



REVISIONES

Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa

Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora

Comfort of patients in palliative care: an integrative review

Mariana Cristina dos Santos Souza¹

Rosângela Garcia Jaramillo²

Moema da Silva Borges³

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem e Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília – Brasil. marianacristinassouza@gmail.com

² Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem.

³ Enfermeira, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília – Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>

Submissão: 31/03/2020

Aprovação: 7/05/2020

RESUMO:

Objetivo: Identificar e sintetizar as pesquisas que versam sobre o conforto dos pacientes em cuidados paliativos.

Método: Revisão integrativa em 11 bases de dados, com a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as estratégias utilizadas para minimizar as necessidades de conforto dos pacientes em cuidados paliativos?”. Os estudos selecionados foram submetidos a análise de conteúdo, com auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* - IRAMUTEQ.

Resultados: Foram identificados 8.109 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados e analisados 16 artigos. O dendograma gerado na análise realizada com auxílio do *software* IRAMUTEQ facilitou a identificação das principais estratégias utilizadas para minimizar as necessidades de conforto dos pacientes em cuidados paliativos, a saber: rede social de apoio, intervenções de conforto e a comunicação nos cuidados paliativos.

Conclusão: A síntese dos estudos analisados indicou que as principais estratégias utilizadas para diminuir as necessidades de conforto dos pacientes em cuidados paliativos são o apoio (da equipe, social e familiar), contato físico, carinho, comunicação, conhecimento, alívio da dor, gentileza, banho, musicoterapia, radioterapia, contato com o ambiente externo (natureza), brincar, contato com outras pessoas e a espiritualidade. Os estudos demonstraram que várias intervenções não farmacológicas, que parecem triviais e de pouca complexidade tecnológica (como disponibilidade, carinho, apoio, banho), tem a capacidade de afetar significativamente o estado de conforto dos pacientes.

Palavras-chave: Enfermagem; Conforto do Paciente; Cuidado Paliativo; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Tanatologia.

RESUMEN:

Objetivo: Identificar y sintetizar las investigaciones que tratan sobre el confort de los pacientes en cuidados paliativos.

Método: Revisión integradora en 11 bases de datos, con la siguiente pregunta de investigación: "¿Cuáles son las estrategias utilizadas para minimizar las necesidades de confort de los pacientes en cuidados paliativos?". Los estudios seleccionados se sometieron a análisis de contenido, con la ayuda del *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* - IRAMUTEQ.

Resultados: Se identificaron 8.109 artículos. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron y analizaron 16 artículos. El dendograma generado en el análisis realizado con la ayuda del *software* IRAMUTEQ facilitó la identificación de las principales estrategias utilizadas para minimizar las necesidades de confort de los pacientes en cuidados paliativos, a saber: red de apoyo social, intervenciones de confort y comunicación en cuidados paliativos.

Conclusión: La síntesis de los estudios analizados indicó que las principales estrategias utilizadas para disminuir las necesidades de confort de los pacientes en cuidados paliativos son el apoyo (del equipo, social y familiar), contacto físico, afecto, comunicación, conocimiento, alivio del dolor, amabilidad, baño, musicoterapia, radioterapia, contacto con el entorno externo (naturaleza), juego, contacto con otras personas y espiritualidad. Los estudios han demostrado que varias intervenciones no farmacológicas, que parecen triviales y de poca complejidad tecnológica (como disponibilidad, afecto, apoyo, baño), tienen la capacidad de afectar significativamente el estado de confort de los pacientes.

Palabras clave: Enfermería; Comodidad del Paciente; Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos al Final de la Vida; Tanatología.

ABSTRACT:

Objective: Identify and synthesize the research on the comfort of patients in palliative care.

Method: Integrative review in 11 databases, with the following research question: "What are the strategies used to minimize the comfort needs of patients in palliative care?". The selected studies were submitted to content analysis; with the aid of the *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* – IRAMUTEQ.

Results: The research identified 8,109 articles. After applying the inclusion and exclusion criteria, 16 articles were selected and analyzed. The dendogram generated in the analysis performed with the aid of the IRAMUTEQ software made easier the identification of the main strategies used to minimize the comfort needs of patients in palliative care, as follows: social support network, comfort interventions and communication in palliative care.

Conclusion: The synthesis of the studies analyzed indicated that the main strategies used to reduce the patients' comfort needs in palliative care are support (from the team, social and family), physical contact, affection, communication, knowledge, pain relief, kindness, bathing, music therapy, radiotherapy, contact with the external environment (nature), recreation, contact with other people and spirituality. The studies showed that several non-pharmacological interventions, which seem trivial and of little technological complexity (such as availability, affection, support, bathing), have the ability to significantly affect the patients' state of comfort.

Keywords: Nursing; Patient Comfort; Palliative Care; Palliative Care in the End of Life; Thanatology.

INTRODUÇÃO

A morte, assim como o nascimento, consiste num episódio natural da existência humana. Ao longo do século XX, ela deixou de ser vivenciada nos lares do moribundo, ao lado de seus familiares - morte domada - para ser experienciada nos hospitais, de forma solitária, com o paciente circundado de aparelhos invasivos e tecnologia pesada - morte selvagem – (1,2).

Na atualidade, entende-se que o processo de morte e morrer precisa ser vivenciado da forma mais digna e confortável possível. Nesse contexto, o cuidado paliativo é apontado como um modelo integrativo na transição entre a vida e a morte, e remete a um resgate histórico da antiga prática da "morte domada". O cuidado paliativo é "a abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que

ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (3).

