



Licenciatura em Enfermagem

O Fim de Vida em contexto de Cuidados Paliativos

Revisão Integrativa da Literatura

Elaborado por: Ana Paula Salgado e Cátia Preto

Alunos: nº201893365 e nº201893362

Orientado por: Professora Doutora Hortense Cotrim

Barcarena,
Junho de 2020

Escola Superior de Saúde Atlântica

Licenciatura em Enfermagem

O Fim de Vida em contexto de Cuidados Paliativos

The end of life in the context of palliative care

Revisão Integrativa da Literatura

Elaborado por: Ana Paula Salgado e Cátia Preto

Alunos: nº201893365 e nº201893362

Orientado por: Professora Doutora Hortense Cotrim

Barcarena,
Junho de 2020

As autoras são as únicas responsáveis pelas ideias expressas neste trabalho.

Agradecimentos

Ao longo do nosso percurso académico conhecemos novas pessoas, novos professores, novos colegas e amigos, uns mantivemos outros perderam-se, uns temporariamente, outros para sempre. Seria injusto e utópico não agradecer minuciosamente por todos os obstáculos e aprendizagens que tivemos ao longo do nosso percurso e as pessoas que contribuíram para tal. A nossa mente tem tendência para reviver apenas os momentos positivos, porém só sabemos desfrutá-los porque sabemos a sensação de insucesso que os obstáculos proporcionam, por isso é necessário agradecer por eles existirem.

Posto isto, agradecemos a todos aqueles que direta ou indiretamente, chorando ou sorrindo estiveram do nosso lado ao longo deste percurso árduo e contribuíram para a elaboração deste trabalho, com adjuvantes de críticas construtivas, sugestões e reapreciações.

Ainda assim, não obstante de todos os que acreditaram e estiveram do nosso lado desde o início. A vida é uma aprendizagem, um treino e com nova informação vem nova decisão e pensamento.

Por isso aprendemos que não devemos esquecer ninguém e tudo contribui para o nosso caminho na aprendizagem e crescimento. Concluindo, que agradecemos também aqueles que alguma vez desacreditaram em nós. Hoje dizemos com orgulho, fomos capazes!

Um obrigado a todos.

Pensamento

“Não faz sentido olhar para trás e pensar: devia ter feito isso ou aquilo, devia ter estado lá. Isso não importa. Vamos inventar o amanhã e parar de nos preocupar com o passado.”

Steve Jobs

Siglas e Abreviaturas

APA - American Psychological Association

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CP - Cuidados Paliativos

DECs – Descritores em Ciência da Saúde

EBSCO - (Business Source Complete)

ECEPC – European Certificate in Essential Palliative Care

EOL – End-of-Life

JBI – Joanna Briggs Institute

Medline - (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português Dos Sistemas de Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PICo - Population Intervention, Context

PSQN –Palliative Care Quiz of Nursing

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SCIELO (Scientific Electronic Library Online)

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SFAP - Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos

TMN – Tumor-Node-Metastais

Resumo

Introdução: Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes e respetivas famílias, direcionando a sua ação para os problemas que decorrem de doenças crónicas e progressivas, através da prevenção e alívio do sofrimento, controlo da dor, preparação e gestão do luto e problemas psicológicos, sociais e espirituais.

Os últimos dias e horas de vida, ou também conhecidos como fase de agonia, são focos de primordial atenção pelos profissionais de saúde. Nesta fase, o fim de vida está inerente e é fundamental priorizar as necessidades do doente e respetiva família, com o fim de adequar e prestar os melhores cuidados de saúde ao estado do doente.

Objetivo: Identificar os cuidados de conforto prestados pelo enfermeiro ao doente em fim de vida, assim como a gestão das emoções do Enfermeiro perante os cuidados paliativos. Para definirmos este objetivo, tivemos presente a finalidade de: qual o seu benefício para a Enfermagem.

Metodologia: Neste trabalho elaboramos uma revisão integrativa da literatura com o desígnio de apresentar os resultados obtidos das pesquisas de artigos sobre o tema, de forma sucinta, ampla e credível. Posto isto, com a fundamentação de uma das teorias de enfermagem de Katharine Kolcaba, iremos apresentar de forma sistemática os cuidados de conforto necessários ao doente nos últimos dias e horas de vida e por fim, como os profissionais de enfermagem podem gerir as dificuldades sentidas nesta fase da vida do doente, nos cuidados paliativos contribuindo para uma melhor prestação de cuidados.

Resultados: Foram encontrados 142 artigos, dos quais foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão delineados. Após a leitura dos mesmos, foram excluídos 134 e selecionados 9 para análise. Os resultados obtidos permitiram identificar as intervenções/ações paliativas realizadas pelos enfermeiros, às pessoas com doença crónica assim como, a gestão das dificuldades sentidas pelos enfermeiros.

Conclusões: Relativamente às dimensões que influenciam os cuidados de conforto ao doente em fim de vida, verificou-se que o fator mais consensual é a gestão da dor, logo a seguir à dimensão física segundo a teoria de Katherine Kolcaba. Os outros fatores também influenciam os cuidados de conforto, sendo eles de dimensão sociocultural, psicoespiritual e ambiental. Conclui-se, que os cuidados ao doente em fim de vida são imprescindíveis e o seu conhecimento e aprendizagem deve ser contínuo e de

investimento por parte dos enfermeiros para potenciar os cuidados e sustentar o seu bem-estar físico e mental.

Palavras-Chave: Conforto; Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem, Doente oncológico; Fim de vida.

Abstrat

Introduction: Palliative care aims to improve the life quality of sick people and their families, directing their action to problems arising from chronic and progressive diseases, through the prevention and suffering relief, pain control, mourning preparation and management and psychological, social and spiritual problems.

The last days and hours of life, or also known as the agony phase, are the focus of primary attention by health professionals. At this stage, the end of life is inherent, and it is essential to prioritize the needs of the patient and their family, in order to adapt and provide the best health care to the patient's condition.

Objective: To identify the comfort care provided by the nurse to the patient at the end of life, as well as the management of the nurse's emotions in relation to palliative care. To define this objective, we had in mind the purpose of what's their benefit for Nursing.

Methodology: In this work we elaborate an integrative literature review with the aim of presenting the results obtained from the research of articles on the topic, in a succinct, wide and credible way. That said, based on one of Katharine Kolcaba's nursing theories, we will systematically present the necessary comfort care to the patient in the last days and hours of life, and in the end, how as nursing professionals can manage the difficulties experienced at this stage of the patient's life, in palliative care, contributing to a better provision of care.

Results: 143 articles were found, of which were submitted to the inclusion and exclusion criteria outlined. After reading them, 135 were excluded and selected 9 for reading. The obtained results allowed the recognition of palliative interventions / actions performed by nurses, for people with chronic illness as well as the management of the difficulties experienced by nurses.

Conclusions: With regard to the dimensions which influence care in the comfort of the patient in end-of-life, it has been found that it is more of a consensus in the management of pain, and then to the physical dimension in accordance with the theory by Katharine Kolcaba. Other factors have also had an impact on the care, the comfort, the latter being the socio-cultural dimension, dealing with, and the environment. It can be concluded that the in-patient care at the end-of-life is invaluable, and your knowledge, and that learning

must be a continuous investment on the part of nurses to enhance the care and support their well-being, physical and mental well-being.

Key words: Comfort; Palliative care; Nursing Care; Oncologic Patient; End of Life

ÍNDICE

Resumo	7
INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.1. O doente oncológico em fim de vida no contexto de cuidados paliativos.....	20
1.2. O olhar do enfermeiro no doente oncológico em fim de vida	23
1.3. Gestão das emoções do enfermeiro.....	26
1.4. Teoria do conforto de Katherine Kolcaba em contexto de fim de vida	28
2. METODOLOGIA	32
2.1. Seleção do tema e questão de investigação.....	32
2.2. Caracterização e objetivos do estudo.....	33
2.3. Critérios de inclusão e exclusão.....	34
2.4. Estratégia de pesquisa	34
2.4.1. Definição das palavras-chave	34
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	37
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
4.1. Dimensão física na prestação de cuidados.....	56
4.2. Dimensão psicoespiritual na prestação de cuidados	57
4.3. Dimensão sociocultural na prestação de cuidados.....	58
4.4. Competências e gestão de emoções dos profissionais de saúde para maximizar a prestação de cuidados.....	59
4.5. Implicações para a prática de Enfermagem	60
APÊNDICES	69
Apêndice 1 – Cronograma	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo PRISMA da seleção de artigos.....	36
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Palavras-chave e operadores de busca booleanos	35
Tabela 2 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 1.....	38
Tabela 3 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 2.....	38
Tabela 4 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 3.....	39
Tabela 5 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 4.....	39
Tabela 6 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 5.....	40
Tabela 7 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 6.....	40
Tabela 8 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 7	41
Tabela 9 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 8.....	41
Tabela 10 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 9.....	42

INTRODUÇÃO

Atualmente em Portugal vivencia-se uma preocupação e investigação crescente na prestação de cuidados paliativos. O Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010) define estratégias para dar resposta às necessidades de prestação de cuidados paliativos a doentes oncológicos em fases progressivas da doença, a doentes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em fase terminal, doentes com insuficiências avançadas de órgãos, doenças degenerativas, entre outros. Tal como afirma Pereira (2010, p.14),

São várias as situações de doença com carácter evolutivo que conduzem a um estado terminal e que beneficiam da prestação de cuidados paliativos, designadamente, as doenças oncológicas em estado avançado, as patologias degenerativas e graves do sistema nervoso central, a síndrome da imunodeficiência adquirida em fase avançada, as designadas insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, renal, hepática), e as demências em estado adiantado. Estas doenças, particularmente quando em situação adiantada e em rápida progressão, assumem grande complexidade e conduzem a uma debilitação progressiva do estado geral da pessoa, com o surgimento de múltiplos sintomas e problemas.

Porém, o programa constata a escassez de resposta em cuidados paliativos em Portugal e salienta a necessidade de objetivos vigorosos para a realização de um percurso ambicioso para alcançar rácios europeus significativos na matéria. Com evolução tecnológica, os cuidados direcionados para o tratamento estão em quebra, perante as medidas de promoção e prevenção, o fracionamento dos cuidados prestados por parte dos profissionais de saúde, entre outros fatores, têm cooperado para um cuidado da pessoa pouco holístico, isto é, pouco focalizado para sua individualidade e singularidade, realçando as necessidades de carácter biológico e fisiologia em danificação das necessidades psicossociais, espirituais e afetivas.

“O peso crescente das doenças crónicas está a provocar um forte impacto nos sistemas de saúde tanto ao nível das respostas como da sua própria sustentabilidade. As doenças crónicas estão a afetar um número cada vez maior de pessoas, em todo o mundo, sendo que quase um terço dos adultos vive com duas ou mais doenças crónicas.” (Adalberto Fernandes, 2019, p.4) Posto isto, a evolução epidemiológica em relação à prevalência de

doenças crónicas e degenerativas, de situações dependência e oncológicas, conduz na maioria das vezes à situação de terminalidade, determina o fomento de cuidados de saúde dirigidos a doentes em fase terminal.

Assim sendo, é verificável um aumento eloquente da longevidade, congruente ao aumento das doenças crónicas e incapacitante, levando ao acampamento do processo de morte por parte dos enfermeiros, carecendo o desenvolvimento de uma relação interpessoal e de empatia com o doente. Assim a arte do cuidar, ter compaixão e empatia pelas pessoas que não têm prisma de cura impõe gatilhos desafiantes ao enfermeiro, sendo o elemento da equipa de saúde que permanece ao lado do doente 24 horas, partilha com eles sentimentos, experiências e satisfaz as suas necessidades: psíquicas, emocionais e/ou afetivas, espirituais e físicas.

O objetivo essencial dos Cuidados Paliativos, consiste em ajudar os doentes e suas famílias a realizar a transição de uma luta contra a morte por uma busca da paz e alívio do sofrimento, através de uma abordagem global e holística nas diferentes áreas – física, psicológica, social e espiritual. São cuidados que visam o conforto máximo do doente e família. Esta etapa é facilitada com o alcançar do mais alto grau de conforto físico possível, aumentando assim a qualidade de vida (Twycross, 2007). Assim sendo, a família tem um papel muito importante e primordial sendo que tanto o doente como a família devem ser assim, considerados seres com a sua unicidade, tendo as suas crenças, experiências de vida, angústias, receios, medos, valores e expectativas, que devem ser respeitados, principalmente na sua vivência face à morte e ao seu processo.

Perante esta realidade, o doente tem de ser visto e abordado segundo perspectiva holística de forma a serem prestados melhores cuidados, tendo em conta as suas necessidades, segundo Pereira, S. M. (2011, p.12):

As pessoas com doença grave, incurável e progressiva, sobretudo quando em fase avançada e terminal, vivenciam uma multiplicidade de problemas: de cariz físico, psicológico, emocional e espiritual. Efectivamente, todas as dimensões da pessoa estão afectadas pela irreversibilidade da doença e pela morte iminente, fazendo emergir a necessidade de desenvolvimento de uma lógica de cuidados, que vise preservar a dignidade da pessoa e garantir-lhe o máximo de bem-estar durante o tempo que lhe resta viver.

Os cuidados de conforto prestados aos doentes com patologia oncológica em fim de vida, para os quais a cura já não é possível, mas a quem pode ser muito feito em termos de

promover um fim de vida digno, devem ser foco principal, e como enfermeiros, temos o papel essencial de identificação precoce dos seus sintomas e necessidades no alívio e controle dos mesmos (Santos, 2013) Desta forma, potenciamos o máximo de bem-estar e conforto, alcançando as suas necessidades, conflitos e dilemas éticos que possam surgir, assim como o alívio do sofrimento decorrente. Assim sendo, a promoção do conforto é uma perspetiva primordial nos cuidados prestados a estes doentes, sendo por vezes alvo de conflito por parte dos enfermeiros, uma vez que conseguem identificar quais as necessidades de conforto do doente, mas depois surgem dúvidas em relação à forma como sobrevir na satisfação das mesmas. Os cuidados de conforto ao doente oncológico em fim de vida dever ser primordiais e centrais na prestação dos cuidados e, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, particularmente na identificação precoce das necessidades e sintomas e na satisfação e alívio dos mesmo. Santos (2013), citando Pereira (2010) que afirma:

Atendendo à posição que os enfermeiros ocupam no seio da equipa, bem como ao facto da natureza dos cuidados de enfermagem comportar, frequentemente, uma maior proximidade e intimidade com a pessoa doente, este papel de avaliação de sintomas acaba por ser da responsabilidade destes profissionais (...) pelo que é imprescindível para tal que o enfermeiro tenha conhecimentos específicos sobre os sintomas, de forma a saber identificá-los, planear e implementar intervenções mais adequadas e avaliar os resultados dessas intervenções (...).

