidade do outro” (Hudson, 2004: 82). Isto significa quão importante é, no hospital, a continuidade de contactos entre enfermeira e cliente para que a confiança embrionária se sedimente, firmada nas experiências positivas prévias com a enfermeira confiada.

Assim, podemos afirmar que nas situações de dependência e vulnerabilidade acrescida a construção de laços de confiança entre a enfermeira e o cliente revelam-se de particular importância quer no confortar, quer na retro alimentação da própria confiança. O confortar sendo uma forma de relação terapêutica, beneficia assim da confiança previamente construída.

Então, a confiança parece constituir-se como condição facilitadora ao confortar. Vejamos outras relações entre estes dois conceitos.

### A confiança como instrumento confortador

A confiança parece poder ser um instrumento confortador, isto é, parece ter potencial terapêutico – “um efeito saudável ou um resultado em direcção à saúde ou bem-estar” (McMahon & Pearson, 1991, cit. McMahon, 1998: 6-7).

Quando a confiança é desenvolvida, o indivíduo sentir-se-á capaz de partilhar seus pensamentos, sentimentos, e experiências; sentir-se-á seguro e confortável para pedir ou aceitar ajuda quando lhe é oferecida, o que potencia o efeito terapêutico da confiança. Ou seja, quando na relação enfermeira-cliente existe a oportunidade deste apreciar a competência e boa vontade da enfermeira, parece estarem reunidos o potencial confortador e um antecedente da confiança. O facto de confiar é em si mesmo terapêutico pois só o facto de saber que pode contar com a ajuda da enfermeira, mesmo que não fisicamente presente, é em si mesmo um instrumento confortador, na medida em que propicia tranquilidade e segurança. Ter uma enfermeira fidedigna é como uma tábua de salvação num mundo hospitalar que se pauta pelo anonimato. Como Morse sustenta, “para alcançar o mais elevado nível de conforto, os pacientes têm que ser capazes de confiar nos seus enfermeiros” (Morse, 2000: 36).

Pelos achados preliminares da tese de doutoramento em curso desenvolvida por um dos autores, sobre o confortar a pessoa idosa hospitalizada, constata-se que o interesse e a boa vontade da enfermeira, indicadores da sua fidedignidade, percebidos pelo cliente, são atitudes muito valorizadas como confortadoras. Globalmente, a fidedignidade da enfermeira constitui-se como

um elemento confortador, dado que sentir confiança é uma das formas pelas quais o cliente se sente confortado ou experimenta conforto. Para além disto, as atitudes de interesse e boa vontade podem ser considerados manifestações de compaixão (Perry, 2009) ou de presença compassiva ou consoladora (McCormack & McCance, 2006), ou de sensibilidade compassiva (Lopes, 2006). Eventualmente, esta percepção de compaixão da enfermeira alimentará o potencial confortador da fidedignidade/confiança.

Semelhantermente, no estudo de Lopes (2006), os clientes em hospital de dia consideraram ser importante para o seu sentimento de segurança/confiança, o facto de encontrarem a mesma enfermeira durante o processo de quimioterapia o que fala da relevância da continuidade da relação enfermeira-doente para a segurança deste, e para o desenvolvimento de confiança face à competência que reconhecem na enfermeira (Lopes, 2006). Também na delicada “gestão dos sentimentos” do cliente que enfrenta a vida com uma doença oncológica, a enfermeira pode interpelá-lo porque é “alguém que o doente e a família já conhecem e em quem aprenderam a confiar e que manifesta preocupação com o seu bem-estar” (Lopes, 2006: 219). Esta preocupação com o bem-estar representa afinal o tal bem que é valorizado pelo cliente.

Assim, poder confiar na enfermeira parece ser experimentado como confortador.

### **A confiança pode ser alimentada pelo trabalho de confortar e pela experiência de sentir-se confortado**

O confortar inicia-se com a admissão do cliente e consubstancia-se na continuidade do cuidado à pessoa pelo enfermeiro, constituindo uma experiência de presença e conhecimento mútuo. Nesta experiência reside uma das condições necessárias para a construção da relação terapêutica e de confiança (Oliveira, 2005). Relacionando as ideias já expostas sobre o conforto, o confortar e a confiança, afirmamos que é sustentável que o cuidado que procura promover o maior conforto possível, encerra em si condições e características referidas como antecedentes e consequentes da confiança. Assim, o processo de confortar para além de aliviar, tranquilizar e ajudar a transcender (Kolcaba, 2003), pela comunhão de características processuais, reúne condições com potencial para desenvolver a confiança do cliente na enfermeira. Assim importa realçar que não se conseguirá confortar sem o cumprimento dos antecedentes da confiança.

Confortar, e a correlativa experiência de se sentir confortado, poderão assim, constituir-se como uma fonte de crédito da enfermeira junto do cliente. Acreditamos que a enfermeira que se preocupa em confortar, de algum modo contribui para um resultado valorizado pelo cliente e alimenta o crescimento da confiança. Quando os esforços da enfermeira forem percebidos pelo cliente, como persistentes em prol do seu bem, este poderá considerá-la digna de confiança (fidedigna). Por outras palavras, confortar pode ser um dos modos de criar laços de confiança.