Paliar é confortar, aliviar sintomas, ouvir, respeitar, compartilhar, acolher, acompanhar até o fim e depois da vida o doente e os familiares. Nessa perspectiva, o cuidado paliativo tem como um de seus objetivos primordiais prover o máximo de conforto para o paciente (4, 5).

Conforto, do latim “*confortare*”, significa fortificar, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar (5). O conforto pode ser descrito como um construto complexo e multidimensional, e consiste numa experiência subjetiva, positiva e individual, que pode ser vivida em situações de doença e/ou tratamento pelo indivíduo, sendo o final desejável no cuidado do paciente (5,6). Kolcaba define o conforto como a condição vivenciada pelas pessoas que recebem medidas de conforto. É a experiência imediata e holística da satisfação (ativa, passiva ou cooperativamente) das necessidades dos três tipos de conforto – alívio, tranquilidade e transcendência – nas quatro dimensões da experiência humana (física, psicoespiritual, ambiental e social) (7).

Pode-se definir o alívio como a condição de uma pessoa que teve uma necessidade específica satisfeita; tranquilidade como o estado de calma e contentamento; e transcendência como a condição na qual o indivíduo suplanta seus problemas e sofrimentos (7).

Assim, o conforto pode ser experienciado em quatro dimensões, são elas: 1- física, que pertence as sensações do corpo; 2- psicoespiritual, que pertence à consciência interna de si, incluindo autoestima, sexualidade, o conceito de si mesmo e o significado da vida e também a relação com uma ordem ou um ser superior; 3- ambiental, que diz respeito ao meio, condições e influências externas; e 4- social, relacionada as relações interpessoais e familiares (7).

Nesse sentido, conhecer as experiências de conforto dos pacientes torna-se um aspecto relevante para a prática da assistência paliativa, a fim de orientar os cuidados prestados de acordo com as necessidades dos pacientes, para maximizar o efeito das intervenções de conforto (4). Neste contexto, este estudo de revisão tem o objetivo de identificar e sintetizar as pesquisas que versam sobre o conforto dos pacientes em cuidado paliativo.

MÉTODO

Realizou-se a revisão integrativa, de forma sistemática. Para a elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*). Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: “Quais são as estratégias utilizadas para minimizar as necessidades de conforto dos pacientes em cuidados paliativos?” Nela, o primeiro elemento da estratégia (P) consiste no paciente em cuidados paliativos; o segundo (I), as estratégias; e o quarto elemento (O) conforto do paciente. Ressalta-se que, dependendo do método de revisão, não se aplica todos os elementos da estratégia PICO. Nesta revisão integrativa, o terceiro elemento, ou seja, a comparação, não foi utilizada.

A estratégia de pesquisa baseou-se na combinação do PICO, gerando a seguinte combinação: (“Patients” OR “Hospice Care” OR “Palliative Care” OR “Terminal Care” OR “Palliative Medicine” OR “Neoplasms” OR “Death” OR “Aged”) AND (“Nursing Care” OR “Patient Care” OR “Patient Care Planning” OR “Hospice and palliative care nursing” OR “Patient Care Team” OR “Nurse-Patient relations” OR “Nursing” OR “Oncology Nursing” OR “Interpersonal Relations” OR “Palliative Care” OR “Patient Comfort” OR “Holistic Nursing”) AND (“Patient Comfort”).

A busca foi realizada em novembro de 2019 e os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos originais publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; no período de janeiro de 2009 a novembro de 2019, disponibilizadas on-line e em texto completo. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos e artigos que não abordaram o tema do conforto em cuidados paliativos.

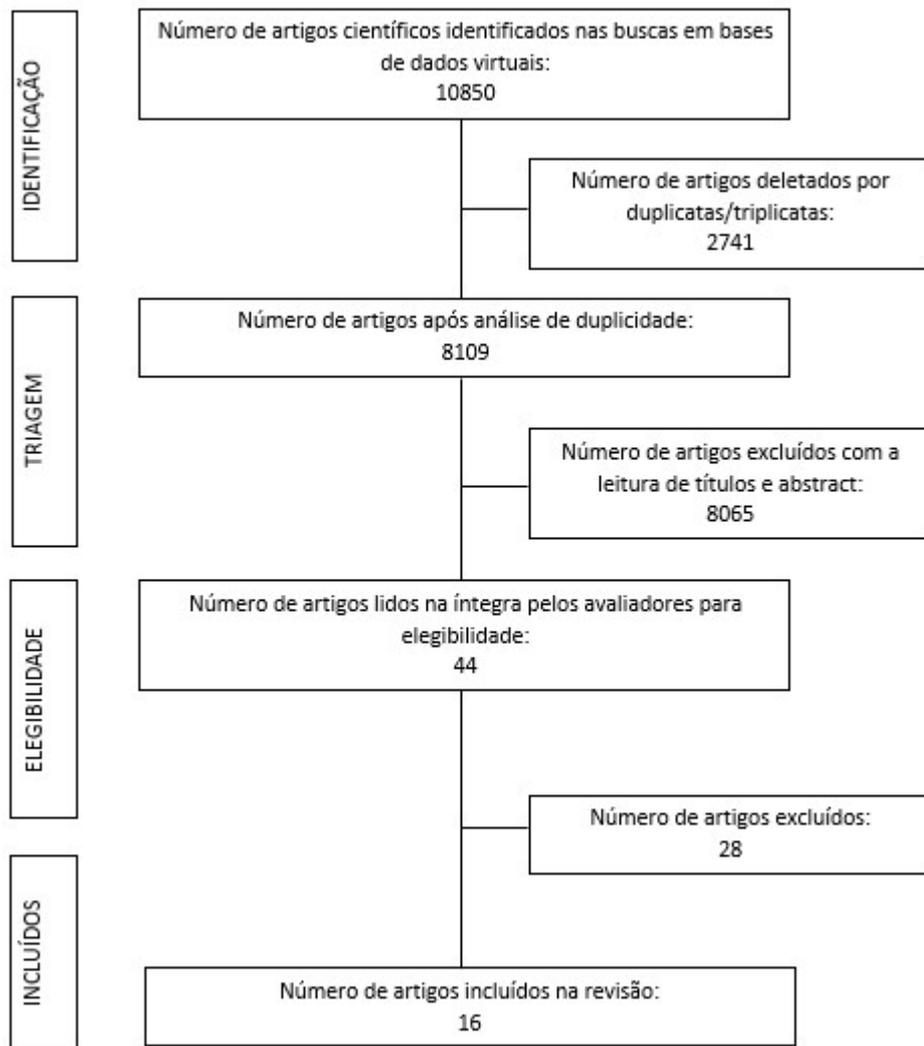
As bases de dados utilizadas foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), US National Library of Medicine (PUBMED), American Psychological Association (APA), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), CUIDEN, Web of Science, Cochrane e Scopus.