Os cuidados ao doente em estado terminal são dos temas mais debatidos, não só perante a literatura, mas também na vertente política, ética, jurídica e nos media. O enfermeiro, sendo a pessoa que acompanha de perto o doente nas diferentes etapas do fim de vida, assume os deveres enunciados no Artigo 108º do seu Código Deontológico, incluso na Lei nº.156/2015 de 16 de Setembro. Em corpóreo, o enfermeiro deve:

- Defender e diligenciar o direito à escolha do local e pessoas que o doente pretende que o acompanhem na sua fase terminal de vida;
- Respeitar e conceber respeito as manifestações de perda manifestadas pelo doente em fase terminal, a sua família e/ou pessoas que sejam próximas;
- Respeitar e fazer respeitar após a morte o corpo da pessoa.

Isto significa que, no que aos cuidados de enfermagem diz respeito, o enfermeiro é responsável por respeitar a vontade da pessoa e conceber as necessidades expressas pela mesma. Além disso, se valorizamos a vida, inerentemente defendemos uma morte com dignidade e as perspécticas de superficialidade que consideram a morte como um tema a evitar, um assunto “interdito” na sociedade e assustador. Porém, a morte é um acontecimento natural e inevitável que atenta a consciência da finitude, embora tentem que a mesma esteja em estado de furtadela. Tal como afirma Pereira (2010, p.21),

O carácter irreversível e progressivo da doença terminal leva a pessoa a uma situação de crescente incapacidade e, portanto, dum cada vez maior dependência. Por sua vez, a inevitabilidade da proximidade da morte é real, o que é gerador de angústia, podendo provocar sentimentos de pesar e de falta de horizontes de vida.

Ainda assim, para a família e o doente é muito difícil conformarem-se com a inevitabilidade da morte, perante os avanços técnicos e de investigação na atualidade. A atitude da família e do doente é passa por continuarem a acreditar e sustentar a possibilidade de existir “cura” e que vale a pena o investimento nesse mesmo ramo. Desta forma, a pessoa em fim de vida, como um ser que vivencia o processo de morrer, precisam de alguém que esteja junto a ele nessa mesma fase da sua vida. É nesta fase que a família tem um papel crucial no processo da doença, requerendo também necessidade de ser assistida. Assim sendo, as práticas voltadas para o cuidado das famílias com doentes em fim de vida também é primordial e tem de coexistir nas práticas dos enfermeiros. Gaspar (2013) citando Pacheco (2004), afirma que não é fácil para os familiares vivenciarem toda a fase que antevê a morte de uma pessoa próxima. O conhecimento do diagnóstico da pessoa, e principalmente a consciencialização da inevitabilidade da sua morte, é um choque muito doloroso e difícil de processar por parte da família, principalmente pelo sofrimento derivado dos medos e sentimentos que os mesmo vão vivenciar ao longo de todo o processo.

Ainda neste sentido, Morais et al (2013) salientam que não clarificar e não ser transparente perante a situação vivida pelo familiar origina medos, incertezas, frustração e angústia. Para que o enfermeiro proporcione um cuidado de forma absoluta e holística, deve deferir as necessidades do doente e familiares, interagindo com eles, dissipando problemas existentes e proporcionando uma melhoria dos cuidados e condição de bem-estar, promovendo uma morte digna e com tranquilidade. Todavia, para os profissionais

de saúde a morte é um tema controverso e divergente, uma vez que inerente ao ciclo de vida, a morte é uma metáfora de derrota e insucesso profissional, visto que os enfermeiros visam promover, prevenir e cuidar da vida das pessoas. Desta forma, sendo a morte uma vivência e situação avassaladora, associada a receios, medos e ansiedade é importante reunir informação e estudos que abordem as emoções vivenciadas pelos enfermeiros, de forma a amplificar os conhecimentos sobre as implicações que isso pode ter na prestação dos cuidados aos doentes terminais e as suas respectivas famílias. A vivência é definida como viver, sentir ou alcançar, conceito que abrange aspetos subjetivos do relacionamento enfermeiro-utente e como esse binómio pode ter influência no processo de saúde, beneficiando o conhecimento sobre as principais necessidades de cuidado do doente terminal, assim como à sua família, bem como as intervenções que visam melhorar os cuidados prestados nessa fase (Morais et al., 2013).

Assim sendo, atentando o previamente referido e refletindo no nosso futuro como profissionais de saúde, no âmbito da unidade curricular de Ciclos Temáticos, inserida no plano de estudo do 2.º semestre do 4.º ano do curso 16.º curso de Licenciatura em Enfermagem, desenvolvemos uma revisão integrativa da literatura de síntese qualitativa denominada O Fim de Vida em contexto de Cuidados Paliativos.

Consideramos que para os enfermeiros esta revisão integrativa da literatura é benéfica para a sua prática clínica a nível dos cuidados paliativos, na área da promoção de conforto ao doente oncológico em fim de vida, sendo fundamental investigar e trabalhar conhecimentos na área de forma a melhorar os cuidados de conforto prestados pelos enfermeiros e potenciar uma melhor gestão das vivências experienciadas na fase em fim de vida por parte do doente e enfermeiro.

Posto isto, para o desenvolvimento deste trabalho tivemos como base a técnica de análise de conteúdo de Bardin e com a fundamentação de uma das teorias de enfermagem de Katharine Kolcaba. Além disso, para o previsto desenvolvimento do trabalho foi previsto como base o seguinte **objetivo geral**: como é vivenciado fim de vida em contexto de cuidados paliativos e, como objetivos específicos:

- Analisar as características do doente oncológico em fim de vida e a sua família;
- Analisar os cuidados de enfermagem para promover o conforto ao doente oncológico em fim de vida;
- Analisar a gestão de emoções por parte dos enfermeiros;

Em relação à estrutura geral do trabalho, inicia-se com o enquadramento teórico. Segue-se a explicitação da metodologia utilizada para a realização da revisão integrativa da literatura, a seleção do tema e a enunciação da questão de investigação e de objetivos, a escolha dos critérios de inclusão e exclusão, as bases de dados escolhidas e o procedimento de seleção de recolha de dados. De seguida, apresentamos os resultados obtidos através da nossa pesquisa, a nossa análise perante resultados, a discussão dos resultados e as implicações para a prática de enfermagem.

A realização deste trabalho segue as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde Atlântica. As referências bibliográficas e citações mencionadas segundo as normas APA (American Psychological Association).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O doente oncológico em fim de vida no contexto de cuidados paliativos

Em Portugal, em 2018 segundo as estatísticas da base de dados de Portugal contemporâneo, os tumores malignos são responsáveis por cerca de 24,6% mortes, sendo a segunda causa que mais leva à morte comparativamente as restantes nove causas.

O doente paliativo é uma pessoa de qualquer idade (e não apenas idoso) que apresenta uma patologia (oncológica ou não oncológica) e necessita de cuidados que podem ser prestados ao longo de semanas, meses e até anos (Neto, 2010).

Os cuidados paliativos focam essencialmente na prevenção e alívio do sofrimento, potenciando a qualidade de vida para o doente e família no processo de morte, quer para o doente quer para as suas famílias que enfrentam doenças com risco de vida em diferentes contextos e dimensões. (Bernado, et al., 2016) Os cuidados de enfermagem baseiam-se numa visão holística da pessoa, isto é, na relação permanente com o outro, na sua dimensão física, psicossocial e espiritual, essa relação com o outro passa pela comunicação, empatia, cuidado físico e toque. (Carvalho, 2002) Os membros que constituem a equipe multidisciplinar, com foco primordial nos enfermeiros, que vivenciam as experiências com a pessoa e acarretam práticas de cuidados imprescindíveis 24 horas do seu dia, colaboram com a pessoa e/ou a família para identificar e melhorar suas preocupações físicas, psicológicas, sociais e espirituais por meio de cuidados orientados para os seus valores e objetivos. Posto isto, pode acompanhar o tratamento ativo ou ser o principal prestador dos cuidados (ANCP, 2014, p.42).

As pessoas necessitam de apoio significativo dos prestadores de cuidados para envolverem-se em atividades de vida diária. (Konietzny & Anderson, 2018) Desta forma é possível favorecer a proximidade nas relações entre enfermeiro-paciente e estabelecer uma relação empática entre ambos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011) reconhece que há uma necessidade urgente de serviços de cuidados paliativos para condições além do cancro, enfatizando particularmente que eles devem ser capazes de atender às complexas necessidades de cuidados dos adultos mais velhos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), cuidados paliativos são considerados cuidados cujo objetivo passa por melhorar a qualidade de vida dos doentes em fase terminal e das suas respetivas famílias, procedendo assim ao controlo e alívio dos sintomas e respetivo sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento adequado.

“Os cuidados paliativos têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas, o alívio psicológico, espiritual e emocional, o apoio á família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.” (Direção Geral da Saúde, 2005)

Do conjunto de patologias existentes na atualidade, o cancro é a doença crónica mais receada pela sociedade, devido a sua complexidade e elevada causa de morte nos países industrializados com tendência progressiva e carreta consigo elevada carga emocional associado ao medo, ao receio, à incerteza, o sofrimento, à dor e à morte, e carga física associado as alterações decorrentes do desenvolver da doença (Pereira e Lopes, 2002). Segundo o Relatório de Primavera de 2012 do Observatório Português Dos Sistemas de Saúde (OPSS), uma das principais causas mais salientadas de morbilidade e mortalidade é a doença oncológica, com impacto elevado nos doentes, familiares e sociedade. Posto isto, não só afeta o próprio nos seus domínios (físico, psicoespiritual, ambiental e social) como aos seus familiares e amigos. Acarreta consigo um impacto negativo na qualidade de vida e perceção de saúde dos doentes e os seus familiares, desequilibrando o seu meio psicossocial e físico e, por sua vez, todo o núcleo familiar e identidade do mesmo. Leva assim, a frequentes alterações nas vidas das pessoas dos doentes e familiares para combater contra uma doença limitante e incapacitante.

Desta forma, o cuidar da pessoa em fase final de vida tem vindo a restituir um ponto de elevada preocupação na área da Enfermagem. Na abordagem a estes doentes a intervenção foca-se no sentido de aliviar o seu sofrimento e promover um fim de vida com dignidade e qualidade (Twycross, 2003; DGS, 2004) e o enfermeiro tem o papel essencial em todo o processo, fundamentalmente na prestação de cuidados que permitam a satisfação do doente, o alívio sintomático e apoio psicológico, emocional e espiritual ao doente e família (Pereira, 2010). Assim sendo, o desenvolvimento de cuidados segundo a lógica de base da filosofia dos cuidados paliativos é fundamental, uma vez que preserva a dignidade da pessoa e que garante conforto e bem-estar necessário à pessoa. A OMS define assim CP como:

Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também psicossociais e espirituais (ANCP, 2006, p.3).

O conceito de conforto tem sofrido diferentes significados devido as constantes evoluções no âmbito histórico, político-social e técnico-ciêntifico. No entanto o mesmo é bastante abordado na prática de enfermagem e é um elemento inerente aos cuidados de enfermagem.

“Confortar, do latim confortare, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar; dar alento.” (Apóstolo, 2009)

Foi Florence Nightingale que definiu as primeiras conceções de conforto, para a qual uma boa enfermeira é aquela que sabe o que fazer para tornar um doente confortável, o que realça o conforto como uma preocupação central ligada à disciplina de enfermagem (Apóstolo, 2009). Já autora, Janice Morse, partindo de uma perspetiva humanística da enfermagem, estudou as ações agregadas ao conforto, concluindo que este é ação de enfermagem mais importante na prestação dos cuidados para um bem-estar. Para a autora, tocar e falar são dois componentes essenciais do processo de conforto, sendo este um estado de bem-estar que pode ocorrer ao longo do estado do continuum saúde-doença, e que constitui o estado final das ações terapêuticas de enfermagem (Apóstolo, 2009). Porém, Katharine Kolcaba tendo em conta uma perspetiva mais holística da intervenção de enfermagem, define o conforto como uma necessidade básica que ocorre em três estados (alívio, tranquilidade e transcendência) e em quatro domínios (físico, psicoespiritual, ambiental e social) (Konietzny & Anderson, 2018). Posto isto, a pessoa é fortalecida quando está em estado de conforto.

O conforto engloba a experiência de ter beneficiado de alguma forma de ajuda, seja por parte de alguém que contribuiu para fortalecê-lo ou algo, e de ter através disso adquirido ou intensificado a capacidade individual para enfrentar situações e/ou algo. Posto isto, o conceito de “conforto” acarreta um elevado interesse e potencialidade para a enfermagem, uma vez bem valorizado e aplicado pode levar a resultados excelentes. Além disso, já hoje o conforto emerge de (sub)resultados dos cuidados de enfermagem,

associado seja à gestão ao controlo de sintomas, quer à satisfação relativa aos cuidados e aos seus resultados.

Assim sendo e em conformidade com as informações anteriormente descritas, surge a necessidade da implementação de intervenções de Enfermagem que visam a aumentar o conforto do doente oncológico em fase terminal em diversas perspetivas, sendo estas, as perspetivas física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental e como tal Katherine Kolcaba desenvolveu assim uma teoria, denominada de Teoria de conforto de Katherine Kolcaba.

Segundo Kolcaba (2003), o doente é um indivíduo, família ou comunidade com necessidade de cuidados de saúde (primários, secundários ou terciários), e o ambiente consiste nos aspetos que o rodeiam, que afetam o conforto, e que podem ser trabalhados para se atingir o conforto e a hemóstase na vida.

O objetivo indispensável dos cuidados paliativos, compreende na ajuda aos doentes e a sua família a passar por uma transição de luta contra a morte, processo inerente e inevitável, para uma busca da paz e alívio do sofrimento, segundo uma abordagem global e uma visão holística nas várias dimensões – física, psicológica, social e espiritual. São cuidados que promovem o máximo conforto ao doente e a família. Assim, esta etapa é simplificada quando o grau de conforto físico possível é atingido, potenciando a qualidade de vida da pessoa e da família (Twycross, 2007).