O confortar e a experiência de se sentir confortado, respectivamente, processo e resultado, poderão retro alimentar a relação de confiança: podem constituir-se como a experiência prévia positiva do cliente com a enfermeira e como manifesto da sua competência, ou como um dos benefícios (consequência), de confiar à enfermeira um bem desejável.



Figura 1 – A circularidade entre confiança, confortar e conforto

## NOTA CONCLUSIVA

Pelo exposto, e em resposta às questões inicialmente colocadas, parece possível sustentar a tese de que: (i) a confiança é condição para confortar e para a experiência de conforto; (ii) poder confiar na enfermeira é confortador; (iii) que a construção de laços de confiança pode ser alimentada pelo trabalho de confortar. Ou seja, parece razoável defender a tese da associação e mútua influência entre estas variáveis, numa perspectiva de circularidade entre elas e não tanto numa relação unívoca entre a confiança e o conforto (Fig. 1).

Demonstrar interesse e boa vontade para com os bens valorizados pelo cliente – no caso, o seu melhor conforto – e revelar-se competente para deles cuidar, são marcas da fidedignidade da enfermeira avaliadas pelo cliente, que assim a percebe digna de confiança; mas são também estratégias utilizadas para promover o conforto. Consequentemente, o cliente pode confiar na enfermeira – confiar na sua competência e boa vontade –, e por isso, abandonar-se ao seu cuidado. Assim, ao ser e sentir-se confortado, o cliente obtém um resultado valorizado (um bem) e também reforça a sua confiança na enfermeira que se esforçou por o confortar.

Construir laços de confiança e promover o conforto, parecem constituir processos coadjuvantes, em que ambos reciprocamente se alimentam e, conjuntamente, apresentam potencial terapêutico, ou seja, contribuem para a experiência de conforto do cliente de cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOTTORFF, J. L. – The lived experience of being comforted by a nurse. (199?). <http://www.Phenomenologyonline.com/articles/bottorf.html>. Acedido em Agosto de 2004.
- HESBEEN, W. - Le caring est-il prendre soin? *Revue Perspective Soignante*. 4 (1999) 1-20.
- HUDSON, B. - Trust: Towards conceptual clarification. *Australian Journal of Political Science*. 39: 1 (2004) 75-87.
- HUPCEY, J.; PENROD, J.; MORSE, J. - Establishing and maintaining trust during acute care hospitalizations. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 14: 3 (2000) 227-42.
- HUPCEY, J.; PENROD, J.; MORSE, J.; MITCHAM, C. - Na exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 36:2 (2001) 282-293.
- JOHNS, J.L. - A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 24 (1996) 76-83.
- KOLCABA, K. - A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (1994) 1178-1184.
- KOLCABA, K. - *Comfort theory and practice. A vision for a holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Com., 2003.
- KOLCABA, K. & STEINER, R. - Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*. 18: 1 (2000) 46-62.
- LOPES, M.J. – A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau, 2006.
- LOWE, L.M. & CUTCLIFF, J.R. - A concept analysis of comfort. In. Cutcliffe, J.R.; McKenna, H.P. - The essential concepts of nursing. Edinburgh: Elsevier, 2005, p. 51-64.
- MCCORMACK B.; McCANCE, T.V. - Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56: 5 (2006) 472-479.
- McMAHON, R. - Therapeutic nursing: Theory, issues and practice. McMahon, R.; Pearson, A. - Enfermagem terapêutica. 2ª ed. Cheltenham: Stanley Thornes, 1998. 1-20.
- MEIZE-GROCHOWSKI, R. - An analysis of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 9 (1984). 563-572.
- MORSE, J. - On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*. 100: 9 (2000) 34-8.

- MORSE, J., HAVENS, G. & WILSON, S. - The comforting interaction: Developing a model of nurse-patient relationship. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 11: 4 (1997) 321-343.
- NIGHTINGALE, F. - Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Loures: Lusociência, 2005/1859.
- OLIVEIRA, C.S. - A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. Lisboa: Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara, 2005 (não publicada).
- OLIVEIRA, C.S. - A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*. 12:1 (2008) 2-13.
- PERRY, P. - Conveying compassion through attention to the essential ordinary. *Nursing Older People* 21: 6 (2009) 14- 21.
- PETER, E.; MORGAN, K.P. – Explorations of a trust approach for nursing ethics. *Nursing Inquiry*. 8 (2001) 3-10.
- REAVE, L. – The modification of emotional responses. A problem for trust in nurse-patients relationships? *Nursing Ethics*. 9: 5 (2002) 465-471.
- SELLMAN, D. - Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy*. 8 (2007) 28-36.
- SELLMAN, D. - The importance of being trustworthy. *Nursing Ethics*. 13: 2 (2006) 105-115.
- SIEFERT, M.L. - Concept analysis of comfort. *Nursing Forum*. 37: 4 (2002) 16-23.
- TARLIER, D. - Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*. 5 (2004) 230-241
- TROJAN, L.; YONGE, O. - Developing trusting, caring relationships: home care nurses and elderly clients. *Journal of Advanced Nursing*. 18 (1993) 1903-1910
- WATSON, J. - Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 2002.

Contacto:  
celiagsoliveira@sapo.pt