A análise dos estudos selecionados foi submetida a análise de conteúdo com auxílio do *Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), que realiza análises quantitativas de dados textuais com base na similaridade de vocabulário e sobre tabelas, indivíduos/palavras. O corpus foi elaborado pelos estudos selecionados, traduzidos, excluindo tabelas, quadros e referências, organizados em um único arquivo de texto. Desta forma, o corpus analisado pelo *software* foi formado pelo conjunto dos 16 artigos selecionados.

RESULTADOS

Foram identificados 8.109 artigos e, após as etapas de triagem e elegibilidade, foram incluídos 16 para a análise (figura 1).

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos. Brasília, DF, 2020.



No quadro 1 reuniu-se dados relevantes dos artigos, como autores, revista, local, ano de publicação, objetivos e métodos.

Quadro 1: Síntese dos artigos selecionados por autores, revista, local, ano objetivo e método. Brasília, DF, 2020.

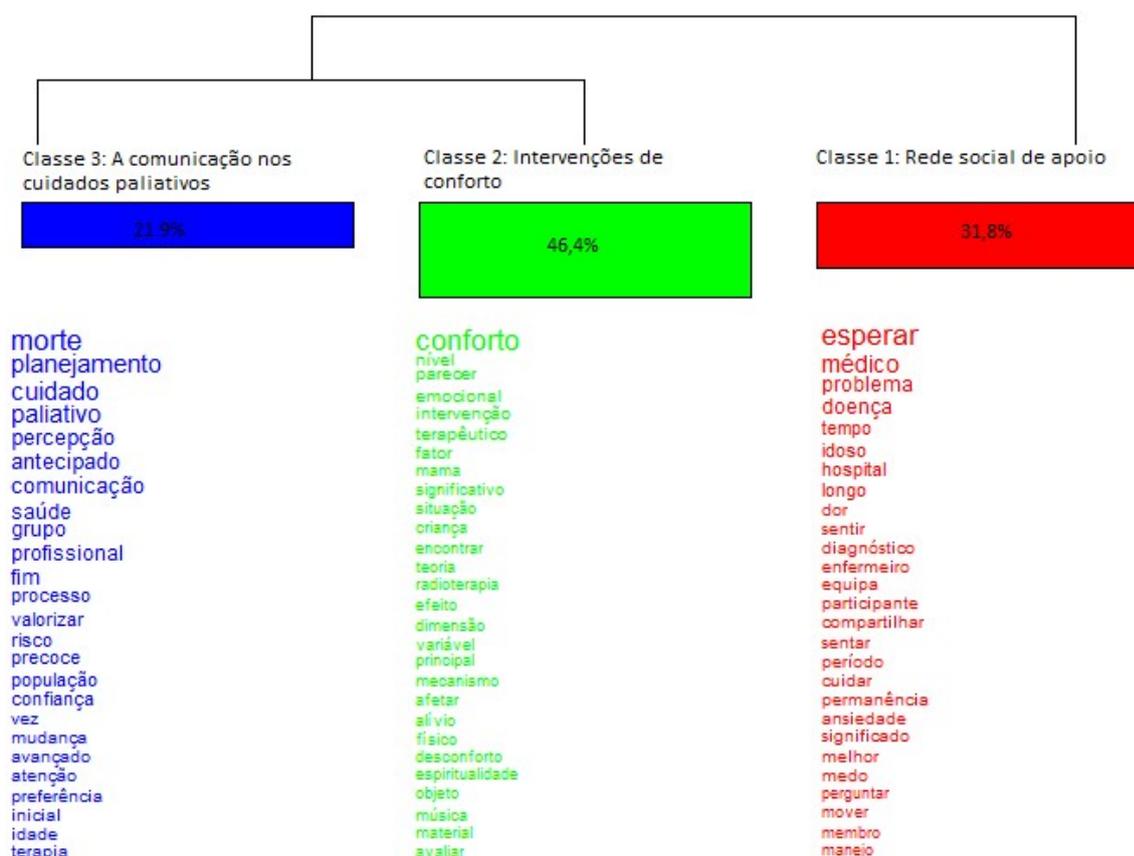
Nº	Autores	Revista, local e ano	Objetivo e método
1	Porter S, McConnell T, Clarke M, Kirkwood J, Hughes N, Graham-Wisener L et al ⁽⁸⁾ .	BMC Palliative Care, Irlanda, 2017.	Examinar os processos e experiências envolvidas na introdução da musicoterapia como terapia complementar aos cuidados paliativos. Método Misto.
2	Pehlivan S, Kuzhan A, Yildirim Y, Fadiloglu C ⁽⁹⁾ .	JBUON, Turquia, 2016.	Determinar os níveis de conforto e a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama submetidas à terapia de radiação. Quantitativo.