1.2. O olhar do enfermeiro no doente oncológico em fim de vida

Na fase final de vida o propósito primordial dos cuidados é proporcionar o máximo de conforto ao doente oncológico e as intervenções de enfermagem devem ser dirigidas e efetivadas nesse sentido.

Antes de falar sobre o papel do enfermeiro é relevante inserir os 3 princípios gerais que estão presentes e devem ser inerente em todos os cuidados a serem prestados pelo enfermeiro.

1 — As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

2 — São valores universais a observar na relação profissional:

a) A igualdade;

b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;

c) *A verdade e a justiça;*

d) *O altruísmo e a solidariedade;*

e) *A competência e o aperfeiçoamento profissional.*

3 — *São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:*

a) *A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;*

b) *O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;*

c) *A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.*

(Ordem dos enfermeiros , 2015)

Segundo Pacheco (2004, p.64) papel do enfermeiro aos doentes com patologia oncológica em fim de vida, centra-se nos cuidados com uma visão holística e onde a cura já não é perspetiva, mas a quem pode ser muito feito em termos de promover um fim de vida digno, com o objetivo de promover bem-estar e conforto, alcançando as necessidades inerente, conflitos e dilemas éticos que possam surgir, angústias e receios do doente e da família, assim como o alívio do sofrimento decorrente.

A Enfermagem cuida da vida inteira, desde antes do nascer até depois da morte, é ela que faz os preparativos do corpo e segue com a rotina hospitalar. É por intermédio das ações de cuidar que o enfermeiro demonstra o compromisso com a vida. Assim, desenvolve o processo de cuidar, que é constituído das ações, atitudes e comportamentos praticados com o cliente através de embasamento científico, com a finalidade de promover, manter a dignidade e a totalidade humana. (Lindolpho, Caldas, Sá, & dos Santos, 2016)

O cuidado em fim de vida consiste em diferentes aspetos do cuidado, como o controlo de sintomas, cuidados pessoais, como tomar banho, informar a família e apoiar o paciente e a família. (Noome, Kolmer, Leeuwen , Dijkstra, & Vloet, 2016) Tendo em conta, cuidar tanto na dor na vertente física como na vertente psicológica, auxiliar nas atividades de vida diárias alteradas, promover o conforto, esclarecer a família sobre os cuidados paliativos e o processo de morte são fulcrais nos cuidados por parte do enfermeiro ao doente em fim de vida.

O fazer do enfermeiro não inclui apenas a execução de procedimentos técnicos preocupados somente com a manutenção dos princípios científicos, mas ocupa-se de

tratar o “Templo do Espírito Santo” e por isso é a mais bela das artes. Então, torna-se necessário despertar para a intersubjetividade do cuidado de enfermagem, pois cuida-se de pessoas e as pessoas estão envolvidas por emoções, sentimentos de dor, de perda, medo do sofrimento, da morte, por dificuldades no seu dia a dia (familiares, socioeconômicas) e a própria fragilização proporcionada pela doença. (Lindolpho, Caldas, Sá, & dos Santos, 2016)

Além disso, é preciso ter em consideração, tal como refere Frias (2012, p.21):

O contexto influência a forma como o enfermeiro está com a pessoa em fim de vida, por tal razão é fundamental a existência de uma cultura organizacional em que os gestores valorizem modelos de cuidados em que o interesse pela doença não pode superar o interesse pelo doente.

Desta forma e segundo Frias (2012), cuidar de doentes em fim de vida em meio hospitalar requer que o Enfermeiro adapte e personalize os seus cuidados de acordo com uma filosofia de CP e acabe por fortalecer ações paliativas as quais não está, maioritariamente, preparado, para o habilitar a lidar com doentes que requerem atenção e necessidades particularizadas, no controlo de sintomas, de forma a potenciar uma morte com dignidade e em paz, isto é, com o máximo conforto possível.

Nestas alturas, os profissionais de saúde vêem-se confrontados com perguntas por parte dos doentes e a sua família como: ‘ou ‘estou a morrer? Vou morrer?’ quanto tempo resta?’ e por sua vez, os mesmos interpretam as perguntas como difíceis, mas quando são entendidas de forma clara e correta, leva ao desenvolver de perspetivas importantes e a respostas fornecidas que geralmente influenciam a mudança na perspetiva futura de quem questionou (Nyatanga, 2019).

“Os sintomas são experiências multidimensionais e variam com a fisiopatologia subjacente e com o indivíduo.” (Boland & Star, 2018) Neste sentido, os enfermeiros valorizam o conforto nos seus cuidados. Assim, o conforto holístico baseia-se em quatro princípios: o conforto é geralmente próprio de uma condição; o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo; qualquer intervenção de enfermagem holística melhora o conforto ao longo do tempo e o conforto total é maior do que a soma das partes (Dowd, 2004 cit. Nicolau, 2013).

O cuidado ao doente terminal deve focar-se no seu acompanhamento, no alívio de sintomas e sofrimento e na promoção do máximo bem-estar, conforto e dignidade humana durante os seus últimos dias (Valente, 2008).

“A intervenção farmacológica resulta da administração de terapêutica. É um dos métodos mais utilizados no controlo da dor que tem como objetivo a melhoria da capacidade funcional da pessoa e da sua qualidade de vida” (Direção Geral de saúde, 2010).

Assim sendo, Boland & Star (2018), afirmam que o controlo dos sintomas é um fator que se deve ter em conta no que diz respeito à prestação dos cuidados em fim de vida face ao doente em estado terminal e tendo em conta que os sintomas diferem de doente para doente é de extrema importância proceder-se à avaliação completa de cada doente.

Em concordância com a informação anteriormente referida, para Paice & Ferrel (2011), as abordagens farmacológicas compreendem a administração de opióides, não opióides e analgésicos adjuvantes, que visam a atuar no sistema nervoso, diminuindo ou atenuando os sintomas, de forma a melhorar a qualidade de vida.

Não esquecendo todas as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que direta ou indiretamente o enfermeiro pode realizar à pessoa, é essencial ter presente a perspetiva do mesmo no “seu todo”, de forma a chegar a todas as suas necessidades alteradas e ajudá-lo nessas mesmas. Posto isto, o enfermeiro precisa de gerir todos os sentimentos que o rodeiam e que o mesmo se vê confrontado, uma vez que o cuidar da pessoa em que a cura já não é resolução e a morte é inerente, vai gerir reações angustiantes e de impotência do seu trabalho. O cuidar de um paciente em fase final ou cuja cura não é possível influencia nas reações que o profissional de saúde tem quando o paciente morre, (Albuquerque, 2016).

1.3. Gestão das emoções do enfermeiro

Segundo o estudo de Nishal Pinto, Poornima Bhola, Prabha S. Chandra (2019) na Índia com o tema: “O cuidado no final da vida é mais do que o tratamento de feridas”: as perceções de profissionais de saúde sobre aspetos psicológicos e interpessoais necessidades de pacientes com cancro terminal, os prestadores de cuidados demonstraram sensibilidade à experiência de emoções negativas e vulnerabilidades na dimensão da saúde mental entre os seus pacientes quando se aproximavam da fase de final de vida.

Pois era quando os pacientes vivenciavam uma série de emoções negativas, angustiantes, frustração, raiva e incertezas.

Estar ao lado pessoa, tal como acontece no papel do enfermeiro que acompanha o doente ao longo dia e noite, estabelecer um entendimento mútuo entre o paciente e os profissionais de saúde e criar uma ligação de cordialidade forma a natureza e a base do relacionamento que promove a prestação dos cuidados paliativos. (Pinto, Bhola, & Chandra, 2019)

No fim de vida normalmente o comportamento de raiva está presente como um mecanismo de defesa do próprio doente, sendo assim um desafio para os profissionais de saúde pois requer a criação de uma relação empática com o doente, favorecida por uma comunicação empática, clara e eficaz compreendendo e respeitando a própria raiva dos utentes, evidenciando a sua compaixão face a situação vivida pelo mesmo. Cabe aos enfermeiros e restantes profissionais de saúde gerir as suas emoções e controlar a raiva que o doente sente, não fazendo transparecer na relação com este.

Segundo o estudo de Pinto, Bhola, & Chandra (2019) os enfermeiros, deparam-se com emoções, como raiva, tristeza, desamparo e culpa. Foi mencionado neste estudo casos em que não conseguiram responder às necessidades dos pacientes, como fornecer ajuda financeira ou garantir a segurança e o bem-estar do cônjuge sobrevivente. Um participante comentou: *“Eu ainda tenho esse sentimento de culpa. Ela acabou de pedir uma banana, mas eu não a dei porque ela era diabética. Não pude realizar seu último desejo.”* Dois outros participantes compartilharam: *“Às vezes, sinto o quanto fazemos por eles, mas eles ainda são infelizes;”* *“Também ficamos irritados com eles, quando dizem algo de mau sobre nós, apesar de fazermos tanto.”*

No mesmo estudo é descrito que os enfermeiros obtiveram vínculos estreitos com alguns pacientes, proporcionando também mais esforço para dedicar mais tempo a estes e responder às suas necessidades. Relatando que vivenciaram uma experiência difícil após a morte desses pacientes. (Pinto, Bhola, & Chandra, 2019)

Comprova-se que a forma como o enfermeiro interage e comporta-se com os utentes e familiares afeta os mesmos. Caso o enfermeiro esteja consciente e confiante da sua prática e conhecimentos necessários para os cuidados em fim de vida, o paciente e a sua família estarão mais informados, esclarecidos e preparados, havendo cuidados corretamente

prestados. Mas para isso, o enfermeiro precisa de estar preparado, não só a nível de conhecimentos teóricos e práticos, mas também na sua dimensão espiritual e mental face ao processo de morte e os conflitos que a mesma acarreta na sua prática. (Pinto, Bhola, & Chandra, 2019)

“Ao experimentar a perda dos pacientes, o enfermeiro pode sofrer angústia com a finitude, mas isto resgata a condição existencialista do ser no mundo, dá o sentido da vida. Abordar este assunto resgata em cada um a sua finitude, a terminalidade.” (Lindolpho, Caldas, Sá, & dos Santos, 2016)

1.4. Teoria do conforto de Katherine Kolcaba em contexto de fim de vida

Consideramos que e segundo Kolcaba (2010) proporcionar conforto ao doente oncológico em fim de vida é um desafio para os cuidados paliativos, uma vez que a maioria das dimensões e domínios da pessoa no seu todo, estão danificadas e alteradas. As necessidades da pessoa encontram-se alteradas e acarretam um papel de difícil resolução, pelo que é necessário por parte dos profissionais de saúde um desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas, assim como uma referência teórica que oriente e preserve essas competências e prestação de cuidados.

Para a enfermagem, o objetivo de conforto, a curto prazo é o de aliviar o desconforto da pessoa e gerir a sua dor. O outro objetivo é de ajudar a pessoa a manter a sua “saúde”, ainda que para tal necessite de auxílio para gerir o desconforto. (Apóstolo, 2009) A saúde, compreende o harmonioso funcionamento do doente, promovendo o alcance do conforto na sua totalidade e é neste estado que o papel do enfermeiro é primordial. Implementando intervenções com o objetivo de confortar as necessidades do doente, implementadas medidas de conforto para retorquir às suas necessidades, e reavaliar após a implementação das medidas o nível de conforto do mesmo em relação ao estado anterior de forma a comparar as necessidades combatidas e/ou mantidas, para alcançar resultados na sua prática de cuidados e/ou aprender a consolidar os mesmos.

Na perspetiva de Kolcaba (2010), a pessoa é um indivíduo com necessidades de cuidados de saúde e o ambiente externo, acaba por influenciar a dimensão do conforto, no entanto, sendo um domínio de fácil gestão e modificação, pode ser manipulado para atingir-se o conforto na sua totalidade. Para a autora, o conforto é um estado holístico e complexo,

um resultado desejado e importante nos cuidados de saúde, face as medidas de conforto aplicadas tendo em consideração a individualidade da pessoa e o seu todo.

A forma de arte em enfermagem é chamada de cuidados de conforto que requerem um processo de ações, concretamente intervenções de enfermagem, com perspetiva homogénea que levem ao produto de conforto ganho por parte da pessoa, produto esse que é resultado da conceção desse processo, as intervenções de enfermagem.

O processo fica completo até que o produto, conforto aumentado, ocorra e este pode ser alojado dentro de um processo contínuo (Apóstolo, 2009).

Perante esta perspetiva é importante referir a teoria do conforto de Katherine Kolcaba. A teoria do conforto é uma prática de enfermagem que foi desenvolvida por na década de 1990, por Katherine Kolcaba, que teve grande impacto na sistematização e prática do mesmo e que proporcionou um impacto na prática de saúde, pesquisa e educação. A teoria do conforto contempla numa experiência de caráter imediato, fundamentado nas necessidades de tranquilidade, alívio e transcendência, de acordo com as dimensões: físicas, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2010). A autora refere que o conforto é assim um estado onde todas as necessidades relativamente aos estados de tranquilidade, alívio e transcendência estão satisfeitas. O alívio é o estado relativo a uma necessidade que foi satisfeita promovendo o restabelecimento do seu funcionamento padrão, isto é, um estado desconforto e/ou necessidade concreta que é realizada. A tranquilidade, é uma condição de satisfação e serenidade, que potencia um desempenho eficiente. A transcendência, é o estado em que refere que cada pessoa tem potencial e competência para controlar e definir o seu destino e conseqüentemente, resolver os seus problemas, um estado em que a pessoa consegue estar superior aos problemas e a sua dor. Além da teoria ser fundamentada nos três estados referidos anteriormente, os mesmos são desenvolvidos em quatro dimensões, a dimensão física do conforto é referente aos agentes causadores das alterações do estado físico da pessoa, nomeadamente as sensações corporais como a dor e outros sintomas, relacionados com o processo da doença. A dimensão psicoespiritual do conforto referente a si, a sua auto-estima, amor-próprio, a ser independente, sentir-se informado e útil. Articula com a componente mental, emocional, crenças e valores. A dimensão sociocultural está submissa aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, incluindo a continuidade e envolvimento no cuidado, participação no plano de cuidados e tomada decisão. Está interligado também com os cuidados

referentes as relações familiares, uma vez que a mesma é importante para a pessoa sentir-se confortável e sem medo fazendo-a sentir-se em casa e valorizada. Considerando os aspetos financeiro e costumes e tradições familiares.