3	Coelho A , Parola V, Escobar-Bravo M, Apóstolo J ⁽⁴⁾ .	BMC Palliative Care, Portugal, 2016.	Descrever o conforto e o desconforto experimentados pelos pacientes internados em unidades de cuidados paliativos. Qualitativo.
4	Skaczkowski G, Moran J, Langridge J, Oataway K, Wilson C ⁽¹⁰⁾ .	Complementary Therapies in Clinical Practice, Australia, 2018.	Examinar o nível de intervenção do banho (spa) para reduzir a percepção da dor e da ansiedade e melhorar o bem-estar entre pacientes paliativos. Quantitativo.
5	Fujimoto S, Iwawaki Y, Takishita Y, Yamamoto Y, Murota M, Yoshioka S ⁽¹¹⁾ .	JJCO, Japão, 2017.	Avaliar, utilizando técnicas fisiológicas e psicológicas, os efeitos do banho para pacientes em fase terminal de câncer. Quantitativo.
6	Abolhassani S, Yazdannik A, Taleghani F, Zamani A ⁽¹²⁾ .	Iran Red Crescent Med J, Irã, 2015.	Identificar as expectativas de indivíduos com esclerose múltipla e suas famílias em relação a serviços de saúde. Qualitativo.
7	Melo GAA, Aguiar LL, Silva RA, Quirino GS, Pinheiro AKB, Caetano JA ⁽¹³⁾ .	Rev Bras Enferm, Brasil, 2019.	Analisar os fatores relacionados ao conforto prejudicado do paciente renal crônico hemodialítico. Quantitativo.
8	Ito Y, Okuyama T, Ito Y, Kamei M, Nakaguchi T, Sugano K et al ⁽¹⁴⁾ .	JJCO, Japão, 2015.	Explorar as características de uma boa morte para crianças com câncer. Qualitativo.
9	Rustøen T, Gaardsrud T, Leegaard M, Wahl AK ⁽¹⁵⁾ .	Nursing Pain Management, Noruega, 2009	Explorar as experiências de pacientes com câncer no gerenciamento do controle da dor, pela enfermagem, durante hospitalização para tratamento do câncer. Qualitativo.
10	Slomka J, Prince-Paul M, Webel A, Bolton FP, Daly BJ ⁽¹⁶⁾ .	J Assoc Nurses AIDS Care, EUA, 2017.	Compreender como os indivíduos de percebem os cuidados paliativos e o planejamento avançado de cuidados. Qualitativo.
11	Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leighl N, Rydall A, Rodin G et al ⁽¹⁷⁾ .	CMAJ, Canadá, 2016.	Examinar as percepções sobre os cuidados paliativos em pacientes com câncer avançado e seus cuidadores. Método Misto.
12	Nuraini T, Andrijono A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D ⁽¹⁸⁾ .	Indian Journal of Palliative Care, Indonesia, 2018.	Desenvolver um modelo relacional entre as variáveis do cuidado de enfermagem (informação, suporte emocional, suporte técnico e cuidados paliativos); enfrentamento do paciente, apoio à família, espiritualidade do

			paciente e conforto do paciente. Quantitativo.
13	Ebrahimipour F, Hoseini ASS ⁽¹⁹⁾ .	Journal of Palliative Care, Irã, 2018.	Aplicar a teoria do conforto de Kolcaba para uma criança com câncer. Estudo de caso.
14	Olausson S, Fridh I, Lindahl B, Torkildsby AB ⁽²⁰⁾ .	Crit Care Nurs Q, Noruega, 2019.	Explorar os significados do conforto de uma perspectiva teórica e empírica para aumentar a compreensão do que o conforto significa em pacientes de UTI. Qualitativo.
15	Kim E, Kim K ⁽²¹⁾ .	Applied Nursing Research, Coreia do Sul, 2017.	Investigar o significado de conforto vivenciada pelos idosos em hospitais usando uma abordagem fenomenológica. Qualitativo.
16	Johnson SB, Butow PN, Kerridge I, Tattersall MHN ⁽²²⁾ .	International Journal of Palliative Nursing, Austrália, 2017.	Explorar como os pacientes com câncer e seus familiares valorizam a autonomia no final da vida e entender como isso pode impactar em seu desenvolvimento, decisões e planejamento no fim da vida. Qualitativo.

Os 16 artigos foram submetidos a análise de conteúdo pelo software IRAMUTEQ, que gerou a nuvem de palavras (figura 2). A nuvem de palavras organiza as palavras em agrupamentos gráficos com base em sua frequência, tratando-se de uma análise lexical simples e fácil do ponto de vista gráfico.

Figura 2: Nuvem de palavras dos artigos selecionados. Brasília, DF, 2020.



DISCUSSÃO

Nuvem de palavras

De acordo com a figura 2, as palavras mais predominantes foram paciente, conforto, cuidado, paliativo, vida e dor. No cenário dos cuidados paliativos, de acordo com os artigos analisados, compreende-se que o paciente é o foco do cuidado, e que estes cuidados tem como principal objetivo o conforto do paciente. Os cuidados no final de vida são encarados de forma paliativa, devido ao desdobrar da doença de base. Porém, a condição paliativa visa buscar a qualidade de vida do paciente e minimização da dor, causada pela condição da doença.

Classe 1: Rede social de apoio

O termo apoio social, em sua primeira definição, foi concebido como as trocas interpessoais, que incluem os seguintes elementos: afeto, afirmação e ajuda. As trocas afetivas implicam o gostar, o admirar, o respeito e/ou o amor; as trocas de afirmação implicam no reconhecimento do outro e a legitimação de suas ações e; as trocas de ajuda são aquelas relacionadas com a assistência ou ajuda provida quanto a recursos, dinheiro, informações e cuidados ^(23,24). Esta rede social permeia toda a vida do indivíduo e, ao longo dela, vai se transformando ⁽²⁵⁾. Como exemplos dessas redes, nos textos selecionados, se identificou a equipe de saúde, a família, os amigos, a sociedade e o emprego, fornecendo apoio psicológico e financeiro.

Os pacientes informaram que o simples fato de permanecerem em um hospital, sendo cuidados pela equipe de saúde, já transmitia conforto. A ansiedade era reduzida quando percebiam o papel dos enfermeiros nos cuidados e dos médicos. A presença de ambos proporcionava a redução do sentimento de solidão e acarretava alívio ⁽²¹⁾.

O apoio, por parte da equipe de saúde, é tão importante que um dos artigos expôs que um paciente decidiu mudar de médico porque este não lhe dava atenção e não se simpatizava com suas necessidades ⁽¹²⁾.

As enfermeiras foram descritas como afáveis, prestativas, gentis, compreensivas, fantásticas, simpáticas e próximas. Habilidades de cuidar, ter empatia, ser presente e digno de confiança emergiu como definição comum dos enfermeiros ⁽¹⁵⁾. A equipe médica contribui no alívio da ansiedade, do medo e da sensação de impotência, enquanto os acompanhantes são um elo entre o paciente e a equipe de saúde, fornecendo suporte emocional, segurança e ajudam com conselhos para a vida após a alta ⁽²¹⁾.

Na visão das crianças, os profissionais ajudam tendo tempo para brincar com elas, sendo confiáveis, desejando o melhor para elas, tendo relacionamento amigável, procurando o melhor para a saúde delas, demonstrando que se importam e as visitando quando estão sozinhas ⁽¹⁴⁾. Nesse contexto, os profissionais de saúde, ao estabelecem relacionamentos com pacientes, garantem sua segurança e proteção ⁽²¹⁾.

Os pacientes expressaram, como uma forma de conforto, a necessidade de apoio psicológico, não apenas durante o diagnóstico, mas também ao longo do curso de sua doença. Eles esperam que os profissionais considerem suas necessidades e se simpatizem com eles ⁽¹²⁾.

Durante a internação, o paciente também convive com outros pacientes na mesma situação e com seus acompanhantes. Esta também é uma forma de apoio, no qual todos se ajudam e, caso precisem de algo, conseguem suporte com as pessoas mais próximas ^(15,21). Um estudo envolvendo uma criança internada demonstrou que a convivência desta com outra criança melhorou sua escala de conforto. As autoras descrevem que esta intervenção não apenas ajudou a satisfazer a necessidade de alívio, mas também satisfaz a necessidade de tranquilidade pela continuidade das interações e emoções das crianças, dando suporte uma a outra. Se os pacientes com câncer têm um ao outro dando apoio contra tensões, solidão e desamparo, a esperança e o desejo de manutenção da vida revive entre eles. As consequências dessas interações podem ajudar a superar sua dor e alcançar a transcendência ⁽¹⁹⁾.

O apoio familiar é muito presente nos pacientes em cuidados paliativos. Um dos artigos apontam os desejos de crianças em cuidados terminais sobre este apoio, referidos como: a presença dos familiares quando estão ansiosas; uma família unida; o suporte por parte da família; reviver memórias com a família; uma boa relação com os irmãos, não querer que a família minta; que nenhuma notícia ruim seja dita pela família; não se sentir um fardo; perceber que os parentes não estão se preocupando excessivamente com a saúde; sentir que os familiares não estão incomodados com ela; não ver os parentes excessivamente tristes, mas sim felizes e sorrindo ⁽¹⁴⁾. Promover um ambiente no qual os pacientes são capazes de se conectar verdadeiramente com seus parentes e familiares é um importante fator para atingir uma boa morte.

Outro apoio citado nos artigos foi o apoio financeiro. Os pacientes que tinham emprego gostariam que seus empregadores e empresas compreendessem o momento que estão passando e expressaram medo de serem demitidos pela doença. Alguns esperavam apoio financeiro devido a necessidade de tratamento contínuo em vários serviços, o uso de medicamentos caros, o impacto da doença em seu trabalho e renda e problemas para atender aos custos de tratamento ⁽¹²⁾.

No estudo sobre pacientes com Esclerose Múltipla, o apoio social foi um ponto citado pelos pacientes. Eles queriam o estabelecimento de uma consciência cultural, porque experimentaram o estigma social resultante de uma consciência inadequada desta doença entre pessoas e de seu mau comportamento e acreditavam que meios de comunicação podem ser eficazes nesta mudança de pensamento, através de informações fidedignas sobre a doença e educação para a população ⁽¹²⁾.