Consideramos que e segundo Kolcaba (2010) o conforto e o estado de continuidade do mesmo, exige-se compreensão por parte dos profissionais de saúde, dos familiares e inclusive do doente, das intervenções e medidas de cuidado que vão ou não proporcionar conforto ao doente em fim de vida. Posto isto é importante o diagnóstico de enfermagem, com intuito de levantar questões que levem à realização de um plano de cuidados centrado no doente, perspectiva holística, que alcança o seu conforto em todas as dimensões e estados e, concludentemente, o conforto dos familiares e dos profissionais de saúde criadores desse objetivo.

Segundo Kolcaba (2010) em relação aos cuidados de conforto holístico ao doente em fim de vida refere que é de primordial e essencial importância e compreensão, pelos profissionais de saúde, família e doente, as intervenções que vão ou não proporcionar conforto ao doente, uma vez que o mesmo deseja uma boa morte, e esperança para uma libertação, uma vez que cada pessoa que participa nesse processo é proactivo e as intervenções levantadas perante o mesmo são focadas para os seus objetivos.

Aprimorando o conforto promovemos que as pessoas procurem comportamentos de procura de saúde e melhora da mesma, comportamentos internos, face a cura da função orgânica, fisiologicamente falando e comportamentos externos, como a adoção de estilos de vida saudáveis e promoção da saúde. Face a estes comportamentos implementados os mesmo acarretam elevada importância e resultados positivos e benéficos, tanto para a própria instituição e profissionais de saúde, nomeadamente na redução de recursos, custos e gestão de tempo, quer para o aumento da satisfação por parte dos doentes recetores dos cuidados (Kolcaba, Tilton e Drouin, 2006).

O fim de vida e o seu contexto em cuidados paliativos requer um trabalho complexo, com exigência de competências especializadas e contínuo trabalho e aprendizagem por parte dos profissionais de saúde. Os cuidados que são prestados nos cuidados paliativos e face ao processo em fim de vida, foca num processo de proporcionar conforto que necessita de conceptualização e de operacionalização para ser um processo completo (Apóstoto, 2009).

Posto isto, a educação para o cuidado no processo de fim de vida, de morte nos cuidados paliativos propõe para Kolcaba (2010), quebrar paradigmas de como a morte é encarada e enfrentada pela sociedade e prestadores de cuidados. Os cuidados paliativos acarretam nos seus princípios que a pessoa em processo final de vida, precisa ser respeitada e entendida na sua totalidade.

A teoria do conforto de Katherine Kolcaba fundamenta essa mesma perspetiva e fins como:

- Os enfermeiros avaliam as necessidades de conforto levantadas e não consideradas dos doentes e /ou familiares;
- Os enfermeiros levantam diagnósticos de enfermagem, planeiam um plano de cuidados com intervenções para melhorar o conforto dos doentes e/ou familiares;
- Têm em consideração os resultados esperados e obtidos, para comparar se a intervenção é eficaz e o conforto é aumentado, ou posteriormente aperfeiçoar, caso o resultado seja contrário;
- Quando o conforto está alcançado e é fortalecido num estado de continuidade, o doente e os seus familiares, assim como as instituições melhoram os seus resultados mutuamente, (Kolcaba, 2010).

A relevância de abordar o tema: o fim de vida em contexto de cuidados paliativo está relacionado com a teoria de conforto de Kolcaba para fundamentação do planeamento de enfermagem e aperfeiçoamento da prática de cuidados. O objetivo na realização do nosso trabalho parte da aplicabilidade da teoria de Kolcaba aos cuidados de enfermagem, que oferecem conforto ao doente em fim de vida.

2. METODOLOGIA

2.1. Seleção do tema e questão de investigação

A partir das investigações, bem como da evidência atualmente disponível em relação às doenças oncológicas e a sua contextualização associada ao fim de vida, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura (RIL).

A escolha de realizar uma RIL permitiu objetivar e sumular a avaliação crítica face ao assunto “O Fim de Vida em Contexto de Cuidados Paliativos”, permitindo a fundamentação e composição do nosso trabalho. Sousa, Vieira, Severino, & Antunes (2017) citando Mendes et al., (2008) referem que:

A revisão integrativa da literatura é um método de investigação que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre um tema investigado, em que o produto final é o estado do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução de custos, além disso, permite a identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações.

O tema escolhido por nós e com importância particular para ambas é: Fim de vida em contexto de cuidados paliativos. Para a RIL partimos da seguinte questão norteadora: Quais os cuidados/intervenções de conforto que o Enfermeiro pode proporcionar ao doente oncológico, em contexto fim de vida, nos cuidados paliativos?

Segundo Higgins e Green (2011), a formulação de uma questão de partida é a parte mais crítica e talvez a mais difícil de realizar, pois ela irá condicionar todo o trajeto do estudo. Os autores da revisão devem incluir os estudos que lhes permitam responder à sua pergunta de revisão. (Noyes, et al., 2019)

Segundo as guidelines de Joanna Briggs Institute (JBI) formulou-se a questão de investigação a partir da estratégia PICO, onde considerou-se *Population* (P), as pessoas em fim de vida; *Interest Area/Intervention* (I) cuidados de conforto; *Context* (Co), cuidados paliativos/doentes oncológicos.

Sousa, Vieira, Severino, & Antunes (2017) citando Ganong, (1987); Mendes et al., (2008), salientam que esta questão de partida bem delimitada irá facilitar a definição dos descritores e a execução da procura dos estudos. Pode ser delimitada, focalizando uma

intervenção específica, ou ser mais abrangente, podendo incluir diversas intervenções, ou práticas na área da Enfermagem.

2.2. Caracterização e objetivos do estudo

Escolhemos realizar uma RIL uma vez que a mesma é um método específico, que permite sintetizar a literatura teórica ou empírica, para proporcionar uma ampla compreensão do fenómeno que queremos estudar. Além disso, tem um papel fundamental e primordial na Prática Baseada na Evidência (PBE) em enfermagem, contribuindo para o aperfeiçoamento e enriquecimento das suas práticas.

A revisão RIL é um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica. (Souza et al., 2010)

Delineamos o objetivo geral de: identificar quais os cuidados de conforto prestados pelo enfermeiro ao doente em fim de vida e para definirmos este objetivo, tivemos presente a finalidade de: qual o seu benefício para a Enfermagem e de que forma pode potenciar a nossa prestação de cuidados.

- Analisar as características do doente oncológico em fim de vida e a sua família em âmbito hospitalar;
- Analisar as intervenções de enfermagem para promover o conforto ao doente oncológico em fim de vida, em Cuidados Paliativos;
- Analisar a gestão de emoções por parte dos enfermeiros;

Achamos também pertinente delinear os objetivos específicos mencionados anteriormente, uma vez o enfermeiro tem um papel fundamental nos cuidados de conforto dos doentes oncológicos em fim de vida e por sua vez, ajuda o mesmo arranjar estratégias ligadas as emoções experiências. Focámo-nos assim nos cuidados de conforto que o enfermeiro pode proporcionar em fim de vida ao doente oncológico, permitindo uma melhor gestão de emoções por parte do mesmo de forma a otimizar os cuidados prestados e potenciando a dignidade do doente.

2.3. Critérios de inclusão e exclusão

Além dos critérios definidos na questão da estratégia PICO, considerou-se incluir estudos no idioma português-brasileiro e inglês, estudos com texto integral disponível, publicados entre 2015 e 2020 (últimos 5 anos), população idosa (+65 anos) e descritores definidos, presentes no título do artigo e/ou resumo.

Como critérios de exclusão definiu-se: material científico que não aborde os nossos critérios de inclusão e que tenha sido publicado antes do ano 2015.

2.4. Estratégia de pesquisa

Consideramos que a definição da estratégia de pesquisa foi primordial para a composição desta revisão narrativa, uma vez que proporcionou uma nova aprendizagem e a estudos relevantes para a nossa questão de investigação.

2.4.1. Definição das palavras-chave

Esta etapa consiste na definição dos termos de busca (palavras-chave) que delineamos e validamos para pesquisar os artigos nas bases de dados. Posto isto, utilizamos os marcadores *booleanos*, representados por “AND”, “OR” e “NOT”. Os operadores booleanos (delimitadores), representados pelos termos de ligação AND (combinação restritiva), OR (combinação aditiva) e NOT (combinação excludente) são utilizados como os descritores. (Sousa, Vieira, Severino, & Antunes, 2017) Assim é possível realizar pesquisas de forma alcançar e focalizar os nossos objetivos de pesquisa.

Nesta etapa da realização da RIL, a estratégia de pesquisa centrou-se, numa primeira fase, em definir e introduzir os seguintes descritores devidamente validados como descritores em Ciências da Saúde – DECs.

Numa segunda fase, delineamos o quadro seguinte que contém as nossas palavras-chave selecionadas e a elaboração da pesquisa a realizar com os operadores *booleanos* em quatro diferentes pesquisas, nas bases de dados escolhidas.

Tabela 1 – Palavras-chave e operadores de busca *booleanos*

Palavras-Chave	Pesquisas a realizar com os operados <i>booleanos</i>
“Fim de vida” e “Doente Oncológico” e “Cuidados Paliativos”	“Fim de vida” AND “Doente oncológico” AND “Cuidados paliativos”
“Fim de vida” ou “paliativo” ou “terminal” ou “morrer” e “cuidados de enfermagem”	“End of life” OR “Palliative” OR “Terminal” OR “Dying” AND “Nursing care”
“Fim de vida” ou “cuidados paliativos” ou “terminal” e “cuidados paliativos”	“End of life” OR “Palliative Care” OR “Terminal” AND “Palliative care”
“Conforto” e “doente oncológico” e “cuidados de enfermagem”	“Comfort” AND “Oncologic patient” AND “Nursing care”

2.4.2. Seleção de bases de dados

Para a seleção dos artigos recorreremos a três bases de dados segundo os seguintes critérios:

- Bases de dados que apresentem acesso livre aos motores de busca;
- Bases de dados que contenham publicações nas línguas selecionadas nos critérios de inclusão (Língua Portuguesa-Brasileira e Inglesa).

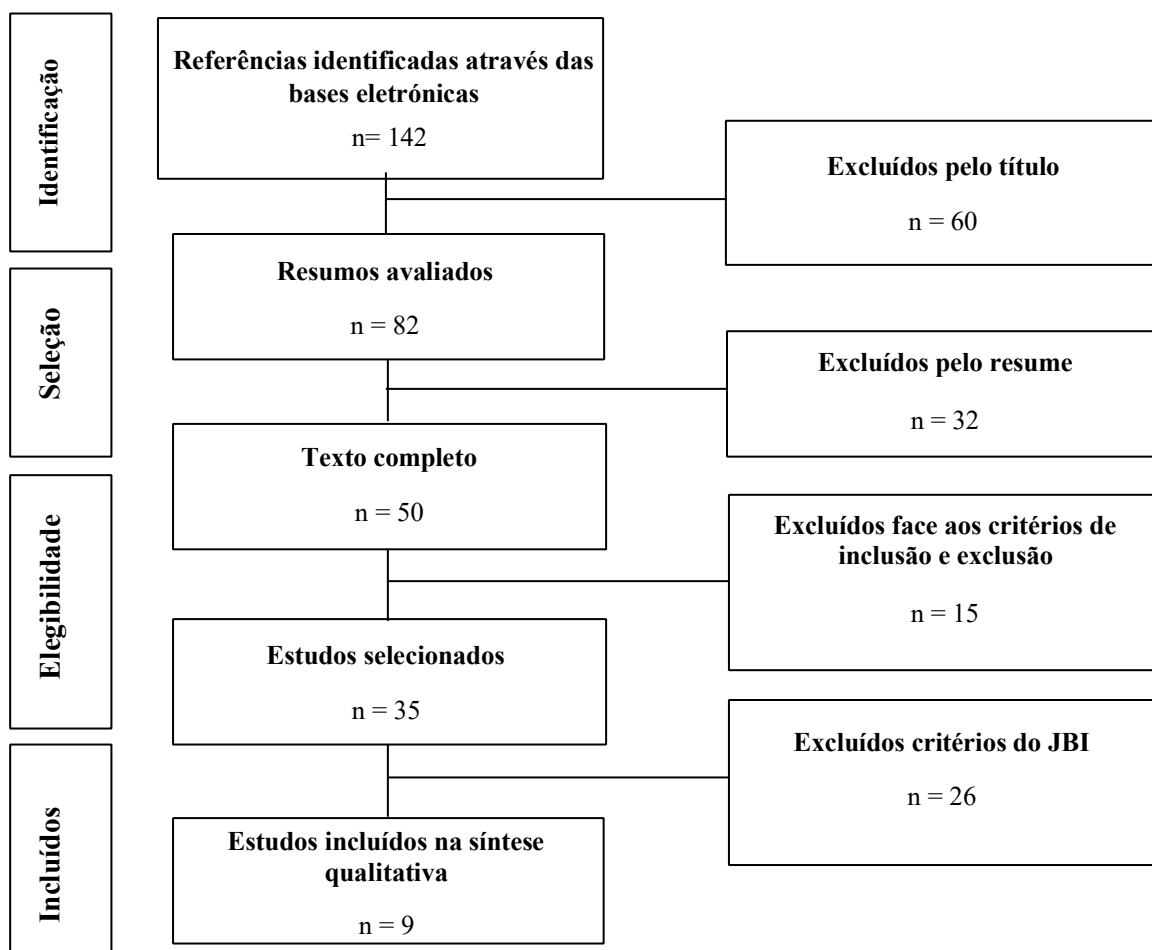
A pesquisa foi realizada durante o mês de março, abri e maio de 2020. Selecionamos a plataforma de pesquisa BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), que engloba a base de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e EBSCO (Business Source Complete).

2.4.3. Procedimento de seleção e recolha de dados

Na elaboração desta revisão foram primeiramente analisados pelos dois investigadores, de forma independente, 62 artigos selecionados numa primeira pesquisa e 80 artigos selecionados numa segunda pesquisa dando ao todo 142 artigos selecionados nas bases eletrónicas mencionados anteriormente. Posteriormente resultou a exclusão de 32 artigos segundo o resumo presente nos mesmos e 15 por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão selecionados. Os restantes 35 artigos foram selecionados para a nossa revisão narrativa e face aos critérios JBI e perante a nossa questão norteadora foram excluídos 28 artigos. Os restantes 9 artigos foram selecionados para a nossa síntese qualitativa, uma vez que os mesmo foram considerados relevantes para a nossa revisão.