Estudo que elencou os motivos de desconforto dos pacientes indicou que o enfermeiro deve reduzir e modificar algumas variáveis que desencadeiam o conforto prejudicado, buscando o reestabelecimento de vínculos sociais e familiares que possam ter sido perdidos, evidencia-se assim, a importância dos apoios interpessoais durante o cuidado do paciente terminal ⁽¹³⁾.

Classe 2: Intervenções de conforto

Kolcaba afirma que os enfermeiros devem avaliar o paciente e compreender suas necessidades de conforto, prestar assistência de enfermagem e ajudar o paciente a fortalecer suas fontes de apoio (como enfrentamento, apoio à família e espiritualidade). De acordo com a teoria do conforto, sabe-se que intervenções relaxantes (massagem, toque terapêutico, etc.) amplia o conforto do paciente. Mudanças relacionadas ao relaxamento, pensamento positivo, sentir-se bem e feliz são observados em pacientes com maior conforto ^(26,27).

As intervenções em cuidados paliativos devem começar no ato do diagnóstico e se perpetuar durante todo o tratamento, gerenciando o controle da dor e de todos os sintomas globais ⁽²⁸⁾. Estas podem ser realizadas por equipe multiprofissional composta por profissionais como enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual ⁽²⁹⁾.

A dor foi uma das necessidades que os pacientes expressaram. Para o alívio da dor, era importante que os enfermeiros tivessem tempo para ouvir as queixas dos pacientes, os ajudassem e estivessem atentos aos sinais de desconforto algico. Um dos pacientes expressou que a conversa com os enfermeiros aliviava a dor. Este alívio também ocorreu quando os enfermeiros deram abraços ou seguraram nas mãos deles ⁽¹⁵⁾. Os sentimentos de preocupação, carinho, confiança e segurança também foram relacionados ao conforto em outros artigos ^(4,20,22).

Quando a dor é aliviada após a admissão no hospital e os sintomas são controlados (de maneira invasiva ou não), é possível que pacientes durmam, comam, se movam e esvaziem a mente, fazendo com que o corpo volte ao normal. O alívio da dor, com a ajuda dos médicos e dos outros pacientes, ajuda os pacientes a atingirem o conforto e, atingindo o conforto, estes conseguem melhorar sua vitalidade ⁽²¹⁾.

Outra necessidade citada foi o controle do estresse. No estudo com crianças em estágio terminal, elas disseram que desejavam o alívio da dor e do stress físico; a suspensão de testes, das medicações e tratamentos dolorosos e desnecessários; o conforto e cuidado/carinho; garantia sobre os testes e tratamentos e cuidado e gentileza quando partes doloridas do corpo fossem tocadas ⁽¹⁴⁾.

Dois dos artigos selecionados apontaram que o banho figura como uma intervenção de conforto. A prática do banho diminuiu a dor, a frequência cardíaca, a fadiga, a ansiedade, e melhorou o bem-estar dos pacientes. O bem-estar está relacionado a possibilidade do paciente mover os membros, que normalmente eram pesados demais para levantar fora da água, corroborando com outros estudo que evidenciaram que a mobilidade física prejudicada acentuava o desconforto nos pacientes ^(10,13). As respostas que os pacientes deram sobre o banho foram que este foi confortável, fácil, descansado, agradável, relaxante e emocionante. Após perguntados se gostariam de continuar com a prática, todos disseram que sim. O banho trouxe conforto físico e psicológico aos pacientes, e concluiu-se que o método é seguro e analgésico para os pacientes terminais ⁽¹¹⁾.

Uma outra intervenção identificada para atingir o conforto do paciente foi a musicoterapia. Esta ajuda no alívio dos sofrimentos físicos e psicológico, tem a capacidade de ajudar os pacientes a se reconectar com memórias felizes, ajuda na identificação de momentos-chave da vida que ajudaram a definir seus relacionamentos, auxiliaram os pacientes a se divertirem novamente e estreitar laços afetivos (com os amigos, familiares e equipe de saúde). Os pacientes também afirmaram que a musicoterapia os deixa relaxados, melhorando seu humor e bem-estar. A musicoterapia ajuda na busca da transcendência e significado, criando um ambiente duradouro de conforto para os pacientes e suas famílias ⁽⁸⁾.

A radioterapia foi outra estratégia citada. O estudo constatou uma correlação positiva com o conforto após as sessões de radioterapia e a qualidade de vida dos pacientes, diminuindo os sintomas do câncer ⁽⁹⁾.

As unidades de cuidados paliativos foram citadas como fonte de alívio do desconforto físico e também fonte de conforto na esfera humana, devido a atenção da equipe de saúde e rápido agir frente as necessidades dos pacientes. Fatores como a competência profissional e o cuidado individualizado são diferenciais para o conforto do paciente em cuidados paliativos. Porém, estas unidades também são vistas de maneira desconfortável, devido as perdas físicas e sociais dos pacientes ali internados e a consciência de finitude ⁽⁴⁾.

O ambiente também influenciou no sentimento de perda de liberdade, pelo fato deste não ter um espaço externo (contato com a natureza) e também a necessidade de dividir o quarto com outro paciente privando sua liberdade. Entretanto, o fato de compartilhar um quarto representou, para alguns, a melhora no conforto social, permitindo que compartilhassem sua experiência com outros pacientes. Em suma, evidencia-se a importância providenciar um ambiente físico que seja o mais similar possível com a vida cotidiana dos pacientes, para que assim estes possam viver e socializar normalmente até a sua morte ^(14,20).

O conforto também veio da relação com o sagrado, sendo representado por Deus e pela natureza ⁽⁴⁾. A espiritualidade influencia a percepção do paciente no desconforto e

na sua doença. Um dos estudos mostrou que os pacientes que se aproximaram Deus tinham maior probabilidade de ter um melhor bem-estar emocional, e, de maneira contrária, aqueles que se distanciaram de Deus eram mais propensos a ter seu bem-estar emocional prejudicado. Portanto, é importante que os enfermeiros incentivem os pacientes a melhorar seu bem-estar emocional através da oração e outras práticas espirituais ⁽¹⁸⁾.

Classe 3: A comunicação nos cuidados paliativos

A comunicação é mais uma forma de intervenção de conforto que pode ser implementada nos pacientes terminais. Uma comunicação efetiva pode potencializar o conforto do paciente, assim como falhas na comunicação ou omissão de informações potencializam seu desconforto e impactam na confiabilidade do serviço.

Um dos problemas enfrentados por alguns pacientes foi a omissão do diagnóstico pelo médico. Para outros, o diagnóstico foi levantado de forma ambígua, de maneira que o paciente experimentou medo e preocupação por causa da falta de conhecimento adequado. Era esperado que os médicos lhes dissessem o diagnóstico e fornecesse informações adequadas sobre a doença e possíveis tratamento durante todas as etapas da doença, para prevenir que o paciente desenvolva uma expectativa de recuperação rápida ⁽¹²⁾. Os pacientes exprimem desejo de saber da verdade acerca de sua condição e tratamento ⁽¹⁴⁾.

Outro fator relacionado a comunicação foi a declaração de que o paciente estava em cuidados paliativos. No estudo com pacientes portadores de HIV, a maior parte dos participantes não sabia o significado de cuidados paliativos e alguns, que compreendiam um pouco, tinham a percepção negativa, choque e medo, por relacionar diretamente os cuidados paliativos com a morte. Porém, quando o pesquisador esclareceu a definição, os participantes referiram que não recebiam esse tipo de cuidado e que estavam ansiosos para conhecer mais ⁽¹⁶⁾.

Outro estudo também evidenciou que os participantes relacionaram os cuidados paliativos à morte, e que esse tipo de tratamento era inserido quando não tinha mais nada a se fazer pelo paciente. Rejeição e resistência eram reações comuns, e muitos afirmaram que tentaram não pensar em cuidados paliativos, buscando não ser negativos. Outros não consideraram o assunto relevante para eles, porque achavam que não se qualificavam para cuidados paliativos (negação da condição atual). A resistência ao cuidado paliativo foi um tema predominante, mas os participantes também declararam que suas dúvidas iniciais foram atenuadas pela explicação dos oncologistas ou pesquisadores ⁽¹⁷⁾.

Alguns pacientes, que tiveram experiências pregressas com seus parentes em fase terminal, disseram que fora oferecido os cuidados paliativos como última opção, normalmente seguido de um pedido de desculpas. O desconhecimento do termo pode impedir o progresso da promoção de cuidados paliativos nos estágios iniciais das doenças crônicas e doenças terminais ^(16,17).

Notou-se que os pacientes precisavam ser instruídos para obter mais informações sobre a doença e como auxiliar no tratamento, a fim de se transformarem em agente promotor de cuidado ⁽¹⁴⁾. Embora os enfermeiros perguntassem sobre a dor do paciente, estes não conversavam com eles sobre sua dor. Os pacientes esperavam

que enfermeiros fornecessem informações e compartilhassem conhecimentos. O suporte ofertado por meio das informações adequadas afeta o enfrentamento do paciente frente à condição, de maneira que os pacientes experimentam menor incerteza e ansiedade quando informações e conhecimentos são compartilhados de forma verbal e não verbal ^(14,18). Evidenciou-se que alguns pacientes também destacaram a importância de materiais escritos sobre dor e a doença ^(12,14).

Os participantes também enfatizaram a importância de educar suas famílias sobre a doença e seus efeitos. Eles sentiram que isso resultou na melhor aceitação da família com os problemas dos pacientes e o ajuste das expectativas baseadas na condição do paciente ⁽¹²⁾.

Com relação aos pacientes pediátricos, considerando que as crianças geralmente são imaturas e têm uma capacidade limitada de se comunicar verbalmente, brincar com outras pessoas, incluindo a equipe, pode ser uma alternativa útil na comunicação verbal e um elemento essencial do cuidado ⁽¹⁴⁾.

A comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, tornando-se uma medida terapêutica eficiente para pacientes em fase terminal ⁽³⁰⁾.

Como limitação do estudo, entende-se que o uso da estratégia PICO de busca nas bases de dados, apesar da comprovação de sua eficiência em outros estudos, ainda é uma estratégia em desenvolvimento e alguns estudos podem não ter sido captados. Como pontos fortes, podemos citar o uso de um *software* no auxílio da identificação das palavras mais prevalentes e do dendograma que guiou com maior eficiência os conteúdos das classes a serem discutidas e o processo de busca e seleção de artigos pelas pesquisadoras, deixando, assim, o processo de seleção mais criterioso.

CONCLUSÃO

A síntese dos estudos analisados indica que as principais estratégias utilizadas para atenuar as necessidades de conforto dos pacientes em cuidados paliativos são o apoio (da equipe, social e familiar), contato físico, carinho, comunicação, conhecimento, alívio da dor, gentileza, banho, musicoterapia, radioterapia, contato com o ambiente externo (natureza), brincar, contato com outras pessoas e a espiritualidade.