Segundo o guia de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman e Prisma Groupa (2009) apresentamos na figura a esquematização do protocolo de pesquisa, da seleção dos artigos selecionados.

Figura 1 – Fluxo PRISMA da seleção de artigos



3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta etapa está direcionada à discussão dos principais resultados que advieram da pesquisa dos artigos. Posteriormente, faz-se a comparação entre os resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos com o conhecimento teórico, destacando as conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (Sousa, Vieira, Severino, & Antunes, 2017). Segundo (Ganong, 1987; Mentis et al., 2008), citado por (Sousa, Vieira, Severino, & Antunes, 2017) a identificação de lacunas possibilita que se apontem sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da prestação de cuidados de saúde. Ainda assim, para permitir a autenticidade da revisão integrativa, os investigadores devem evidenciar as suas conclusões, assim como explicar os enviesamentos (Sousa et al., 2010).

Desta forma, o pesquisador identifica as lacunas presentes na literatura permitindo os futuros pesquisadores contornarem essas divergências e adotarem novos meios para as suas pesquisas científicas.

Realizámos tabelas para apresentar de forma clara e sintetizada os artigos seleccionados para o nosso trabalho, identificando o título do artigo, os autores do mesmo, o ano, objetivo do estudo e palavras chave. Posteriormente, apresentamos a descrição e resultados dos artigos que encontramos.

Tabela 2 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 1

ARTIGO 1				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
Emotional bond: The nature of relationship in palliative care for cancer patients.	Mir Hossein Aghaei; Zohreh Vanaki; Eesa Mohammadi	2020	Investiga a natureza da relação em cuidados paliativos para doentes oncológicos.	Cancer; Palliative care; Qualitative; Relationship

Tabela 3 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 2

ARTIGO 2				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient.	Olivia Wilson; Gloria Avalos; Maura Dowling.	2016	Análise dos conhecimentos e atitudes presentes nos cuidados paliativos, em relação ao cuidado à pessoa que está em fim de vida pelos enfermeiros que trabalham com pessoas idosas.	Knowledge; Older person; Nurses; Palliative care

Tabela 4 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 3

ARTIGO 3				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
Assistance to patients in the final phase of life or under palliative care is inadequate: Nurses view.	Karla Alexandra de Albuquerque.	2016	Avalia o cuidado prestado à pessoa em fase final de vida nos cuidados paliativa, sob a perspectiva de enfermeiros e investiga a influência do processo de morte nos cuidados de enfermagem.	Nursing; Assistance; Death; Palliative Care; Care at the end-of-life

Tabela 5 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 4

ARTIGO 4				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
Palliative Care: improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors.	Karen Handen; Laura Galunas.	2017	Analisa um programa de educação de Enfermagem em cuidados paliativos, de forma a melhorar as atitudes e os comportamentos dos enfermeiros na área de oncologia. Promove o número de conversas com a pessoa e os familiares sobre os cuidados paliativos.	Palliative Care; End-of-life care; Knowledge; Behaviors; Nurse education

Tabela 6 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 5

ARTIGO 5				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
“End-of-life care is more than wound care”: health-care providers’ perceptions of psychological and interpersonal needs of patients with terminal cancer.	Nishal Pinto; Poornima Bholá; Prabha Chandra.	2019	Investiga as percepções dos profissionais de saúde sobre as necessidades interpessoais e psicológicas das pessoas com cancro em estado terminal, no fim de vida.	Cancer; Health-care providers; Palliative care; Psychologic needs; Unfinished business

Tabela 7 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 6

ARTIGO 6				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
The condition of spirituality in oncological nursing care.	Ana Maciel; Ana Alexandre; Danielma Ferreira; Fellipe Silva.	2018	Analisa os aspetos relacionados com a espiritualidade em enfermeiros que prestam cuidados em cuidados paliativos.	Spirituality; Religion; Palliative Care; Medical Oncology; Death; Nursing Care

Tabela 8 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 7

ARTIGO 7				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
A qualitative study to assess collusion and psychological distress in cancer patients.	Roshan Sutar; Prabha S. Chandra; Prabha Seshachar; Linge Gowda; Santosh K. Chaturvedi	2019	Identificar a prevalência de informação que não é dita à pessoa em relação ao seu diagnóstico, isto é, concluir e a sua relação clínica e psicológica, entre pacientes e cuidadores durante o tratamento paliativo ao doente oncológico.	Cancer; Collusion; Communication; Palliative

Tabela 9 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 8

ARTIGO 8				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
The assistance of nurses to patients with terminal cancer: integrative review	Viviane Coropes; Geilsa Valente; Andréa Oliveira; Carmen Paula; Cláudia Souza; Alessandra Camacho	2016	Analisa a literatura científica em relação as dificuldades no processo de trabalho dos enfermeiros aos doentes oncológicos em fase terminal e analisa as soluções propostas para contornar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros perante o mesmo.	Nursing; Cancer; Terminal Patient

Tabela 10 – Avaliação da qualidade metodológica do artigo 9

ARTIGO 9				
Título do artigo	Autores	Ano	Objetivo	Palavras-Chave
Comfort as a result of nursing care: an integrative review	Keila Maria Ponte; Lúcia Silva	2015	Identifica as medidas de conforto como resultado do cuidado de enfermagem nos artigos publicados por enfermeiros brasileiros, tendo em consideração os fundamentos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.	Comfort care; Nursing; Nursing care

Analisando as nossas tabelas face aos artigos selecionados, obteve-se um total de 9 artigos. Relativamente ao seu ano de publicação, um foide 2015, três foram de 2016, um de 2017, um de 2018, dois de 2019 e um de 2020. Quanto ao idioma, dois de idioma português-brasileiro e sete em inglês.

Artigo 1 – Aghaei et al (2020)

Este estudo trata-se se de um estudo qualitativo. A análise baseou-se numa amostra de 16 participantes com experiências no campo dos cuidados paliativos aos doentes oncológicos. Foram realizadas 16 entrevistas com prestadores de serviços e cuidadores entre eles, 7 enfermeiros, 2 enfermeiros de cuidados domiciliários, 1 médico, 2 psicólogos, 1 assistente social, 2 pacientes e 1 familiar. Foram tidas em conta o máximo de diversidade de participantes em relação ao: sexo, anos de serviço e conhecimentos na prestação de cuidados paliativos. O estudo teve como objetivo compreender as características e a natureza do relacionamento em cuidados paliativos para os pacientes com doença oncológica e melhorar o desempenho dos prestadores de cuidados.

A análise dos dados foi feita usando o método de cinco estágios proposto por Graneheim e Lundman (2017). Inclui a transcrição imediata dos dados após cada entrevista, uma revisão de todos os textos das entrevistas para conseguir uma compreensão geral do

conteúdo, determinar unidades de significado e códigos iniciais, a classificação de códigos iniciais semelhantes em classes mais amplas e formular temas como a expressão do conteúdo latente do texto. Realizada a comparação constante, foi identificada a relação entre conceitos e variáveis e os códigos iniciais foram classificados com base nas suas semelhanças e diferenças. Os códigos por sua vez, foram incluídos numa categoria, agrupando-os com uma carga semântica comum. Posto isto, a análise dos dados levou a 157 códigos primários, 68 códigos originais, 10 subcategorias e 3 categorias: “estar ao lado do paciente”, “estabelecer e manter uma relação de cordialidade”, “entendimento mútuo com o paciente” e “vínculo emocional” que é o principal.

O vínculo emocional representa a combinação mútua e fundamental da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, que é moldada após o psicológico afetado do paciente e a preocupação da equipa multidisciplinar que acaba por ter de lidar com esse estado e gerir o mesmo em conjunto. A equipa prestadora de cuidados, incluindo os enfermeiros, médicos, psicólogos e família do paciente, fornece um relacionamento eficaz e de apoio nessa abordagem. O vínculo emocional é caracterizado pelas seguintes categorias: estar ao lado do paciente, estabelecer e manter uma relação de cordialidade e ter entendimento mútuo com o paciente.

De acordo com os dados, a experiência dos participantes deste estudo sugere que estar ao lado do paciente, estabelecer um entendimento mútuo entre o paciente e os profissionais de saúde e criar uma ligação de cordialidade forma a natureza e a base do relacionamento que promove a prestação dos cuidados paliativos. Posto isto, um relacionamento estável e eficaz com base no vínculo emocional é a base para apoiar os pacientes portadores de doença oncológica, proporcionando cuidados paliativos adequados e melhorando a qualidade dos mesmos. Os resultados do estudo podem ser usados em futuros programas de pesquisa e implementação em sistema de saúde, com o fim de otimizar o relacionamento entre os pacientes, família e a equipa multidisciplinar, uma vez que diferentes estudos permitem descobrir as características e estratégias relacionadas à natureza do relacionamento.

Artigo 2 – Wilson et al (2016)

Este estudo foi elaborado segundo uma metodologia transversal na Irlanda. A aprovação ética foi concedida e permitiu pesquisar todos os enfermeiros registados (n= 97) que trabalham em quatro unidades privadas e três unidades de atendimento a idosos distribuídas geograficamente pela Irlanda.

O instrumento do estudo é constituído por dois questionários: the paliativa care quis for nursing (PCQN) e a escala de thanatophobia. O PCQN consiste em 20 itens que requerem uma resposta “verdadeira”, “falsa” ou “não sei”. É uma ferramenta usada internacionalmente e a nível da enfermagem comunitária, pediátrica e cuidados de longa duração. A pontuação mínima é 0 e a máxima é 20. A escala de thanatophobia é uma escala Likert, projetada para avaliar atitudes em relação aos cuidados prestados aos pacientes que estão a morrer e foi inicialmente testada em estudantes de enfermagem, medicina e médicos qualificados. A pontuação mínima é 7 e máxima de 49. Pontuações maiores indicam atitudes negativas face aos cuidados paliativos e piores resultados para os pacientes. O questionário também perguntou aos entrevistados que competências em cuidados paliativos tinham realizado, isto é, sessões informais sobre cuidados paliativos fora do local de trabalho, sessões de estudo sobre cuidados paliativos, e se tinham o certificado European Certificate in Essential Paliative Care (ECEPC).

Os questionários foram preenchidos por 61 enfermeiros (taxa de resposta de 63%). A idade média dos participantes foi de 42 anos (8,8 %), o participante mais jovem tinha 26 anos e o mais velho 64 anos. O número mais alto de respostas corretas no questionário PCQN foi alcançado na pergunta 8 “indivíduos que tomam opióides devem seguir um regime de terapêutica laxante” (n = 57, 93%). O maior número de respostas incorretas foi alcançado na pergunta 12: “a filosofia dos cuidados paliativos é compatível com a do tratamento agressivo” (n= 56, 92%). O score médio da escala de thanatophobia foi de 14,0, indicando atitudes favoráveis em relação ao cuidado da pessoa em fim de vida, sendo o score menor de 7 e o mais alto de 36. As atitudes mais positivas foram observadas na questão 3: “É frustrante ter de continuar a falar com a família do paciente que não vai melhorar” (mediana= 1,0) e as atitudes mais negativas foram observadas na questão 5 “Sinto-me desconfortável quando o paciente que está a morrer quer despedir-se” (mediana= 2,0). No entanto, o score foi menor quanto mais velho o enfermeiro. Desta forma, as atitudes eram mais positivas à medida que a idade aumentava. À medida que o

score total do PCQN aumentava os scores totais da escala thanatophobia diminuía, mostrando que um nível mais alto de conhecimento em cuidados paliativos promove atitudes mais positivas em relação aos cuidados com os pacientes em fim de vida. Aqueles que concluíram o ECEPC tiveram pontuações PCQN significativamente mais altas do que aqueles que participaram apenas em sessões de formação na unidade onde trabalham. Isto indica que os níveis mais altos de conhecimentos em cuidados paliativos foram encontrados naqueles que complementaram o ECEPC.

De acordo com os resultados obtidos, todos os enfermeiros que trabalham com pacientes em fim de vida devem receber apoio para realizar o ECEPC e os enfermeiros mais jovens e menos experientes devem beneficiar e potenciar o seu trabalho e conhecimentos ao lado de enfermeiros mais velhos e mais experientes para uma melhor prestação de cuidados paliativos.

Artigo 3 – Albuquerque (2016)

Este estudo consiste num estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa na qual enfermeiros de um hospital universitário de grande porte na cidade do Recife – referencia no Norte do Brasil, foram convidados a participar no estudo. Variáveis como idade, sexo, religião, tempo de formação e tempo de trabalho sofreram análises descritivas. Das 37 enfermeiras que participaram nas entrevistas, a maioria era do sexo feminino (82,9%), religião católica (40,6%), com idade entre 25 e 40 anos (83,4%), que trabalham em internamento de adultos (89,1%), com horário diurno (59,5%), com mais de 10 anos de trabalho (48,6%) e que trabalham no atual setor há aproximadamente 5 anos (97,3%).

Para fins de discussão sobre a qualidade da assistência ao paciente em fim de vida, durante a análise dos conteúdos das entrevistas, estipulou-se 3 categorias que acreditam construir e fundamentar a avaliação dessa assistência: sentimentos perante a terminalidade como vivência profissional e percepção dos cuidados dedicados ao paciente em fase final de vida ou em cuidados paliativos; Influência do fim de vida e da impossibilidade de cura nas reações diante da morte do paciente e avaliação da assistência ao paciente em fase final de vida ou em cuidados paliativos.

Este estudo evidenciou medos e perturbações advindas da representação que a morte tem para as enfermeiras entrevistadas em situações quotidianas, sentindo-se ameaçadas e

impotentes, interferindo na prestação dos cuidados aos pacientes em fase final de vida em cuidados paliativos. Reconheceu-se que cuidar destes pacientes não é tarefa fácil para as enfermeiras, devido à exigência dos cuidados especializados e procedimentos técnicos necessários. Apesar do sentimento de impotência e incapacidade estarem presentes e interferirem negativamente na prestação dos cuidados, perante o processo de fim de vida, as enfermeiras devem repensar e gerir os seus medos e angústias e assim conseguir auxiliar o paciente e os seus familiares na aceitação e vivência do processo de morte e a morte. Ao mesmo tempo em que as instituições hospitalares devem oferecer meios para tornar o cuidado mais humanístico, ainda assim este tema deveria ser mais abordado durante a formação profissional, preparando os profissionais de saúde para lidar não só com o processo da morte, mas com os conflitos e dor da perda de pessoas

Artigo 4 – Harden e Laura Galunas (2017)

Este estudo tem como design pré/pós-teste avaliar conhecimentos, atitudes e comportamentos na linha de base e um mês após a implementação de um currículo educacional estabelecido para cuidados paliativos e fim de vida. O cenário para este projeto de educação em cuidados paliativos foi uma unidade de oncologia no Michigan Medicine em Ann Arbor, nos Estados Unidos.

A amostra alvo é constituída por 54 enfermeiros que trabalham na unidade hospitalar de oncologia, com níveis variados de experiência em enfermagem, em oncologia e em cuidados paliativos. A estratégia de implementação começou com os principais partes interessadas da unidade (membros da equipa com atitude de liderança e uma enfermeira de equipa) que confirmaram a formação em cuidados paliativos como uma iniciativa prioritária para a unidade. A intervenção consistiu na prestação de ensino em cuidados paliativos aos enfermeiros na área da oncologia, para afetar positivamente os seus conhecimentos, atitudes e comportamentos e aumentar o seu compromisso perante as conversas com os pacientes e familiares sobre cuidados paliativos. O ensino foi baseado num currículo da Cidade de esperança, ELNEC (Ferrel et al., 2010). O currículo e o treinamento eram específicos para enfermeiros oncológicos. As estratégias de ensino incluíram uma aula de quatro horas em que se usou métodos didáticos, discussão, estudos de caso e trocas de ideias de pequenos grupos. Posteriormente, foram oferecidas seis aulas durante um período de três meses para incluir todos os enfermeiros da unidade. Após a conclusão das aulas, os enfermeiros foram convidados avaliar a aula e comentar sobre o

que aprenderam. Tiveram direito acesso de um sistema on-line, que incluía todos os materiais e recurso do curso para usar nas suas práticas e cuidados. Durante as aulas, os enfermeiros foram ensinados sobre a definição dos cuidados paliativos, o controle da dor e dos sintomas e estratégias de comunicação. Para começar a desenvolver a sua nova mentalidade, os enfermeiros foram habilitados a iniciar ações específicas na sua prática, que incluía avaliar e gerenciar os sintomas dos pacientes e falar sobre os seus valores objetivos, potenciando a definição de cuidados paliativos.

As medidas de resultado para este projeto foram subescalas médias de conhecimentos, atitudes e comportamentos e o número de conversas por mês que os enfermeiros tiveram com os pacientes e as suas famílias sobre os cuidados paliativos. Usando um questionário, os enfermeiros responderam a perguntas sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos relacionados aos cuidados paliativos e ao fim de vida e relataram o número de conversas sobre cuidados paliativos que tiveram com os pacientes e familiares no último mês antes da intervenção educacional e cerca de um mês após a intervenção.

Doze perguntas do questionário *end-of-life* (EOL) examinaram o impacto da inovação educacional no conhecimento. Foi observado um aumento estatisticamente significativo nas pontuações médias globais antes da intervenção educacional ($x = 3,5$) em comparação com após a intervenção. ($x = 4,2$, $p = 0,002$). Três perguntas tiveram um efeito notável e incluíram um aumento do conhecimento nas áreas de questões neuropsiquiátricas, como delírio, convulsões, ansiedade e inquietação, retirado do suporte de vida de um paciente em final de vida e identificar as necessidades culturais dos pacientes que estão a morrer e as suas famílias. Cinco perguntas do questionário EOL foram usadas para avaliar o impacto da educação nas atitudes. Observou-se um aumento estatisticamente significativo nas pontuações médias gerais anteriores à intervenção ($x = 3,5$) em comparação com após a intervenção ($x = 4$, $p = 0,002$). Para avaliar o impacto da educação nos comportamentos, os enfermeiros completaram 11 perguntas no questionário EOL e relatavam o número de conversas em cuidados paliativos com pacientes ou familiares. As respostas ao questionário mostraram um aumento estatisticamente significativo nos scores de comportamento pré e pós-implementação, com uma pontuação média de 2,9 antes da educação e uma pontuação 3,4 após a educação ($p = 0,002$). Enfermeiros relataram um aumento nas conversas sobre cuidados paliativos pós implementação. Antes da educação em cuidados paliativos, 29 enfermeiros tiveram de zero a duas conversas e apenas 15 tiveram mais de três conversas, enquanto que após a educação o número de enfermeiros

que tiveram de zero a duas conversas foi 22 e o número de enfermeiros com mais de três conversas por mês aumentaram para 19.

O maior obstáculo do projeto passa por saber se o método educacional é sustentável e se os enfermeiros mantêm os seus conhecimentos e continuam as conversas com os pacientes e as suas famílias, desta forma os autores recomendam avalia-los novamente após seis meses para determinar a existência de melhoria ou não. O envolvimento dos membros da equipa multidisciplinar ajudará a manter o impulso da iniciativa e a determinar melhores práticas de cuidados paliativos para o futuro.

Desta forma, a literatura apoia os cuidados paliativos precoces, mas também reconhece que os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde devem ser apoiados e incluídos. Quando cada faceta que contempla a equipa e a família entende o seu papel nos cuidados paliativos, inclusive o paciente, as conversas serão mais precoces, claras e significativas e serão focadas nos objetivos, valores e preferências do paciente.

Artigo 5 – Pinto et al (2019)

Este estudo foi planeado para aumentar a compreensão das necessidades psicológicas e interpessoais dos pacientes, preocupações e lutas internas no processo final de vida. As informações foram recolhidas de pacientes e prestadores de cuidados de saúde. Este artigo analisa assim as perceções dos profissionais de saúde durante o trabalho em centros de cuidados paliativos.

A amostra inclui 11 profissionais de saúde que trabalham em centros de cuidados paliativos por um período mínimo de 6 meses, com funções que envolviam contacto direto com os pacientes. A maioria dos profissionais de saúde era do sexo feminino (90,9%), com idades entre 35 e 54 anos (média= 35,36). A maioria dos prestadores de cuidados de saúde (63,6%) não possuía treinamento ou educação formal em cuidados de fim de vida. Utilizou-se um delineamento qualitativo transversal, que envolvia entrevistas semiestruturadas e discussões em grupos concretos.

A análise temática identificou temas relacionados às perceções dos profissionais de saúde sobre as importantes necessidades interpessoais dos pacientes, as necessidades psicológicas e as expressões de “negócios inacabados” e as suas perspetivas e experiências. Havia três temas relacionados com as necessidades e preocupações

psicológicas: (i) experiência e expressão de emoções negativas, (ii) preocupações com a saúde mental e (iii) realidade da morte. As descobertas também destacaram as perspectivas e experiências dos profissionais de saúde. Assim os resultados do presente estudo iluminaram as percepções dos prestadores de cuidados de saúde sobre as importantes necessidades psicológicas, interpessoais e as preocupações dos pacientes nos cuidados em fim de vida.

Posto isto, as descobertas têm implicações importantes no treinamento dos profissionais de saúde e na avaliação, suporte e serviços de assistência em ambientes de cuidados paliativos na Índia, uma vez que precisam de apoio e aprendizagem contínua para lidar com as necessidades psicológicas dos pacientes.

Artigo 6 – Maciel et al (2018)

Este estudo consiste num estudo qualitativo e descritivo. O objetivo do estudo é analisar os aspetos relacionados com a espiritualidade em profissionais de saúde que prestam cuidados paliativos. A amostra é constituída por seis profissionais de saúde de enfermagem, sendo três enfermeiros e outros três técnicos de enfermagem. Foi realizada uma entrevista com profissionais de enfermagem para recolher informações qualitativas e dados quantitativos, que incluíram questões relacionadas com aspetos socioeconômicos, idade, sexo, espiritualidade, crença no desenvolvimento e interferência da espiritualidade nos cuidados prestados e no diálogo desse tema com os pacientes. Também existem questões relacionadas com a prática aplicada pelos profissionais: preparação para o processo de morte e sentimentos revelados pelos pacientes sem reversibilidade da doença. Os dados foram recolhidos mediante agendamento com os profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho, com entrevistas com duração de 10 minutos. Analisaram-se os dados qualitativos pela técnica de análise de conteúdo e os dados quantitativos com o auxílio do programa Epi Info, versão 2011.

Os resultados do estudo, revelam que 83% dos profissionais de saúde afirmam desenvolver a espiritualidade durante os cuidados prestados e 67% acreditam na interferência da espiritualidade na prestação de cuidados pelos mesmos, além de considerarem importante o diálogo sobre a temática com os pacientes.

Foi salientado nas entrevistas que os enfermeiros não se consideram preparados para lidar com o processo de morte, evidenciando sentimentos de tristeza, impotência e

incapacidade de fazer alguma coisa devido à finitude dos pacientes. Posto isto, procura-se refletir sobre o processo de trabalho do enfermeiro no cuidado ao paciente oncológico em cuidados paliativos, apoiando mecanismos que possam favorecer habilidades no contexto da espiritualidade. Os autores por sua vez, esperam que estudos maiores sejam desenvolvidos com intervenções que permitam melhorar a qualidade da prestação de cuidados aos doentes oncológicos.

Artigo 7 – Sutar et al (2019)

Este estudo é um estudo transversal qualitativo, realizado na enfermeira de cuidados paliativos do Instituto Memorial de Oncologia Kidwai, Índia, que teve como objetivo identificar a prevalência do conluio e os seus correspondentes clínicos e psicológicos entre paciente oncológicos e cuidadores nos cuidados paliativos. O estudo foi realizado por 8 meses e dividido em cinco partes. A primeira parte foi uma revisão de artigos de casos de pacientes selecionados por ordem aleatória, atribuindo números aleatórios a dez camas ocupadas na enfermaria de cuidados paliativos. Duas famílias foram entrevistadas durante toda a semana. Isto inclui uma compreensão detalhada da natureza da progressão do cancro, segundo a classificação TNM (tumor-node-metastasis), quimioterapia/radioterapia/cirurgia, medicamentos analgésicos atuais. A segunda parte incluiu a avaliação do sofrimento psicológico entre os pacientes. A entrevista para avaliar o bem-estar psicológico constituiu itens como o sofrimento relacionado ao diagnóstico de cancro e o nível de aceitação. Na terceira parte, foram realizadas entrevistas qualitativas para identificar conluios (na área da saúde, implica qualquer informação sobre diagnóstico, prognóstico e detalhes médicos sobre a pessoa que está doente, sendo retida ou não partilhada com as pessoas que estão envolvidas no processo e tratamento da doença) existentes com pacientes e cuidadores, utilizando questionários de conluios. Na quarta parte, as entrevistas de acompanhamento com o paciente e cuidador foram realizadas no dia 3 para observar o prognóstico do conluio. As famílias onde o conluio parecia começar a dispersar foram encorajadas por um psiquiatra. A quinta parte foi a prescrição de antidepressivos e ansiolíticos para pacientes e familiares que atentaram ao diagnóstico clínico.

Um total de 62 pacientes na unidade paliativa foram entrevistados para identificar o conluio. A idade média da amostra foi de 50 anos. Verificou-se que cerca de 60% dos pacientes eram do sexo masculino, 79% eram casados e 85% pertenciam a religião hindu.

No geral, a maioria dos pacientes eram analfabetos (75,8%) em comparação com a qualificação profissional (6,5%). A maioria dos estágios TNM era 2 ou 3, razão pela qual os pacientes necessitavam de tratamento nos serviços de cuidados paliativos. Havia 82% de pacientes que já estavam medicados com morfina oral para controle da dor, enquanto 66% estava em quimioterapia, 50% radioterapia e 43,5% foram submetidos a cirurgia recente. O vômito (27,4%) foi o efeito adverso mais comum em pacientes com necessidades paliativas, devido ao efeito adverso da quimioterapia, radioterapia e opioides, curiosamente 64,5% estavam livres de efeitos adversos. Em relação às necessidades psicológicas dos pacientes, verificou-se que 56% tinham aceito de forma saudável o processo da doença conforme os estágios de avaliação do luto de Kubler-Ross. Houve uma correlação significativa do desenvolvimento de conluio com habilidades deficientes, elevado sofrimento psicológico e rápida progressão da doença, ou seja, menor duração da mesma. Já 37% dos pacientes atribuiu a doença a Deus após atribuição ao karma (16%) e motivos médicos (27%). Surpreendentemente, apenas 1,6% verificou que os pacientes tiveram uma abordagem desinfeliz associado à doença e a sua progressão, e apenas 14,5% dos pacientes salientaram ter uma visão pessimista de si, do ambiente e do futuro, enquanto 85% não. De acordo com 74% dos pacientes, o aspecto mais incapacitante do cancro foi a dor, seguido de disfagia e dispneia. O suporte mais comum para o doente oncológico foi o cônjuge (38,7%), seguido dos filhos (19,4%) e outros (12,3%). A expectativa mais comum de um paciente portador de uma doença oncológica era a cura (56%), seguido da necessidade de cuidados paliativos (32,3%) e morte ou eutanásia passiva (8,1%). Em relação as preocupações futuras, a resposta mais comum foi as preocupações relacionadas com a família (37,1%), seguido do alívio da dor (27,4%). Cerca de 10% dos pacientes não relataram preocupações específicas sobre o futuro.

Em termos de entrevista do paciente no questionário de conluio quando a preferência foi solicitada, 67,7% preferiram conversar sozinhos com o auxílio de um terapeuta, enquanto 32% preferiram com família, dos quais 11,3% foram apoiados por parentes, respondendo a certas perguntas desconfortáveis. Cerca de 82,3% dos pacientes e 48,4% dos cuidadores relataram que não tinham conhecimento da sua doença até chegaram ao hospital. Verificou-se que a falta de vontade para abordar o tema sobre a doença foi prevalente entre os três grupos, com valor de 71% entre médico-paciente e 61,3% entre médico-cuidador, enquanto 75,83% entre paciente-cuidador.

De acordo com os dados obtidos, o conluio passa despercebido em doenças em fase terminal e a comunicação gradual do profissional de saúde com o paciente pode quebrar conluios prejudiciais. A comunicação desempenha um papel fundamental na identificação e tratamento do conluio que por sua vez, pode interferir na busca do tratamento, adesão e dinâmica familiar e interpessoal. O seu uso eficaz pode ajudar a melhorar a qualidade de vida geral do paciente e posteriormente, família.

Artigo 8 – Coropes et al (2016)

Este estudo consiste numa revisão integrativa. O processo de trabalho de enfermagem neste estudo é direcionado aos pacientes com cancro em estadio terminal, como questão de pesquisa: o que é publicado sobre as dificuldades no processo de trabalho dos enfermeiros para pacientes com cancro em estadio final? Os objetivos do estudo são: analisar a literatura científica sobre as dificuldades no processo de trabalho dos enfermeiros em relação ao paciente com cancro em estadio final e analisar as propostas de soluções. De acordo com o tópico abordado nesta pesquisa, é de elevada importância conhecer a prática dos enfermeiros, as demandas que surgem, as dificuldades que aparecem, observando que os mesmos usam uma máscara de indiferença, mas na realidade, disfarçam o sentimento de desamparo e sofrimento nessas situações. Desta forma, é essencial que os enfermeiros tenham uma base teórica consolidada e sustentável para uma melhor prática, no sentido de cuidar melhor dos doentes com cancro em fase terminal. A relevância do estudo deriva assim, do seu elevado valor na área de atenção, porque forma uma base teórica que promove o fortalecimento do conhecimento, como uma importante componente indispensável na prestação de cuidado de enfermagem ao doente em fase terminal, possibilitando a identificação das dificuldades e coadjuvando na sua resolução.

Em relação às dificuldades no processo de trabalho dos enfermeiros, sete autores abordam o assunto. Sendo a área da oncologia uma área tão peculiar, percebe-se que existem lacunas de conhecimento nessa área desde a licenciatura, na qual não foram preenchidas. Os profissionais de saúde estão a terminar a licenciatura com uma perspectiva mais técnica/prática e menos holística, sem saber como lidar com a arte do diálogo, da comunicação e da empatia. Os cuidados de enfermagem à pessoa que está em fim de vida é pouco trabalhada durante a licenciatura, embora seja inerente à profissão, uma vez que cuidamos, educamos, prevenimos, recebemos e apoiamos as pessoas. Além disso, não é apenas a pessoa que adoece, a família, a sua rede social também acaba por adoecer e,

nesse contexto, o enfermeiro pode ir mais além, levando em consideração a subjetividade e a humanização do cuidar.

Um autor salienta que o enfermeiro está sobrecarregado tanto fisicamente, psicologicamente e emocionalmente. Outro autor ressalta que os enfermeiros sentam-se perdidos, cansados e frustrados, não conseguindo gerir as mudanças ocorridas no processo de evolução da doença. Perante as dificuldades encontradas em lidar com doentes oncológicos, alguns conseguem oferecer apenas atendimento físico e o confronto ocorre com estratégias individuais de defesa. Logo por aí, percebe-se que o lado emocional não é muito trabalhado. De acordo com a organização mundial de saúde, cuidados paliativos eficazes requerem uma ampla abordagem multidisciplinar que inclua a família e faça uso dos recursos comunitários disponíveis. A enfermagem deve desenvolver estratégias para a identificação de vulnerabilidades de pacientes oncológicos, a fim de atuar no processo holístico do cuidar a esse grupo específico.

Nos artigos encontrados sobre a identificação de dificuldades no processo de trabalho dos enfermeiros aos paciente com cancro na fase terminal e a resolução destes, afirma que o enfermeiro é um dos profissionais mais próximos desses pacientes e de acordo com a fase da doença em que atuam, trabalha com o objetivo de controlar os sintomas que surgem, para promover o fim de vida com o melhor conforto possível e elevada qualidade de vida, dentro das possibilidades. É também extremamente importante que os profissionais de saúde consigam desenvolver as suas capacidades, fortalecendo-se psicologicamente e emocionalmente, recebendo um suporte psicológico para diminuir os danos da sua própria saúde mental e, conseqüentemente, prestar um atendimento mais estruturado, holístico e completo aos pacientes em tratamento.

Artigo 9 – Ponte e Silva (2015)

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa sobre a produção científica de enfermagem sobre o conforto, considerado um dos resultados mais importante das práticas de enfermagem. Seguiram-se as etapas da pesquisa de uma revisão integrativa, na qual foi definido o objetivo de estudo e o descritor a ser utilizado para procurar informação que foi, o termo cuidado de conforto. Na segunda etapa desta pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão e deste modo compuseram-se 41 artigos. Na terceira etapa do estudo foram definidas as informações que iriam ser extraídas dos estudos, deste modo,

foi possível realizar a sua análise a partir da leitura *online* da íntegra dos artigos, elaborou-se assim um quadro com o título do estudo, revista publicada, local da pesquisa, ano de publicação, características metodológicas, referencial teórico, local de pesquisa, ano de publicação, características metodológicas, referencial teórico utilizado sujeitos/objetivos de pesquisa, e cuidados de conforto como resultados da prática de enfermagem também estão referidos. Ainda assim, para este estudo só os quatro últimos itens foram selecionados. Após o preenchimento do quadro, deu-se seguimento as etapas propostas, e na quarta fase realizou-se avaliação dos estudos incluídos e análise do material. As informações em relação aos cuidados de conforto foram organizadas por base de análise categorial. Foi elaborado o *corpus* dos cuidados de conforto, correspondendo ao conteúdo referido nos artigos como cuidados de enfermagem para proporcionar conforto. Para as classificações em categorias destas unidades, foi utilizado como orientado e fundamentado por Katherine Kolcaba, os quatro contextos de conforto: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. A quinta etapa correspondeu à apresentação e discussão dos resultados obtidos, assim como a sexta fase, que assimila os cuidados de conforto apresentados nos artigos analisados pelos enfermeiros, cujas categorias foram preconizadas nos contextos da teoria do conforto.

A maioria dos estudos sobre cuidados de conforto foi pesquisados por enfermeiros (126), outros 17 foram pesquisados por médicos, e os demais eram nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas. Ao realizar a distribuição das 191 unidades evidenciadas de acordo com os contextos da teoria do conforto, ficaram distribuídas da seguinte maneira: 90 (47%) no contexto físico, 53 (28%) no contexto sociocultural, 33 (17%) no contexto psicoespiritual e 15 (8%) no contexto ambiental.

O autor ressalta assim, que na enfermagem, o cuidado é genuíno e peculiar, sendo a razão existencial da profissão e o conforto é identificado como um dos elementos fundamentais do cuidado de enfermagem. Saliencia também a importância da divulgação dos cuidados de conforto por enfermeiros em diversas áreas da saúde, no qual outros profissionais possam ter acesso a essas informações e compreenderem a relevância das pesquisas com o fim de proporcionar um conforto adequado às suas práticas.

Para concluir, os autores deste estudo apresentaram os cuidados que promovem conforto com base nos contextos preconizados pela teoria do conforto de Katherine Kolcaba. Os cuidados apresentados como conforto nas publicações de enfermeiros no Brasil foram

mais salientes no contexto físico, sendo a satisfação do alívio da dor o cuidado mais referido entre os artigos. Porém, estiveram também presentes cuidados no contexto sociocultural, psicoespiritual e ambiental. Torna-se assim cada vez mais pertinente a realização de pesquisas no intuito de aprofundar a compreensão do fenómeno conforto das pessoas que precisam de cuidados, potenciando a otimização dos cuidados prestados por parte dos profissionais de saúde.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como referido anteriormente, para a realização desta RIL foram analisados 9 artigos científicos que abordam a temática do fim de vida em contexto de cuidados paliativos. Quanto aos países de origem dos mesmos artigos, o artigo 1 é do ano 2020 e provém do Irã; o artigo 2 com data de 2016 e é proveniente da Irlanda; o artigo 3 é referente ao ano de 2016 e provem do Norte do Brasil; os artigos 6 (2018), 8 (2016) e 9 (2015) provêm de vários estados do Brasil e, por fim, o artigo 4 é referente ao ano 2017 e provem dos Estados Unidos e o artigo 5 (2019) e 7 (2019) provém da Índia;

Em termos comparativos, dentro dos nove estudos o que mais se evidencia em comum, é a necessidade de aperfeiçoamento e investigação de competências na área de cuidados paliativos, por parte dos enfermeiros, de forma a potenciar os cuidados de conforto ao doente em fim de vida. Tal como indica o artigo 2, todos os enfermeiros que trabalham com doentes em fim de vida devem receber apoios que fomentem a sua formação de forma a maximizar os seus cuidados, além disso indica segundo a escala de thanatophobia que quanto mais venho fosse o enfermeiro, mais atitudes positivas tinha nos seus cuidados, uma vez que a experiência é um alicerce fundamental; o artigo 4 sustenta a necessidade da inovação educacional no conhecimento por parte dos enfermeiros, observando-se um aumento estatisticamente significativo nas intervenções anteriores à inovação educacional ($x=3,5$) em comparação com as intervenções após a inovação ($x=4$, $p=0,002$). Enfermeiros relataram inclusive um aumento nas conversas com o paciente e a família sobre os cuidados paliativos após implementação educacional.; O artigo 5 relata as perceções dos prestadores de cuidados de saúde sobre a importância das necessidades psicológicas, interpessoais e as preocupações dos pacientes nos cuidados em fim de vida. Uma vez que o treinamento dos profissionais de saúde necessita de suporte de apoio e aprendizagem continua de forma a dar respostas a todas as necessidades inerentes nos doentes em fim de vida, o artigo 8 salienta a importância de conhecer a prática de

enfermagem, as demandas que surgem, as dificuldades que aparecem, observando que os enfermeiros usam uma máscara de indiferença/proteção, mas na realidade, inibem o sentimento de desamparo e angústia em situações de fim de vida. Assim sendo, é essencial que os enfermeiros tenham uma base teórica consolidada e sustentável para um maximizar da prática, no sentido de cuidar e dar respostas as necessidades dos doentes em fase terminal.

De acordo com a DGS, os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes e respetivas famílias, direcionando a sua ação para os problemas que decorrem de doenças crónicas e progressivas, através da prevenção e alívio do sofrimento, preparação e gestão do luto, com a identificação precoce e avaliação minuciosa de problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Desta forma, todos os cuidados e todas as intervenções devem ser prestadas com uma visão holística e com o objetivo de potenciar e melhorar a qualidade de vida possível para os doentes e para as suas famílias. No entanto, a gestão de conflitos e emoções de impotência por parte dos enfermeiros afeta a prática de cuidados e a sua relação com o paciente e a família. Assim, para uma leitura mais pormenorizada e melhor compreensão do capítulo da discussão de resultados, iremos organizá-lo em subcapítulos referentes as diversas dimensões que influenciam os cuidados de conforto ao doente em fim de vida e como os potenciar, usando como auxílio e fundamento a teoria do conforto de Katherine Kolcaba conforme os quatro contextos inerentes na mesma (físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental).

4.1. Dimensão física na prestação de cuidados

Com a análise do artigo 7, foi possível salientar que os autores descreveram a dor dos pacientes (74%) como o aspeto mais incapacitante na doença oncológica, seguido de disfagia e dispneia. Igualmente, os autores do artigo 9 salientam que os cuidados de conforto mais proeminentes são os do contexto físico, pela teoria de Katherine Kolcaba, sendo a satisfação e controlo do alívio da dor o cuidado mais referido entre os artigos. Ao analisar-se o contexto de conforto físico, os autores salientam neste contexto as necessidades humanas básicas, como os cuidados de higiene, integridade da pele, contacto físico, alimentação e realização de procedimentos técnicos. O alívio da dor foi o mais referido entre os artigos de como potenciar o conforto. Comparando os achados, com o preconizado pela teoria, neste contexto incluem-se as sensações físicas. O controlo

da dor, como referido pelos autores é o maior fator que permite a obtenção de conforto físico. Enfatiza-se também o conforto como primordial quando se estabelece o contacto físico entre o profissional de saúde e a pessoa, por transcender as barreiras existentes, promover uma relação empática e de compaixão, promovendo uma relação de confiança e apoio emocional.

Identicamente e reforçando, os autores do artigo 1, salientam que o vínculo emocional representa a combinação mútua e fundamental da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, que é ajustada após o psicológico do paciente ser afetado e a preocupação da equipa multidisciplinar que acabam por ter de lidar com esse estado e gerir o mesmo em conjunto. Segundo os dados do estudo no artigo 1, estar ao lado do paciente, estabelecer um entendimento mútuo entre os profissionais de saúde e criar uma ligação de cordialidade, forma a natureza e os pilares do relacionamento e potencia a prestação dos cuidados paliativos. Posto isto, um relacionamento adequado e eficaz na base do vínculo emocional é o alicerce fundamental para apoiar os pacientes portadores de doença oncológica em fim de vida, proporcionando cuidados paliativos adequados e melhorando continuamente a qualidade dos mesmos.

4.2. Dimensão psicoespiritual na prestação de cuidados

Com análise no artigo 9, a dimensão psicoespiritual na teoria do conforto, acarreta o contexto psicoespiritual que incumbe a consciência interna de si mesmo, incluindo autoestima, autoconceito, sexualidade, significado na vida de alguém, religião, sendo uma convenção do estado mental, emocional e espiritual. Incluem-se também intervenções voltadas para o relaxamento, o manter-se informado e esclarecido sobre o seu diagnóstico e o sentir-se útil. As intervenções que promoviam o conforto face ao contexto psicoespiritual passa por: reforçar a importância de um ambiente tranquilo, calmo e que promova um bem-estar, tanto para o paciente como para os familiares. Fundamentando o mesmo, o artigo 7 salienta que 56% dos pacientes tinham aceite de forma saudável o processo da doença conforme os estágios de avaliação do luto. Já 37% dos pacientes atribuiu a doença a Deus, após atribuição ao karma 16% e 27% a motivos médicos. Desta forma é de salientar nos pacientes a presença da dimensão transcendência fase ao seu processo de doença.

Primorosamente, apenas 1,6% verificou que os pacientes tiveram uma abordagem desinfeliz associado à doença e a sua progressão, e apenas 14,5% dos pacientes teve uma

visão pessimistas de si, do ambiente e do futuro, enquanto que 85% dos pacientes demonstraram o contrário. Em relação as preocupações futuras, a resposta mais comum foi as preocupações relacionadas com a família (37,1%), seguido do alívio da dor (27,4%). Cerca de 10% dos pacientes não relataram preocupações específicas sobre o futuro.

4.3. Dimensão sociocultural na prestação de cuidados

Segundo análise no artigo 9, o contexto sociocultural abrange as ações voltadas para os familiares, a relação entre o paciente e família e as atividades lúdicas que potenciam o conforto. Estes aspetos devem estar inerentes, com o objetivo de proporcionar sentimentos de alegria, bem-estar e distração para proporcionar alegria e esperança durante o processo de progressão da doença. Além disso, os profissionais de saúde devem ter a preocupação de gerir o conforto da família.

Comparando com a teoria de Katherine Kolcaba, no contexto sociocultural estão inseridas as relações interpessoais, familiares, sociais, incluindo o nível financeiro, a educação, o cuidado de saúde pessoal, assim como as tradições familiares, rituais e práticas religiosas. Um ponto fundamental destacado pela teórica de Katherine Kolcaba neste contexto é que na ausência de apoio familiar, os enfermeiros que passam 24h com o paciente, tornam-se as pessoas imprescindíveis para a manutenção e promoção do conforto social e autocuidado do mesmo. Como salienta o artigo 7, verificou-se que cerca de 79% dos pacientes eram casados e 85% pertencia a religião hindu. No geral, a maioria dos pacientes 75,8% eram analfabetos em comparação com os que tinham qualificação profissionais, 6,5%. O suporte mais comum para o doente foi o cônjuge (38,7%), seguido dos filhos (19,4%) e outros (12,3%). A expectativa mais comum de um paciente portador de uma doença oncológica era a cura (56%), seguido da necessidade de cuidados paliativos (32,3%) e morte ou eutanásia passiva (8,1%).

Em termos de preferência de comunicação sobre a doença, 67,7% preferiram conversar sozinhos com o auxílio de um terapeuta, enquanto 32% preferiram com família, dos quais 11,3% foram apoiados por parentes. Cerca de 82,3% dos pacientes e 48,4% dos cuidadores relataram que não tinham conhecimento da sua doença até chegaram ao hospital. Posto isto, o conluio passa despercebido em doenças em fase terminal e o papel do enfermeiro ao promover uma comunicação eficaz é fundamental, quebrando conluios prejudiciais que podem intervir no tratamento, dinâmica familiar e interpessoal.

psicologicamente e emocionalmente. Sente-se perdido, cansado e frustrado não conseguindo gerir as mudanças e emoções no processo de evolução da doença. Logo por aí a componente emocional não é trabalhada o suficiente, tornando-se uma lacuna para a prestação de cuidados. **Igualmente, o artigo 6, revela que 83% dos profissionais de saúde afirmam desenvolver a espiritualidade durante os cuidados prestados e 67% acreditam na interferência da espiritualidade na prestação de cuidados pelos mesmo, além de considerarem importante o diálogo sobre a temática com os pacientes. Desta forma, os enfermeiros não se analisam como preparados para lidar com o processo de morte, evidenciando sentimentos de tristeza, impotência e incapacidade de fazer alguma coisa fase à finitude dos pacientes.**

Posto isto, o artigo 2, 4 e 8 salienta a sustentabilidade de que os enfermeiros devem desenvolver as suas capacidades, investir nos seus conhecimentos e continua aprendizagem, fortalecer a sua estrutura psicológica e emocional e, conseqüentemente, promover os cuidados holísticos e de conforto aos pacientes e promovendo o seu bem-estar próprio, tanto mental como físico.

4.5. Implicações para a prática de Enfermagem

Perante a relevância da temática na atualidade, o envelhecimento da população e o aumento da incidência do cancro, reflete-se uma forte necessidade no investimento em doentes que carecem de Cuidados Paliativos. Torna-se assim imprescindível investigar, informar e sensibilizar os estudantes de enfermagem e enfermeiros para a importância que as doenças crónicas acarretam na qualidade de vida das pessoas, principalmente fornecer-lhes competências relativamente as necessidades de continua formação em relação aos cuidados prestados em fim de vida, aos doentes oncológicos que requerem de cuidados paliativos, uma vez que esta mesma área da saúde posiciona-se num lugar de grande importância e procura nos cuidados à população em Portugal e infelizmente, com baixo investimento de investigação.

Acreditamos que os resultados obtidos com o desenvolvimento deste trabalho poderão potenciar a área da investigação científica no âmbito da enfermagem de saúde comunitária e cuidados paliativos, porém consideramos que deveriam ser realizados mais estudos semelhantes a estes para fomentar e enriquecer a informação relativa aos cuidados paliativos e as intervenções dos enfermeiros nos mesmos. Contudo, é de

salientar o obstáculo do facto de ser uma temática pouco abordada e investida, o que acaba por dificultar os estudos realizados e, conseqüentemente, a aprendizagem.

No mesmo seguimento, sugerem-se mais estudos no que diz respeito ao papel do enfermeiro nesta temática, uma vez que o acompanhamento do mesmo é imprescindível e requer que o enfermeiro personalize os cuidados de acordo com a filosofia dos cuidados paliativos, sendo assim fundamental um sistema de suporte que o capacite a lidar com as necessidades tão específicas destes doentes porque muitas vezes, não está preparado.

CONCLUSÃO

Como foi referido no decorrer do trabalho e devidamente detalhado no capítulo metodologia, o início do processo de realização do presente trabalho teve origem na definição de um problema e na elaboração de uma questão de partida, que desse resposta ao mesmo. Para a concretização do mesmo, foram incluídos nove artigos nesta RIL que foram minuciosamente avaliados e analisados, filtrando as conclusões principais e fundamentais que dessem resposta à questão de investigação anteriormente levantada. Como salientado no capítulo da discussão dos resultados, organizamos em subcapítulos referentes as dimensões que influenciam os cuidados de conforto ao doente em fim de vida e como os potenciar, segundo a teoria do conforto de Katherine Kolcaba.

Assim sendo, foi possível verificar que os 9 artigos em estudo foram concordantes relativamente à influência que as dimensões, na teoria do conforto de Katherine Kolcaba podem ter na prestação de cuidados em fim de vida ao doente oncológico.

Comparativamente as dimensões que influenciam os cuidados de conforto ao doente em fim de vida, verificou-se que o fator mais consensual e em concordância por parte de mais autores vai de encontro a gestão da dor, logo à dimensão física segundo a teoria de Katherine Kolcaba. Os outros fatores que influenciam os cuidados de conforto e apresentados nesta RIL de acordo com os 9 artigos, vai de encontro à sustentabilidade da teoria de Katherine Kolcaba segundo a dimensão sociocultural, psicoespiritual e ambiental.

Desta forma, foi possível dar resposta aos objetivos gerais e específicos inicialmente definidos para este trabalho, permitindo analisar as características do doente oncológico em fim de vida e a sua família, analisar as intervenções de enfermagem que promovem o conforto do doente oncológico em fim de vida e analisar a gestão de emoções encontradas por parte dos enfermeiros nesta área.

Ainda em relação à área da investigação, achamos que este trabalho escrito contribuirá de uma forma esclarecedora e objetiva para a atualização dos dados, resultados e literatura científica desta temática e esperançosamente irá contribuir para o investimento em novos estudos nesta área, esclarecendo os estudantes de enfermagem, enfermeiros e profissionais de saúde.

Como primordial limitação desta RIL salientamos a baixa incidência de estudos realizados na área, à baixa qualidade metodológica dos artigos e também o facto de alguns artigos serem pouco objetivos na temática abordada. Destacamos ainda como limitação o facto de não termos adquirido competências sólidas e sustentáveis para a elaboração e pesquisa de um trabalho como a RIL exige.

Consistindo o cuidar da “pessoa” com o máximo de dignidade que lhe é conferida um dos princípios fundamentais da enfermagem, o enfermeiro ocupa um papel imprescindível neste sentido. Este deve identificar e prevenir a exposição da população a potenciais riscos, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo central desta abordagem humanizando, desta forma, as práticas da saúde (Lugão, M. et al, 2010). Promovendo assim constantemente como base dos seus cuidados, uma perspetiva holística assegurando a resposta as necessidades sentidas pela pessoa.

REFERÊNCIAS

Apóstolo, J. L. A. (2009). O Conforto nas Teorias de Enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II Série (9), 61-67.

Albuquerque, A. K. (2016). Assistance to patients in the final phase of life or under palliative care is inadequate: nurses view. *Journal of Nursing UFPE* 10.7.

Aghaei MH, Vanaki Z, Mohammadi E. (2020). Emotional bond: The nature of relationship in palliative care for cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*; 26:86-94.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos. Lisboa: ANCP, Julho.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2014). Cuidados Paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*, 149.

Bernado, A., Monteiro, C., Simoes, C., Ferreira, C., Pires, C., Pinto, C., . . . Pereira, S. (2016). Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 64.

Boyle, D. A. (2019). *Cuidados de Enfermagem no Fim da Vida- Otimizando o cuidado da família no ambiente hospitalar*. *Revista Clínica De Enfermagem Em Oncologia*, 14.

Coropes, V. B., Valente, G. S., Oliveira, A. C., Paula, C. L., Souza, C. Q., & Camacho, A. C. (2016). The assistance of nurses to patient with terminal cancer: integrate review. *Journal of Nursin*.

Castro, João. (2014). *Cuidados de saúde ao doente e família nos últimos dias e horas de vida*. Tese em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Cerqueira, M.M.A. (2010). A Pessoa em Fim de Vida e Família - O Processo de Cuidados Face ao Sofrimento. Lisboa. Universidade de Lisboa com participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Doutoramento em Enfermagem.

Chris, P. (Julho de 2018). ONS Voice. *How can nurses can help patients Understand End-of-Life Options*, p. 15.

Carrilho, M. J., & Craveiro, M. L. (2013). A Situação Demográfica Recente em Portugal - Artigo 3º página 45. (Instituto Nacional de Estatística, Ed.) *Revista de Estudos Demográficos* nº 50, 45-80.

Casmarrinha, M. Linhol (2008). *Familiares do Doente Oncológico em Fim de Vida dos sentimentos às necessidades*. Tese de Dissertação de Mestrado, orientada por Zaida Azeredo. Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Direção-Geral de Saúde (DGS) (2004). Circular Normativa No 14/DGCG de 13/07/2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa. Acedido em: 22- 02-2020. Disponível em: https://udcpplanaltomirandes.files.wordpress.com/2011/08/programa_nacional_cuidados_paliativos1.pdf

Decreto-lei nº156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República n.º181/2015 – I Série.

Fernandes, Aldalberto (2019). ‘Uma Perspectiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2019’’. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 33, (1): 4-6.

Frias, C. (2012). O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora. *Avances en Enfermería*. 30 (1), 13-22

Higgins, J. P. & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions (Version 5.1.0)*. The Cochrane Collaboration. Acedido a 10-04- 2020. Disponível on-line em: <https://training.cochrane.org/handbook>

Harden, K., & Galunas, L. (2017). Palliative care: improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors. *Clinical journal of oncology nursing*, 21(5). doi:10.1188/17.CJON.E232-E238

Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers’ Manual: 2014 Edition*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; Acedido em 25-02-2020

KOLCABA K. *The Comfort Line*. 2010. Acedido a 15 Janeiro 2020. Disponível em *on-line* em: <https://www.thecomfortline.com>

Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer; Acedido em: 25-02-2020. Disponível em:

https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false

Lindolpho, M. d., Caldas, C. P., Sá, S. P., & dos Santos, N. D. (2016). Cuidados de enfermagem ao idoso em fim de vida. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 383-389.

MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (version 6.0) The Cochrane Collaboration. Acedido a 10-12-2019. Disponível on-line em: <https://training.cochrane.org/handbook>

Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências em saúde e em enfermagem. 758-764.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & Prisma Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. Acedido a 10-12-2019. Disponível *on-line* em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>

Maciel, A. M., Alexandre, A. C., Ferreira, D. M., & Silva, F. C. (2018). The condition of spirituality in oncological nursing care. *Journal of Nursing*, 12(11).

Nyatanga, B. (2019). Shifting perspectives in palliative and end-of-life care: a personal view. *British Journal of Community Nursing* 24(4), 191-191.

Noyes, J., Booth, A., Cargo, M., Flemming, K., Harden, A., Harris, J., ... & Thomas, J. (2019). Qualitative evidence. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 525-545.

Oliveira, Célia (2013). Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 17.(2).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2012). Relatório de primavera 2012 – Crise & Saúde. Um País em Sofrimento. Versão Provisória. Acedido em 10-02-2020. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf

Pinto N, Bhola P, Chandra PS. (2019). “End-of-life care is more than wound care:” Health-care providers’ perceptions of psychological and interpersonal needs of patients with terminal cancer. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(3), 428.

Ponte, K. M., & Silva, L. F. (2015). Comfort as a result of nursing care: an integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(2), 2603-2614.

PORDATA. Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal. Acedido a 10 Abril de 2020. Disponível *on-line* em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+>

Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Sousa,L.M.M., Vieira,C.M.A.M, Severino, S.S.P., Antunes,A.V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*.17-26.

Souza, M.T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?; Revisão integrativa: o que é e como fazer?. *Einstein (São Paulo)*, 8(1).

Sampaio, Burna (2015). *Cuidar da Pessoa no Processo de Morrer numa Unidade de Cuidados Continuados – Experiências do Enfermeiro*. Mestrado em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

Simões, Verónica (2014). *O Significado da Experiência Vivida pelo Enfermeiro no Cuidado à Pessoa Adulta e à sua Família em Processo de Morrer e de Morte*. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Santos, Joana (2013). *Intervenção do Enfermeiro na Promoção de Conforto ao Doente Oncológico em Fim de vida, em Contexto Hospitalar*. Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Sutar R, Chandra PS, Seshachar P, Gowda L, Chaturvedi SK. (2019). A qualitative study to assess collusion and psychological distress in cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*; 25:242-9.

Twycross, R. (2008). Patient care: past, present, and future. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 56(1), 7-19.

Wilson, O., Avalos, G., & Dowling, M. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British Journal of Nursing*, 25(11), 600-605.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma

Etapas	Fase Conceptual				Fase Metodológica							
	Escolha do tema e questão preliminar	Revisão de literatura	Elaboração de um quadro de referências	Escolha da questão de investigação	Definição do objetivo	Escolha do desenho de investigação	Definição de critérios de elegibilidade	Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos	Avaliação da qualidade metodológica dos estudos	Extração de dados	Síntese dos dados	
Setembro												
Outubro												
Novembro												
Dezembro												
Janeiro												
Fevereiro												
Março												
Abril												
Maió												
Junho												
Julho												
Agosto												