Os estudos demonstraram que várias intervenções não farmacológicas, que parecem triviais e de pouca complexidade tecnológica (como disponibilidade, carinho, apoio, banho), tem a capacidade de afetar significativamente o estado de conforto dos pacientes.

Faz-se necessário fortalecer o uso dessas intervenções na prática dos cuidados paliativos, visando a melhoria da assistência ao paciente e cuidados paliativos, atendendo as esferas físicas, psicológicas, sociais e espirituais, bem como capacitar os profissionais no uso destas intervenções e no cuidado integral do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Jafari M, Rafiei H, Nassehi A, Soleimani F, Arab M, Noormohammadi MR. Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(2):192-7.
2. Costa ADT, Garcia LF, Goldim JR. Morrer e morte na perspectiva de residentes multiprofissionais em hospital universitário. *Rev. Bioet.*, 2017;25(3):544-53.
3. World Health Organization (WHO). WHO Definition of Palliative Care. 2002. Available from: < <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>.
4. Coelho A, Parola V, Escobar-Bravo M, Apostolo J. Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 2016;15(71):1-8.
5. Gibaut MAM, Hori LMR, Freitas KS, Mussi FC. Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento. *Rev. esc. enferm. USP*, 2013; 47(5): 1114-21. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501114&lng=en>.
6. Freitas KS; Menezes IG; Mussi FC. Validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, 2015;23(4):660-8. Available from: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00660.pdf>.
7. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer; 2003.
8. Porter S, McConnell T, Clarke M, Kirkwood J, Hughes N, Graham-Wisener L, et al. A critical realist evaluation of a music therapy intervention in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):1-12.
9. Pehlivan S, Kuzhan A, Yildirim Y, Fadiloglu C. Comfort and quality of life in patients with breast cancer undergoing radiation therapy. *J BUON*. 2016;21(3):549-55.
10. Skaczkowski G, Moran J, Langridge J, Oatway K, Wilson C. Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;32(1):100-2.
11. Fujimoto S, Iwawaki Y, Takishita Y, Yamamoto Y, Murota M, Yoshioka S, et al. Effects and safety of mechanical bathing as a complementary therapy for terminal stage cancer patients from the physiological and psychological perspective: a pilot study. *Jpn J Clin Oncol*. 2017;47(11):1066-72.
12. Abolhassani S, Yazdannik A, Taleghani F, Zamani A. Expectations of Multiple Sclerosis Patients and Their Families: A Qualitative Study in Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2015;17(2): 1-7.
13. Melo GAA, Aguiar LL, Silva RA, Quirino GS, Pinheiro AKB, Caetano JA. Factors related to impaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Rev. Bras. Enferm*, 2019;72(4):889-95. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000400889&lng=en>.
14. Ito Y, Okuyama T, Ito Y, Kamei M, Nakaguchi T, Sugano K, et al. Good death for children with cancer: a qualitative study. *Jpn J Clin Oncol*. 2015;45(4):349-55.
15. Rustøen T, Gaardsrud T, Leegaard M, Wahl AK. Nursing pain management--a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. *Pain Manag Nurs*. 2009;10(1):48-55.
16. Slomka J, Prince-Paul M, Webel A, Daly BJ. Palliative care, hospice, and advance care planning: Views of people living with HIV and other chronic conditions. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016; 27(4): 476–484.
17. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leighl N, Rydall A, Rodin G, et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ*, 2016;188(10):217-27.

18. Nuraini T, Andrijono A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D. Spirituality-Focused Palliative Care to Improve Indonesian Breast Cancer Patient Comfort. *Indian J Palliat Care*, 2018; 24(2):196–201.
19. Ebrahimpour F, Hoseini ASS. Suggesting a Practical Theory to Oncology Nurses: Case Report of a Child in Discomfort. *J Palliat Care*. 2018;33(4):194-96.
20. Olausson S, Fridh I, Lindahl B, Torkildsby AB. The Meaning of Comfort in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurs Q*. 2019;42(3):329-41.
21. Kim EH, Kim KH. The meaning of "comfort" to elderly individuals living in long-term care hospitals. *Appl Nurs Res*, 2017;35(1): 59-63.
22. Johnson SB, Butow PN, Kerridge I, Tattersall MH. What do patients with cancer and their families value most at the end of life? A critical analysis of advance care planning. *Int J Palliat Nurs*, 2017;23(12):596-604.
23. Antonucci TC, Akiyama H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *J. Gerontol.*, 1987;42(5):519-27.
24. Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCI. The elderly with cognitive alterations in the context of poverty: a study of the social support network. *Rev. esc. enferm. USP*, 2012;4(4):906-13. Available from: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/en_18.pdf >.
25. Seibel BL, Falceto OG, Hollist CS, Springer P, Fernandes CLC, Koller SH. Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando famílias*, 2017;21(1), 120-36. Available from: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100010>.
26. Kolcaba K, Steiner R. Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *J Holist Nurs* 2000;18(1):46-62.
27. Apóstolo JL, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23(1):403-11.
28. Ranallo L. Improving the quality of end-of-life care in pediatric oncology patients through the early implementation of palliative care. *J Pediatric Oncology*, 2017;34(6):374-80.
29. Espíndola AV, Quintana AM, Farias CP, München MAB. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Rev. Bioét*, 2018; 26 (3): 371-7. Available from: < <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n3/1983-8042-bioet-26-03-0371.pdf> >.
30. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciênc. saúde coletiva*, 2013; 18(9):2523-30. Available from: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>>.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia