



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**O CONFORTO DA PESSOA EM FINAL DE VIDA EM CONTEXTO
DOMICILIÁRIO – PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por

Bruno Ricardo da Rosa Rodrigues

Lisboa, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**O CONFORTO DA PESSOA EM FINAL DE VIDA EM CONTEXTO
DOMICILIÁRIO – PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO**

**THE COMFORT OF THE PERSON AT THE END OF LIFE IN A
DOMICILIARY CONTEXT – NURSE'S PERCEPTION**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por

Bruno Ricardo da Rosa Rodrigues

Sob a orientação de Professora Doutora

Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, 2016

RESUMO

Introdução: O conforto é um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente Paliativo. Confortar assume-se como um ato complexo. Promover conforto é estar atento a todas as manifestações de distress, ter em conta todas as dimensões do ser humano e providenciar medidas para alívio do sofrimento (Morse, 2000).

Podemos constatar que não existe uma definição clara para o conceito do conforto contudo, é unânime que este emerge como, uma necessidade ao longo da vida, na saúde e na doença pelo que, proporcionar o conforto é uma das principais funções e um desafio para a prática dos cuidados de enfermagem (Ribeiro; Costa 2012).

Objetivo: O objetivo deste estudo é compreender a perceção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário, identificando qual a conceção de conforto para o enfermeiro, quais as necessidades confortadoras e quais as intervenções dirigidas à pessoa em fim de vida.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas a 8 participantes. A metodologia utilizada para o tratamento de dados foi a análise de conteúdo. (Bardin, 2014)

Resultados: Relacionado com o tema central os achados fizeram sobressair três domínios. A Conceção do Conforto está relacionada com expressões afetivas e físicas, com enfoque para a sua multidimensionalidade; no Domínio das Necessidades Confortadoras encontramos as necessidades (física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental); acerca das Intervenções Confortadoras concluímos que os atores baseiam-se nas necessidades, desenvolvendo-as em duas categorias: Intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

Conclusão: O principal contributo deste estudo é explorar o fenómeno do conforto no que respeita à pessoa em fim de vida em contexto domiciliário, reforçando a importância que o enfermeiro assume na implementação de cuidados confortadores. Assente numa abordagem humanista-afetiva, o processo de conforto é mediado pela interação enfermeiro-doente/família.

Palavras-Chave: *Conforto; Fim de Vida; Domicílio; Enfermeiro; Cuidados Paliativos.*

ABSTRAT

Introduction: Comfort is the main key in the provision of nursing care to the palliative patient. To comfort is a complex act. To promote comfort is being attentive to all the manifestations of distress, to take into account all the dimensions of the human being and to provide ways to relieve suffering (Morse, 2000).

We can see that there is no clear definition for the concept of comfort. However, it is unanimous that it emerges as a lifelong need, both in health and illness, so that providing comfort is one of the main functions and a challenge for the practice of nursing care. (Ribeiro; Costa 2012).

Aim of the research: The aim of this research is to understand the nurses' perceptions regarding the comfort of the Person at end-of-life, in a domicile, identifying what is the comfort conception for the nurse, what are the comforting needs and what are the interventions directed to the person at the end-of-life.

Approach and Method: In this experiment, it was used a descriptive study of qualitative approach, through semi-structured interviews to 8 participants. The methodology used for the data processing was the content analysis (Bardin, 2014).

Results: Related to the main key, findings were obtained in three domains. The comfort conception is related to affective and physical expressions, emphasizing its multidimensionality; in the Domain of Comfort Needs we found the needs (physical, psycho-spiritual, sociocultural and environmental); related to the Comfort Interventions, we can conclude that actors are based on the needs, developing them into two categories: pharmacological and non-pharmacological interventions.

Conclusions: The main contribution of this study is to explore the phenomenon of comfort regarding to the end-of-life person, in a home context, reinforcing the importance that the nurse takes in the implementation of comfort care. Based on a humanistic-affective approach, the comfort process is mediated by the nurse-patient/family interaction.

Keywords: *Comfort; End-of-life; Domicile; Nurse; Palliative Care*

Dedico este trabalho à memória dos meus avós, que já partiram mas continuam tão presentes na minha vida.

Obrigado por todos os ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só se tornou possível pelo apoio de um conjunto de pessoas a quem quero dedicar algumas palavras de profunda gratidão:

À Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, por ter aceite orientar esta tese, acreditando que seria capaz de chegar aqui, respeitando o ritmo que me era possível.

Aos meus pais e família pelo apoio incondicional, por tudo o que me têm dado ao longo da vida segundo o que lhes é possível.

A todos os meus amigos, em especial ao Bruno Madeira, pela ajuda, força e motivação.

Ao André Viegas por tudo.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à Nádía e Gabriela pelo apoio e ajuda durante a elaboração deste trabalho.

A todos aqueles que não referi, mas que são igualmente importantes na minha vida.

Um Bem-haja a Todos!

LISTA DE SIGLAS

APA – American psychological Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECSCP – Equipa Comunitária Suporte em Cuidados Paliativos

HNSA – Hospital Nossa Senhora da Arrábida

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

LISTA DE ABREVIATURAS

E - Entrevista

et al – E outros

S - Significado

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	- 1 -
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	- 4 -
O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO E A SUA RELAÇÃO COM O CONFORTO.	- 4 -
1. O Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Fim de Vida	- 4 -
1.1. O Contexto Domiciliário na Relação com o Cuidado à Pessoa em Fim de Vida	- 9 -
2. O “Conforto” na Enfermagem	- 13 -
2.1. O Estado da Arte	- 19 -
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	- 22 -
1. Questão de Investigação/ Objetivos	- 22 -
2. Tipo de Estudo	- 23 -
3. População/ Amostra	- 25 -
4. Instrumento de Colheita de Dados	- 26 -
5. Tratamento de Dados	- 27 -
6. Questões Éticas	- 29 -
7. Limitações do Estudo	- 30 -
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	- 31 -
1. Apresentação e Discussão dos Resultados	- 31 -
1.1. Caracterização Sociodemográfica	- 32 -
1.2. Conceção do Conforto	- 33 -
1.3. Necessidades de Confortadoras	- 40 -
1.4. Intervenções Confortadoras	- 48 -
CONCLUSÃO	- 56 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 60 -
Apêndices	
Apêndice 1 – Modelo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice 2 – Guião de Entrevista	
Apêndice 3 – Quadro Análise Conteúdo (Conceção do Conforto - exemplo)	
Anexos	
Anexo 1 - Autorização para Realização do Estudo	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caraterização Sociodemográfica	- 32 -
---	--------

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Evolução do Conceito de “Conforto” (Sousa, 2014)	- 17 -
Diagrama 2 - Conceção de Conforto: Categorias e Subcategorias	- 39 -
Diagrama 3 - Necessidades Confortadoras: Categorias e Subcategorias	- 47 -
Diagrama 4 - Intervenções Confortadoras: Categorias e Subcategorias	- 55 -

INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos são cuidados prestados a doentes em fase avançada da doença incurável com grande sofrimento. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (2004) é 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, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais*”.

O conforto é um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente Paliativo. Kolcaba considerou o conforto como um resultado dinâmico, um processo resultante das intervenções de enfermagem, onde estão satisfeitas as necessidades básicas, relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1991; 1994; 2003).

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

O conforto é promovido através das intervenções de enfermagem. Confortar constitui um fator de cuidado (Watson, 2002) e uma competência do enfermeiro. (Benner, 2001). As primeiras referências ao conforto surgiram com Florence Nightingale. Em Notas Sobre Enfermagem de Florence Nightingale (2005), apresentam-se várias referências a este conceito nomeadamente, o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado.

A este propósito, as autoras (Sousa; Marques; Costa & Dixe, 2011) defendem que várias teóricas de enfermagem contribuíram para o desenvolvimento da disciplina, estudando o conforto e contribuindo com diferentes perspetivas nomeadamente, Callista Roy, Orlando, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Meleis, Janice Morse e Katharine Kolcaba. É de acrescentar que Janice Morse e Kolcaba, deram visibilidade ao conceito de conforto através dos seus estudos. Concretamente Kolcaba a partir de 1990, dedicou-se à sua conceptualização e operacionalização (Ribeiro, 2012).

Muitas definições de conforto surgem na literatura, estando de acordo com a perspectiva de cada autor. O conceito surge como relevante em trabalhos de diferentes autores e em várias teorias de Enfermagem, como por exemplo a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), sendo considerado um fenómeno de importância básica para a enfermagem, contextualizado ora como um objetivo da enfermagem ora como um estado relativo ao doente, destacando a importância de compreendê-lo na sua multidimensionalidade do processo de cuidar (Ribeiro, 2012).

Apesar da inexistência de uma definição uniforme, desde sempre que o conforto tem sido considerado como um conceito primordial na Enfermagem, um imperativo moral, uma vez que contribui para a recuperação da pessoa (Melleis, 2005; Apóstolo, 2009; Ribeiro, 2012).

O conforto confere à pessoa, energia, força, esperança, controlo sobre si mesmo e felicidade (Ribeiro, 2012; Sousa, 2014). Corresponde assim ao fortalecimento do doente nas diferentes dimensões (física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Não é um processo passivo em que os doentes esperam ser confortados, mas sim um processo dinâmico entre a pessoa que cuida e aquele que é cuidado (Morse et al., 1994; Sousa, 2014).

Oliveira (2011), afirma que o doente pode sentir-se confortado, mesmo experimentando algum grau de desconforto, uma vez que a existência prévia de desconforto pode ser uma condição possível mas não necessária para experimentar conforto. O conceito é mais do que a ausência de desconforto - é multidimensional, idiossincrático, dinâmico e depende do contexto em que a pessoa está inserida (Bland, 2007).

Recentemente, Ribeiro (2012) estudou a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar, referindo que o processo de conforto é mediado pela interação enfermeiro-doente idoso e sua família, integrado numa abordagem humanista-afetiva. O agir integrador e intencional do enfermeiro é um ponto essencial para dar resposta às necessidades de cuidados, especificamente de conforto do doente idoso crónico (Sousa, 2014).

Sendo o conforto não só uma necessidade desejável bem como um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família em fim de vida e, não existindo uma definição clara para este conceito, importa investigar qual a perceção do enfermeiro no que respeita à conceção do conforto; quais as necessidades da pessoa em

final de vida, e quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa em final de vida no domicílio.

Nesta sequência, a **questão central** foi definida da seguinte forma: Qual a percepção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário?

Foram também definidos os seguintes **objetivos do estudo**:

Objetivo Geral:

Compreender a percepção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário

Objetivos Específicos:

- Identificar a concepção de conforto do enfermeiro que cuida da pessoa em final de vida em contexto domiciliário
- Identificar as necessidades de conforto percebidas pelo enfermeiro que cuida da pessoa da pessoa em final de vida em contexto domiciliário.
- Conhecer as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa em final de vida em contexto domiciliário, na perspectiva do enfermeiro.

De forma a responder à questão de investigação, assim como alcançar os objetivos propostos, realizámos um estudo qualitativo de abordagem descritiva.

A Dissertação encontra-se estruturada em três **capítulos**. O primeiro capítulo corresponde ao Enquadramento Teórico, no qual é abordado o cuidado de enfermagem à Pessoa em Fim de Vida, o contexto domiciliário na relação com o cuidado à Pessoa em Fim de Vida e explorado o conceito de conforto no seu estado da arte assim como a sua evolução na Enfermagem. No segundo capítulo apresentamos a Metodologia, no qual explicamos quais os procedimentos metodológicos utilizados ao longo da investigação e da elaboração da Dissertação, incluindo o tipo de estudo, objetivos do estudo, a população/amostra do estudo, os métodos e as técnicas que foram utilizados na recolha e tratamento de dados, questões éticas e as limitações do estudo. Por fim, no terceiro capítulo é feita a Apresentação e Discussão dos Resultados.

Na realização deste trabalho utilizamos como norma de referenciação bibliográfica as normas da APA.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO E A SUA RELAÇÃO COM O CONFORTO.

1. O Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Fim de Vida

A pessoa em fim de vida é entendida como aquela que não tem possibilidade de cura sabendo-se que a morte está próxima (Pacheco, 2002; Sapeta, 2010; Serrão, 1990; Twycross, 2003; Nicolau, 2013)

Segundo Moreira (2001) a pessoa em fim de vida tem uma doença incurável e irreversível, cuja morte é iminente apesar de todos os esforços ao nosso alcance. A pessoa está no processo final da sua vida vivendo de acordo com as suas circunstâncias individuais, familiares, socioculturais e as do seu meio. Como refere Nicolau (2013) “*a abordagem à pessoa em fim de vida implica uma atitude que tenha como propósito o alívio do sofrimento, para que se mantenha o maior bem-estar e conforto possível, e que haja o abandono de uma atitude que vise a cura. A pessoa em fim de vida apresenta um conjunto de sintomatologia, multifatorial que vai surgindo no decurso do processo de doença e que tem um grande impacto para quem a experiencia*”.

A expressão “*doente em fim de vida*” é, assim, normalmente aplicada a todas as pessoas com uma doença crónica e/ou incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte (Teixeira, 2013). Importa referir que a pessoa em fim de vida requer uma atenção pormenorizada, uma vez que a doença encontra-se em fase de declínio, onde a sintomatologia associada altera a cada momento com a necessidade do seu rigoroso controlo. A inevitabilidade da morte é evidente, sendo que todas as intervenções de enfermagem têm obrigatoriamente um carácter ativo de conforto. Paralelamente aos cuidados ao doente, não podemos dissociar a família ou quem cuida, assumindo-se como parte integrante dos cuidados.

O Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2005), considera que o doente paliativo é aquele que paralelamente, tem rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada, intenso sofrimento, problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado, e interdisciplinar sem ter presente a perspetiva de tratamento ou abordagem curativa.

Neto (2004) considera como critério de doente paliativo, todos os que têm uma doença crónica, sem resposta à terapêutica de intuito curativo, e prognóstico de vida limitado, referindo quatro áreas fundamentais: o controlo sintomático; comunicação adequada; apoio à família e o trabalho em equipa. Quando se refere ao doente em fim de vida, acrescenta que este tem em média, uma sobrevida de três a seis meses. (Neto, 2006). A esperança média do fim de vida segundo vários autores refere-se maioritariamente aos últimos seis meses de vida (Kuebler & Berry, 2002; SECPAL, 2006; Travies, Moore, Larsen & Turner, 2005). A fase agónica por se apresentar como um estado clínico muito característico remete para dias ou horas de vida (Davies, 2005; Doyle & Jeffrey, 2005).

Cuidados Paliativos são mais do que cuidados em fim de vida. Cuidar na fase agónica ou cuidar a agonia, são cuidados integrantes dos Cuidados Paliativos, constituindo-se apenas como uma parcela deste cuidar. A pessoa em fim de vida é muito mais do que um “tempo” ou uma “doença”, é uma pessoa que deve ser cuidada com dignidade e com cuidados dirigidos e pensados, numa lógica que lhe permita viver até ao final de sua vida o mais confortável possível.

De acordo com Twycross (2003), cuidados paliativos, são os cuidados ativos e totais à pessoa e sua família, que têm como princípios: afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, sem fatalismo ou desesperança; não antecipar nem atrasar intencionalmente a morte; proporcionar à pessoa o alívio da dor e de outros sintomas incómodos; integrar os aspetos psicológicos; oferecer um sistema de apoio para que a pessoa viva tão ativa e criativamente quanto possível; e auxiliar as famílias a adaptarem-se durante a doença e o luto.

Pode-se dizer que a pessoa que se encontra em situação de final de vida tem associada uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva. Os tratamentos curativos assumem-se como ineficazes, a expectativa de vida é relativamente curta com perda da esperança e de recuperação (Pacheco, 2002; Pereira & Lopes, 2002, SECPAL, 2006).

Deste modo, (Viana, 2014; Moreira, 2001) referem que o doente terminal apresenta os critérios de diagnóstico de doença terminal e com base em Pires (2001), a pessoa em estado terminal será aquela que é portadora de doença com as seguintes características de evolução:

- *Avançada* – em que o prognóstico é muito limitado, geralmente inferior a seis meses de vida, ou e segundo outros autores este tempo pode ser de um ou dois meses;

- *Progressiva* – em que estão presentes um complexo de sintomas, de rápida evolução e que causam um sofrimento intenso ao doente e família;
- *Incurável* – em que os tratamentos são ineficazes, isto é, não é previsível resposta satisfatória a qualquer tratamento específico e existe perda de esperança na recuperação.

Fim de vida é característico da doença e não da pessoa, uma vez que a pessoa permanecerá na nossa memória, através das obras que realizou, do sentido que atribuiu à vida e do significado que teve para as outras pessoas. Por outro lado o significado de “doente em fim de vida” é atribuído a uma pessoa que, no decorrer da sua vida, adquiriu uma doença cujo resultado final é a morte. (Teixeira, 2013) Deste modo, cuidar do doente em fim de vida assume-se como um desafio para quem cuida, por tratar-se de cuidados altamente especializados, dinâmicos, multidimensionais, com enfoque no doente e sua família, que visem a diminuição do sofrimento, onde a evolução da doença é evidente.

A utilização das expressões estado terminal, fase terminal, fim de vida, situação limite ou agonia, são utilizadas para designar a última etapa da vida, que segundo o projeto europeu 2008 denominado "*Reflecting the positive diversities of European priorities for research and measurement in end of life care*" (PRISMA), preconiza como doente em fim de vida uma esperança de vida até um ano.

Assim sendo, a definição de doente terminal é difícil de determinar, por ser um conceito impreciso, uma vez que a própria vida já é por si mesma terminal. É normalmente aplicada a todas as pessoas com uma doença crónica e/ou incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte. (Pacheco, 2002)

Mais do que o Diagnóstico/Prognóstico da doença paliativa, os Cuidados Paliativos devem centrar-se no doente/família, uma vez que a terminalidade da vida pode ser difícil de determinar.

O fim de vida apresenta-se como um período em que se observa uma deterioração do estado geral da pessoa evidenciando-se astenia, anorexia e agravamento do estado de consciência (Watson, 2005). Silva (2009) refere ainda que uma competência importante é saber identificar os sinais e sintomas da deterioração gradual do estado da pessoa em fim de vida.

Os cuidados à pessoa em fim de vida, quando os tratamentos curativos já não são eficazes assumindo-se como obstinação terapêutica, devem incidir essencialmente em cuidados ativos de conforto, ao doente e sua família, promovendo o alívio dos sintomas quer de ordem física, psicológica ou espiritual, permitindo que a pessoa morra enquanto pessoa e com o máximo de dignidade possível. É nesta linha de pensamento que *“torna-se necessária uma mudança de mentalidades dos profissionais de saúde no sentido de reconhecerem que o objetivo dos cuidados de saúde nem sempre pode ser o de curar o que, no caso específico dos doentes em fase terminal já não tem qualquer sentido.”* (Pacheco, 2002)

Assim sendo, manter os doentes vivos a todo o custo, implementando medidas invasivas com a convicção de que o sucesso do profissional de saúde está ligado à sobrevivência de quem cuidamos, nega ao doente o seu direito em viver a sua morte em paz e na tranquilidade que é preconizada em Cuidados Paliativos.

Por isso, torna-se necessário *“reclamar o respeito pelo direito a uma morte digna, ou seja, privilegiar o acompanhamento do doente nos últimos tempos de vida, diminuindo quer a dor, quer o sofrimento e defender cada vez mais a qualidade da vida que lhe resta e não a sua duração.”* Teixeira (2013)

De acordo com o PNCP, a prática dos cuidados paliativos assenta nos seguintes princípios: *“i) afirma a vida e encara a morte como um processo natural; ii) encara a doença como causa de sofrimento a minorar; iii) considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim; iv) reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades; v) considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas; vi) considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal; vii) assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte. viii) Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente; ix) é baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico; x) centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim; xi) só é prestada quando o doente e a família a aceitam. xii) Respeita o direito do doente a escolher o local onde quer viver e ser acompanhado na fase final da vida; xiii) é baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.”*

Segundo a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2.0*, paliar significa "*gerir: providenciar conforto e controlo da dor a pessoas com doença terminal através do apoio físico, emocional, psicológico e espiritual*", (2010:101).

O alívio do sofrimento da pessoa em fim de vida corresponde ao termo de Palição, sendo que a ação paliativa corresponde às medidas terapêuticas implementadas, sem fins curativos, que promovam o aumento da qualidade de vida do doente e sua família. São parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução, (PNCP-DGS, 2004 e 2010). É de extrema importância olhar a pessoa como um todo e não apenas olhar para a patologia. Quando já não é possível curar, cuidar torna-se ainda mais primordial e assume-se com uma relevância especial. Existem situações em que se deve deixar que a doença siga o seu curso natural, tendo presente que somos mortais. (Pacheco, 2002)

O Enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida, para além dos princípios éticos que a profissão exige, pressupõe uma verdadeira relação de ajuda onde o objetivo "curar" é substituído pelo "cuidar". As intervenções de enfermagem assentam muito mais nas necessidades da pessoa do que no seu diagnóstico ou prognóstico. Pode-se dizer que o foco de intervenção é sempre o doente/família, diminuindo o sofrimento e promovendo a qualidade de vida e de morte.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida devem através de um olhar atento com atenção ao pormenor, demonstrar disponibilidade, capacidade de escuta ativa, com uma presença autêntica, toque emocional e físico, e preocupação ou interesse, através de uma resposta pronta e sensata que coloca a pessoa em fim de vida em confronto com o seu próprio eu. Só deste modo as intervenções de enfermagem assumem-se como verdadeiramente terapêuticas proporcionando o alívio do sofrimento presente nesta fase. (Kleinman, 2004)

Comunicar eficazmente é a base de todo o cuidar, é uma necessidade básica em cuidados paliativos, para proporcionar cuidados de qualidade ao utente, especialmente em fase final de vida. A comunicação empática, é uma obrigação ética e moral do enfermeiro e de toda a equipa. (Barbosa, 2010)

Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo passa com os doentes, pode-se dizer que tem um papel fundamental no suporte à pessoa em fim de vida. É fundamental que

se consiga estabelecer uma relação de ajuda. A pessoa espera compreensão, carinho, atitude de escuta, e disponibilidade. A empatia é uma atitude que envolve emoções, e é considerada como a base da relação de ajuda. (Antunes, 2012) A investigação apura que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, estão pouco preparados para prestar cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida. Deste modo têm como presente nos seus cuidados, muitas vezes, comportamentos de evitamento, mensagens não-verbais dos profissionais demonstrando que estão atarefados, expressão facial de aborrecimento, evitamento nas relações com o doente e família, e o encarniçamento terapêutico. (Twycross, 2003)

Os profissionais de enfermagem que cuidam do doente em fim de vida têm de ter presente que o seu objetivo de cuidados será sempre a satisfação das necessidades do doente, muito mais do que a reversibilidade da doença. O foco de intervenção deve-se afastar da cura da doença e centrar-se no aumento da qualidade de vida e diminuição do sofrimento associado. O enfermeiro deve estar munido de conhecimentos científicos e paralelamente desenvolver as suas capacidades de comunicação e adequação de cuidados dirigidos à pessoa em fim de vida. Assim sendo, é necessário que os profissionais que trabalham nestes contextos desenvolvam competências para cuidar da pessoa em fim de vida e família de forma a otimizar os cuidados prestados (Ellershaw, 2002).

1.1. O Contexto Domiciliário na Relação com o Cuidado à Pessoa em Fim de Vida

Tal como refere Moreira (2001), atualmente, observa-se uma tendência para *“considerar o domicílio o lugar privilegiado para os cuidados paliativos, pois o meio familiar pode oferecer ao doente a continuidade da sua vida diária, o envolvimento das pessoas e objetos significantes que contribui para que se sinta menos isolado, reconhecendo-se o hospital como o local de passagem transitório no decurso do processo da doença, só quando o doente necessita”*.

No entanto, ao contrário do que acontecia no passado, verifica-se que atualmente cada vez mais as pessoas deixam de morrer em suas casas no seu seio familiar, para morrerem em instituições hospitalares. *“Esta transferência não se traduziu em melhor e mais adequada assistência aos moribundos, mas sim, na transformação da morte num acontecimento sobretudo solitário. E de facto, quantas pessoas não morrem*

diariamente nos nossos hospitais em condições que contrariam a filosofia dos cuidados paliativos e mesmo alguns dos seus direitos mais elementares.” (Rossa, 2007)

Atualmente a grande parte dos doentes em fim de vida que são admitidos nos hospitais são tratados como doentes agudos, sendo instituídas medidas fúteis e altamente invasivas, quando muitas vezes se conhece o carácter incurável da doença. A obstinação terapêutica é instituída, colocando de parte as possíveis ações paliativas e individualizadas às necessidades dos doentes. *“Estes doentes continuam a ser tratados como doentes curáveis (...). São, por vezes, submetidos a encarniçamento terapêutico, continuando a ser alvo da ideia de que os cuidados com utilização de tecnologia avançada são sinónimos de mais qualidade.”* (Rossa, 2007)

Segundo Martins (2014) *“a prestação de cuidados no domicílio remonta aos primórdios da profissão de enfermagem. A visitação domiciliária está documentada na Europa desde o século XI ao século XVI, envolvendo como prestadores as ordens seculares e religiosas. Uma das pioneiras na visitação domiciliária a doentes pobres foi Lilian Wald, desenvolvendo linhas de orientação para enfermagem de família em casa, e o conceito de apoio social e económico que melhoraria a saúde geral das famílias e das comunidades. Florence Nightingale defendeu, já à época, a importância de visitar os doentes no seu próprio ambiente, no seu domicílio. Acreditava que, conhecendo o ambiente, poderia adequar os cuidados de enfermagem às necessidades identificadas garantindo-lhes maior eficácia.”* (Louro, 2009)

O contexto domiciliário é o lugar mais favorável para os doentes terminais, uma vez que a pessoa tem oportunidade de ser acompanhada a tempo inteiro pelos seus familiares, amigos, pela comunidade e pelos profissionais de saúde na comunidade. (International Council of Nurses, 2006)

Sendo o domicílio um contexto de cuidados privilegiado, a pessoa permanece no seu ambiente até ao fim, estando envolvida num clima propício para que as suas necessidades sejam cumpridas, uma vez que o doente sente-se verdadeiramente envolvido, amado e ainda pode manifestar que ama, uma das melhores contribuições para o alívio do sofrimento. (Barbosa, 2006) Quando a pessoa em fim de vida permanece no seu domicílio tem oportunidade de vivenciar esta experiência tão íntima e única, de forma mais individualizada e ajustada às suas necessidades, desprovida de

horários e dinâmicas que muitas vezes não se alteram em função dos doentes quando falamos em ambiente hospitalar.

Tal como refere Twycross (2003) caso o doente tivesse oportunidade de escolha, a maioria das pessoas escolheria morrer em casa e não num ambiente estanho ou num hospital. Os cuidados domiciliários de alta qualidade são possíveis, mas para tal é necessário:

- Familiar que tenha capacidade para se adaptar a uma doença grave;
- Equipa de enfermagem que visite o doente uma vez dia, ou mais, caso necessário;
- Equipa médica atenta aos pormenores;
- Resolução rápida e eficaz dos problemas;
- Internamento rápido no caso de surgir uma crise grave.

O autor acrescenta ainda que a maior parte das intercorrências no avançar da doença paliativa, pode ser dominada no domicílio. É imprescindível que a equipa que acompanha o doente em fim de vida demonstre total disponibilidade, os últimos dias de vida exigem que o doente e os seus familiares saibam o que pode acontecer e quais as formas de apoio que dispõem. “ (...) *embora mesmo os planos mais bem preparados possam vir a mostrar-se desadequados, as famílias conseguem muitas vezes lidar com eles desde que possam, a qualquer hora do dia ou noite, falar com alguém que conheça a situação do doente.*” (Twycross, 2003) Segundo o autor, deve manter-se em casa do doente uma quantidade adequada de medicação, injetável ou rectal, para as situações de emergência ou se houver necessidade de realização de medicação de resgate.

Deste modo, é dever dos profissionais de saúde que acompanham o doente no domicílio, dar orientações específicas e ajustadas à realidade, ao doente se tiver capacidade, e à família ou quem cuida, para atuar em situações de descontrolo sintomático ou qualquer alteração importante que possa surgir. A antecipação de problemas deve ser sempre considerada, para que na ausência da equipa se possa atuar e atenuar os sintomas/problemas característicos da doença paliativa. Para que isto aconteça os profissionais têm de conhecer extremamente bem o doente/família, quais as suas necessidades, quais os problemas que podem surgir, que capacidade têm para atuação em momentos de crise e quais as condições do meio envolvente.

No entanto, é importante referir que apesar de os Cuidados Paliativos em contexto domiciliário apresentarem muitas vantagens, também possuem algumas desvantagens, uma vez que a situação clínica do doente altera-se constantemente, e as desvantagens superarem as vantagens ou vice-versa. (Martins, 2014). Apesar de inicialmente os doentes terem expressado o desejo de que os cuidados fossem ministrados no domicílio, muitos doentes e seus familiares mudam de opinião depois de a doença ter progredido. Um doente que tenha apenas apoio no domicílio por um familiar também incapacitado tem geralmente de ser internado em determinado momento. (Twycross, 2003)

Wenk in Bruera [et al.] (2006) refere que as principais vantagens dos Cuidados Paliativos no domicílio relacionam-se com a autonomia dos doentes; a sua privacidade; a própria proteção para com medidas mais invasivas e desnecessárias; a melhor adaptação à perda pelo doente e pela família e o menor desconforto com a morte num local que é familiar. O enfermeiro que acompanha a pessoa e sua família no domicílio tem um papel preponderante no que respeita às orientações para saber reconhecer o agravamento ou aparecimento de sintomas, em que seja necessário a administração/ajuste de terapêutica instituída. A intervenção em cuidados paliativos, mais especificamente em contexto domiciliário, prima-se por a antecipação de problemas, a satisfação das reais necessidades da pessoa/família, assim como oferecer as ferramentas essenciais à família para poderem intervir na ausência da equipa de saúde.

Pode-se dizer que estabelecidas as medidas necessárias o doente pode passar os seus últimos dias de vida no seu domicílio, com conforto e qualidade de vida, desde que a equipa seja eficiente. Consegue-se, de igual modo, efetuar o controlo sintomático necessário como se o doente estivesse numa unidade de Cuidados Paliativos, evitando idas ao serviço de urgência, e que acima de tudo a pessoa seja tratada com intervenções adequadas à sua situação paliativa, e não como se tratasse de um doente agudo. A implementação de Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos ou a implementação de ações paliativas em Cuidados Domiciliários assume-se como uma boa prática de abordagem ao doente paliativo, dando hipótese do mesmo poder optar se quer permanecer em casa no seu seio familiar ou ser institucionalizado onde muitas vezes a doença paliativa não é considerada optando-se por abordagens de caráter curativo altamente invasivas e desconfortantes, não contribuindo para a diminuição de sofrimento retirando a qualidade de vida esperada nos últimos dias de vida.

2. O “Conforto” na Enfermagem

Apresentamos neste ponto, o conceito de conforto no percurso histórico da enfermagem, segundo as várias perspectivas teóricas, enquanto conceito multidimensional. Em seguida, abordamos o estado da arte, enquanto evolução do fenómeno/conceito ao longo dos tempos.

Confortar, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar; dar alento (Apóstolo, 2009). As primeiras referências ao conforto surgiram com Florence Nightingale. Em *Notas Sobre Enfermagem de Florence Nightingale* (2005), apresentam-se várias referências a este conceito nomeadamente, o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. O conforto constitui-se como uma meta do cuidado, embora o seu significado tenha mudado ao longo da história por condicionantes que se prendem com a evolução histórica, política, social, religiosa e tecno-científica, da humanidade, sobretudo das ciências da saúde e da enfermagem em particular (Mussi, 2005; Apóstolo, 2009; Ribeiro, 2012).

A este propósito, as autoras (Sousa; Marques; Costa & Dixe, 2011) defendem que várias teóricas de enfermagem contribuíram para o desenvolvimento da disciplina, estudando o conforto e contribuindo com diferentes perspectivas nomeadamente, Callista Roy, Orlando, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Meleis, Janice Morse e Katharine Kolcaba. É de acrescentar que Janice Morse e Kolcaba, deram visibilidade ao conceito de conforto através dos seus estudos. Concretamente Kolcaba a partir de 1990, dedicou-se à sua conceptualização e operacionalização (Ribeiro, 2012). A ligação ao conforto tem estado presente ao longo dos tempos e, o sentido da enfermagem, enquanto profissão procura responder às necessidades de saúde da pessoa humana, constitui-se como resposta de cuidado e conforto, sendo este um conceito central da disciplina de enfermagem (Cameron, 1993; Meleis, 1991, 2007; Kolcaba, 2003; Morse, 2000; Tutton & Seers, 2004; Oliveira, 2011; Sousa, 2014). Pode-se dizer que a atenção ao desconforto no sentido de compreender o

conforto e as diferentes medidas utilizadas pelos enfermeiros para o alívio do sofrimento dos doentes, é consistente com a missão da enfermagem (Sousa, 2014)

A literatura dá-os a conhecer diversas definições de conforto, de acordo com a perspetiva de cada autor. O conceito surge como relevante em trabalhos de diferentes autores e em várias teorias de Enfermagem, como por exemplo a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), sendo considerado um fenómeno de importância básica para a enfermagem, contextualizado ora como um objetivo da enfermagem ora como um estado relativo ao doente, destacando a importância de compreendê-lo na sua multidimensionalidade do processo de cuidar (Ribeiro, 2012).

Apesar da inexistência de uma definição uniforme, desde sempre que o conforto tem sido considerado como um conceito primordial na Enfermagem, um imperativo moral, uma vez que contribui para a recuperação da pessoa (Melleis, 2005; Apóstolo, 2009; Ribeiro, 2012). O conforto tem sido citado como um objetivo dos cuidados de enfermagem desde há mais de um século e tem estado associado ao acompanhamento, à presença, ao toque, à empatia e à compaixão como componentes críticos dos cuidados de enfermagem (Magalhães, 2009).

Embora acompanhando o desenvolvimento do cuidar em enfermagem, só recentemente o conforto e a sua promoção encontram uma maior expressão uma vez que, a ligação ao conforto nem sempre tem sido valorizada da forma merecida (Collière, 1989; Kolcaba, 2003; Ribeiro 2012), tendo-se mesmo verificado, na segunda metade do século XX, alguma renitência em utilizar o termo nos cuidados de enfermagem. No entanto, pela sua importância, parece ser primordial que se reconheça o valor do conforto e do ato de confortar na prática dos cuidados (McIlveen & Morse, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Kolcaba, 2003; Ribeiro 2012) constituindo uma preocupação central do cuidar em enfermagem e apresentando-se como um indicador determinante da qualidade dos cuidados prestados (Cameron, 1993; Meleis, 1991; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003; 2004; Oliveira, 2011; Ribeiro 2012).

O conceito surge como relevante em trabalhos de diferentes autores, como, Benner, Morse, Meleis, Bécherraz, entre outros e, em várias teorias de enfermagem nomeadamente com Peplau, Josephine Paterson, Lorreta Zderad, Callista Roy, Ida Orlando, Madeleine Leininger, Jean Watson, e Katherine Kolcaba, que contribuíram para o desenvolvimento teórico da disciplina sendo enquadrado como um conceito nobre, (Apóstolo, 2007, 2009; Oliveira, 2011; Sousa 2014).

Orlando (1961) refere-se ao conforto como um foco do enfermeiro para satisfazer as necessidades humanas, sendo da responsabilidade do mesmo aliviar o mal-estar físico ou mental do doente, pelo que se torna fundamental identificar as suas perceções quanto às suas necessidades, desejos e expectativas. Segundo Benner (2001), o enfermeiro tem a competência de confortar com o objetivo (resultado) da intervenção do mesmo.

Peplau observa o conforto como central na ação dos enfermeiros e satisfação das necessidades das pessoas (Oliveira, 2011; Ribeiro 2012), como também Roy, através do seu modelo de Adaptação, estuda as necessidades de conforto psicológico e as respetivas medidas para o aumentar, fundamentando que a obtenção de um maior nível de conforto é objetivo único da intervenção. Neste modelo, o objetivo é a promoção da adaptação (referente ao processo e resultado) das pessoas, contribuindo desta forma para a saúde e qualidade de vida (Apóstolo, 2007). Também, a teoria Humana de Cuidar de Watson (1985, 1998, 2002), e a teoria dos Cuidados Transculturais de Leininger (1985,1991), contêm a essência do que é a enfermagem, sendo o conforto um componente do cuidar e, por isso, parte integrante de qualquer uma das referidas teorias. (Ribeiro, 2012)

Watson (2002), ao referir-se à enfermagem como uma ciência do cuidado, visualiza o conforto como um aspecto importante, na medida em que permitirá responder à unicidade da pessoa. Esta teoria reconhece que os cuidados de enfermagem devem ajudar a pessoa a encontrar um significado para a sua existência obtendo um grau de harmonia ao nível da “mente-corpo-espírito”, e, considera o conforto uma variável resultante do cuidado, além de uma área de intervenção do processo de cuidar. (Ribeiro, 2012)

Também para Leininger (1988,1990), o conforto é um constructo “major” da taxonomia do cuidar, ou seja, é uma parte integrante do cuidar. É fundamental ter em conta o contexto cultural de cada pessoa/família para que seja possível prestar cuidados holísticos, culturalmente congruentes, de acordo com as necessidades e, por isso, considerados de qualidade (Leininger, 1988,1990; Sousa 2014).

O conceito de conforto tem vindo ser alvo de objeto de estudo com o propósito de perceber melhor qual a sua finalidade. Destacam-se duas teóricas que ao estudar o termo, esclarecem-no com maior profundidade. Janice Morse e Katherine Kolcaba defendem que a ação da enfermagem é confortar, e o conforto é o resultado dessa intervenção. Morse descreve o conforto como o sentido final para as ações de

enfermagem e define-o como “o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do contínuo saúde-doença (...)” (Morse, 1992). A saúde aparece como um propósito marcado, ainda que para isso a pessoa tenha que vivenciar pequenos desconfortos. (Bottorff, 1991; Morse, 1992; Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995; Ribeiro, 2012).

Katherine Kolcaba (1994,2003,2009) dedicou-se à conceptualização e operacionalização do conforto – faz a análise do conceito de forma a clarificar o significado do mesmo, construindo uma estrutura taxonômica dos seus aspectos, contextualizando-os numa teoria de médio alcance. Testa a sua teoria num estudo com doentes idosos com Alzheimer e desenvolve vários instrumentos para avaliar a experiência de conforto, entre os quais, o *General Comfort Questionnaire* (Kolcaba & Steiner, 2000; Kolcaba, 2003).

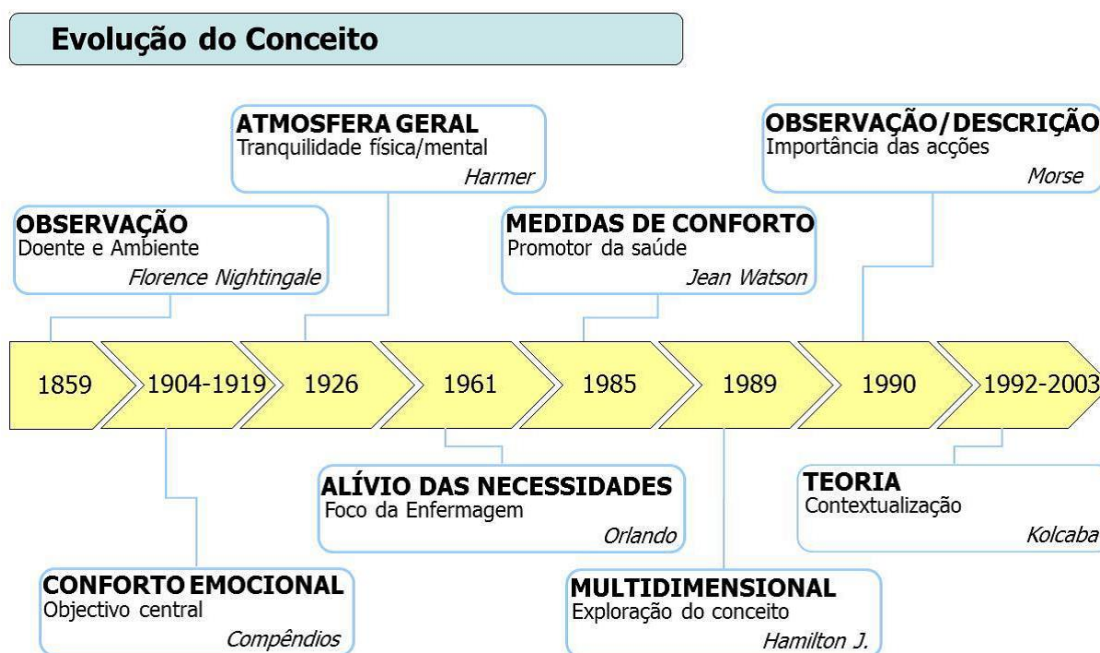
Kolcaba refere-se ao conforto como sendo “um resultado essencial do cuidado de saúde (...) um estado holístico e complexo (...)” (Kolcaba, 2003), um estado resultante das intervenções de enfermagem e define-o teoricamente como “a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 2003), “muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2003), podendo ser perspectivado como a experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado. O alívio representa a “experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade é o “estado de calma, sossego ou satisfação” necessário para um desempenho eficiente e a transcendência consiste no “estado no qual é possível superar problemas ou dor” (Kolcaba, 2003). A transcendência implica um crescimento; na medida em que, cada pessoa tem a possibilidade de sentir capacidade e potencial para planear, controlar e resolver os problemas, sendo também chamado de renovação. (Ribeiro, 2012)

Embora para Kolcaba (2003), o cuidado de conforto seja um cuidado simples e intuitivo, é paralelamente “ (...) uma arte de enfermagem que compreende o processo de confortar por uma enfermeira a um doente e o resultado de conforto aumentado”. Assim sendo, é extremamente importante que os enfermeiros observem, avaliem e reavaliem as necessidades de conforto totais do doente (as quais têm subjacentes as sensações físicas, a vida espiritual, as interações sociais e os aspetos ambientais); as

intervenções dirigidas para colmatar as necessidades específicas identificadas (quando não satisfeitas pelo próprio ou pelo seu sistema de suporte) como também perceberem se o conforto (resultado) foi conseguido, quer subjetiva quer objetivamente (a avaliação das medidas ou intervenções). (Kolcaba, 2003). A investigação demonstra que os doentes que se sentem confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, curam-se mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa, relativamente aos que estão desconfortáveis (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Steiner, 2000; Kolcaba, 2003).

Em seguida apresentamos um diagrama, que sintetiza o conceito de conforto, no seu percurso cronológico:

Diagrama 1 - Evolução do Conceito de “Conforto” (Sousa, 2014)



Mais recentemente, Oliveira (2011) construiu uma teoria a que chamou – Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões – sobre a construção do cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada em cuidados agudos, no seu estudo de doutoramento. Na presente teoria, confortar “ (...) emerge como um processo que explicitamente procura equilibrar os diferentes concorrentes objetivos terapêuticos em

presença” exigindo por isso um “processo de *individualização da intervenção conciliadora de tensões*” (Oliveira, 2011). Para que exista um cuidado confortador, este tem de se adequar à unicidade e necessidade da pessoa, sendo no entanto complexo, provisório, inespecífico, circunstancial, paradoxal, integrador, de compromisso e individualizado (Oliveira, 2011).

Sousa (2014), estudou a Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em contexto hospitalar – Construção de uma teoria explicativa - Projeto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado. No referido estudo a autora apurou que no desenvolvimento do conhecimento de enfermagem “os resultados evidenciam a clarificação conceptual do bem-estar global (...)” acrescentando que a enfermagem deve fundamentar a sua prática em teorias que suportem a avaliação das necessidades e a implementação de medidas e avaliação dos resultados. Este estudo fez emergir diferentes domínios como: Individualização dos Cuidados; Unicidade da Pessoa do Doente, Conhecer para particularizar o Cuidado; Necessidade dos doentes como centro de ação; Promover adesão, autonomia e o estabelecimento de uma relação de parceria; Interação entre o ambiente e o estado de conforto; Criação de um ambiente favorável.

Em síntese, pode-se dizer que o conforto é considerado como um objetivo, um resultado e um padrão dos cuidados de enfermagem universalmente desejável, bem como uma experiência subjetiva e uma necessidade humana (Watson, 2002; Kolcaba, 2003; Yoursefi et al., 2009; Oliveira, 2011; Ribeiro 2011). O estado de conforto é entendido como mais do que o alívio do desconforto, é considerado como um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional, expresso pela subjetividade. O conforto é promovido através das intervenções de enfermagem. Confortar constitui um fator de cuidado (Watson, 2002) e uma competência do enfermeiro (Benner, 2001). O conforto é materializado através de um processo intersubjetivo e complexo, que tem em conta a unicidade e singularidade de cada pessoa doente, num determinado contexto que deve ser sempre considerado (Paterson e Zderad, 1976; McIlven & Morse, 1995; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Rosa et al., 2008; Oliveira, 2008, 2011; Yoursefi et al., 2009; Ribeiro, 2012). Para que a satisfação das necessidades seja alcançada a ação do enfermeiro tem de ser intencional e individual, norteados pela competência por parte do ator intencional de conforto. (Cameron, 1993; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Yoursefi et al., 2009; Oliveira, 2011; Ribeiro 2012). O processo

de conforto da pessoa idosa doente, é mediado por um conjunto de situações ou circunstâncias, nas quais estão inseridos condicionantes favorecedores ou constrangedores, que se fundem em três grandes eixos: Conhecimento/avaliação das vivências do idoso; Construção do cuidar confortador; Cultura confortadora da enfermagem geriátrica. (Sousa, 2014)

2.1. O Estado da Arte

Tal como já referimos no ponto anterior, muitos foram os autores que estudaram a origem e o significado do termo “conforto” com o propósito de esclarecer o seu uso na prática de enfermagem. Podemos encontrar estudos a nível internacional, que têm definido e explorado o conceito quer na perspetiva dos doentes, quer na perspetiva dos prestadores de cuidados, ou ainda relacionados com intervenções específicas com a finalidade de obter conforto (Morse, 1983; Kolcaba & Kolcaba, 1991, Kolcaba, 1994; Cameron, 1993; McIlveen & Morse, 1995; Bottorf, Gogag, & Engelberg-Lotzkar, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Mussi, 2005; Wilby, 2005). Podemos constatar que o termo conforto é um objetivo comum na profissão de enfermagem, sendo que o seu conceito é complexo e diverso, estando associado a um estado de bem-estar físico e mental e olhado, ora como procedimento, ora como objetivo desejado, ora ainda como antagónico ao desconforto. (Ribeiro, 2012)

Na pesquisa que realizámos, não encontramos nenhum estudo relacionado com o conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário na perceção do enfermeiro, sendo esta a questão do nosso estudo. A nível internacional podemos encontrar diversos estudos, que procuraram investigar o fenómeno do conforto, em determinadas culturas e diferentes ambientes, como por exemplo enfermagem cirúrgica, oncológica, ortopédica, unidades de cuidados intensivos, cuidados paliativos, radioterapia, saúde mental, geriatria, asilos, entre outros, (Morse, 1983; Cameron, 1993; Bottorf, Gogag & Engelberg-Lotzkar, 1995; Mussi, et al, 1996; Kolcaba, & Steiner, 2000; Panno, et al 2000; Cáster & Bhatia, 2001; Bécherraz, M. 2002; Walker, 2002; Tutton, & Seers, 2004; Meyer & Sturdy, 2004; Kolcaba, 2003, Wilby, 2005; Bland, 2007; Rosa et al., 2008; Yousefi, et., al, 2009). Pode-se dizer que embora em contextos diferentes, todos os estudos apontam para a experiência do conforto como uma

dimensão física, social e psicoespiritual, sendo que os doentes associam o conceito ao alívio do desconforto, interrelacionando-o também à saúde, ao carinho, ao toque, ao estar em paz, à conversa e à presença de família e de amigos significativos. O enfermeiro avalia o conforto não só através da avaliação de sintomas, mas também através de questões relacionadas com a autonomia e equilíbrio pessoal e ambiental. Segundo (Ribeiro, 2012) importa investigar a forma como os cuidados de enfermagem vão de encontro às verdadeiras necessidades da pessoa, uma vez que os resultados dos estudos em cima referidos tornam-se inconclusivos.

Kolcaba (2003) foi avaliar o nível de conforto em doentes com Alzheimer através de instrumentos desenvolvidos pela mesma, referindo que as ações de enfermagem devem estar de acordo com as necessidades e expectativas dos doentes. Em Portugal foi validada uma escala de avaliação do conforto segundo o modelo operacional do mesmo, desenvolvida por Kolcaba (2003) e construída por Gameiro & Apóstolo, (2004) para avaliar o nível de conforto em doentes a realizar quimioterapia no hospital de dia e, mais tarde, foi realizado um estudo descritivo que procurou descrever as características de sofrimento e de conforto neste tipo de doentes como também, analisar a relação existente entre os mesmos (Apóstolo, et.al. 2006).

Um estudo com uma abordagem fenomenológica realizado por Oliveira (2008) procurou compreender a experiência vivida pelo enfermeiro e o significado de confortar a pessoa adulta e a pessoa idosa hospitalizada. Apurou-se que se trata de um processo complexo, com compromisso moral e ético do enfermeiro com a finalidade de obter um maior conforto possível, sendo um processo pessoalmente exigente, interativo e criativo de intervenção e decisão com e a favor do doente hospitalizado (Oliveira, 2008). Na sua tese de doutoramento Oliveira (2011), foi compreender como o enfermeiro constrói com a pessoa idosa hospitalizada um cuidado experienciado como confortador, partindo de uma abordagem interpretativa pelo método da *Grounded Theory*. Os resultados apontaram para a importância da individualização de cuidados, focada ao particular, com a pessoa numa interação que, simultaneamente, possibilita conciliar as tensões em presença para obtenção de resultados centrados na mesma (Oliveira, 2011). Ao analisarmos estes estudos podemos dizer que os mesmos referem que o conceito de conforto pode variar consoante a cultura e ambiente, sexo, as próprias necessidades de conforto, o estado de saúde assim como a experiência da doença e as expectativas das pessoas.

Ribeiro (2012) foi estudar na sua tese de doutoramento, através de um estudo etnográfico, com entrevistas semi-estruturadas, como é a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado no contexto cultural de um Serviço de Medicina e quais as suas especificidades. A autora apurou que o conforto é parte integrante do processo de cuidados e é a dimensão mais importante do mesmo. A natureza deste processo está ancorada em três eixos e estruturam a cultura confortadora geriátrica, permitindo aos enfermeiros enquadrar os cuidados de enfermagem geriátricos numa filosofia de humanização individualizada (Sousa, 2014)

Nicolau (2013) foi estudar o conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar, através de um estudo quantitativo descritivo-correlacional. Os achados identificam que quando a idade, bem-estar físico e qualidade de vida aumentam, o conforto aumenta. À medida que a capacidade funcional diminui, o conforto diminui e quando o cansaço, dor e depressão aumentam, o conforto também diminui. (Nicolau, 2013)

Em jeito de síntese, e através da revisão da literatura efetuada, podemos dizer que o conforto e o desconforto assumem-se como estados antagónicos e muito subjetivos. A inexistência de um conceito único e a sua carência face a diversos aspetos em várias situações, remete-nos para a importância de investigações nesta área. Em todas as definições acerca do conforto encontradas, assume-se como ponto comum a satisfação das necessidades do doente, enquanto pessoa, pressupondo um conhecimento do fenómeno na perspetiva dos doentes a sua interação com a prática dos profissionais que o proporcionam, numa ação baseada no respeito pela individualidade e subjetividade entre o cuidador e pessoa cuidada. (Ribeiro, 2012)

Nas investigações referidas constatamos, a inexistência de estudos sobre o conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário na perceção do enfermeiro, o que nos fez sentido investigar qual a perceção do conforto, quais as necessidades da pessoa em final de vida e quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa em final de vida no domicílio. Esta perspetiva, implica aceitar a subjetividade da experiência do conforto, o que leva também a ter em conta a natureza intersubjetiva e interativa do processo do mesmo (Paterson & Zderard, 1976; Mussi, 2005; Oliveira, 2011; Ribeiro 2012).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

1. Questão de Investigação/ Objetivos

O desconhecimento sob a percepção do Enfermeiro, acerca da dimensão confortadora ligada à pessoa que necessita de cuidados em final de vida no Domicílio é algo que devemos considerar. Na verdade, sabemos que o enfermeiro é o profissional de saúde que, pelas suas competências assume um papel preponderante e privilegiado no cuidado à pessoa humana que vivencia situações de sofrimento e desconforto (Sousa, 2014).

Sendo o conforto não só uma necessidade desejável bem como um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família em fim de vida e, não existindo uma definição clara para este conceito, importa investigar qual a percepção do enfermeiro no que respeita à conceção do conforto; quais as necessidades da pessoa em final de vida, e quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa em final de vida no domicílio.

Questão central: Qual a percepção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário?

Outras questões secundárias:

- Qual a conceção de conforto para o enfermeiro que cuida da pessoa em final de vida em contexto domiciliário?
- Quais as necessidades de conforto percecionadas pelo enfermeiro que cuida da pessoa da pessoa em final de vida em contexto domiciliário?
- Na perspetiva do enfermeiro, quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa em final de vida em contexto domiciliário?

Objetivo Geral:

Compreender a percepção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário

Objetivos Específicos:

- Identificar a conceção de conforto do enfermeiro que cuida da pessoa em final de vida em contexto domiciliário
- Identificar as necessidades de conforto percecionadas pelo enfermeiro que cuida da pessoa da pessoa em final de vida em contexto domiciliário.
- Conhecer as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa em final de vida em contexto domiciliário, na perspetiva do enfermeiro.

2. Tipo de Estudo

De forma a responder à questão de partida e alcançar os objetivos propostos, optámos por realizar um estudo qualitativo de abordagem descritiva.

Segundo Bogdan (1991), a investigação qualitativa possui cinco características muito específicas, sendo que os estudos que recorrem à entrevista em profundidade tendem a ser bons exemplos desta metodologia.

De acordo com o autor, podemos dizer que no nosso estudo:

1- *A fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.* Frequentámos o local de estudo e houve uma preocupação com o contexto, assumindo-se que o comportamento humano é significativamente influenciado pelo contexto em que ocorre. Entendemos que as ações podem ser melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente habitual da ocorrência.

2- *A investigação qualitativa é descritiva.* Os dados recolhidos são em forma de palavras e não de números. Os dados incluem transcrições de entrevistas, tentam analisar os dados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível, a forma como estes foram registados ou transcritos.

3- *A investigação interessa-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.*

4- *Os dados são analisados de forma indutiva.* Não recolhemos dados ou provas com o objetivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente. As abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando.

5-O significado é de importância vital na abordagem qualitativa. Questionámos os sujeitos de investigação, com o objetivo de perceber o modo como interpretam as suas experiências.

A abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspetivas, vivências, experiências de vida, analogias. A metodologia qualitativa permite descrever e explorar experiências, conhecer e representar os pensamentos, as opiniões, as crenças ou pontos de vista dos indivíduos (Fortin, 2000; Strang, 2000; Rubiales *et al.*, 2004)

As diversas profissões da saúde, especialmente a enfermagem, transitam predominantemente nas relações interpessoais e de assistência à saúde e doença. Por isso encontram coerência na interação humana e no aprofundamento das experiências individuais possibilitadas pela pesquisa qualitativa. (Zimmer, 2006)

Ao se particularizar os estudos qualitativos para o campo clínico, destaca-se o cenário das vivências em saúde, definindo o “método clínico-qualitativo” em pesquisa “aquele que busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença” (Turato, 2005)

Na realidade, os métodos qualitativos são apropriados quando o fenómeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende à quantificação. Normalmente, são usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a investigação (Streubert & Carpenter, 2002; Fernández, 2004).

A metodologia qualitativa permite a avaliação de necessidades; a elaboração, planeamento e implementação de políticas; a avaliação dos serviços e auditoria clínica; o estudo de aspetos sociológicos, culturais, históricos e éticos, relevantes para a compreensão, significado e caracterização da doença, morte e morrer na sociedade. (Clark, 1997)

Deste modo, optámos por realizar um estudo qualitativo de abordagem descritiva, uma vez que pretendemos compreender a percepção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário, assim como identificar

necessidades e conhecer as intervenções dirigidas. A descrição deste fenómeno através da realização de entrevistas e transcrição das mesmas assume-se como fundamental para responder à nossa questão central do estudo.

3. População/ Amostra

Na abordagem qualitativa de pesquisa, as amostras são propositais ou intencionais (*purposeful sampling*), já que se procura apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis.

Conforme Minayo (2004), existem alguns aspetos a ter em conta com o processo de amostragem, com a finalidade de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. No nosso estudo, privilegiou-se os sujeitos que possuíam as informações e experiências que desejávamos conhecer, considerando um número suficiente para a reincidência das informações. Escolhemos um conjunto de participantes que possibilitaram a apreensão de semelhanças e diferenças, que no nosso caso são

Segundo Willms (1993), a amostra intencional é composta diferentemente, de acordo com os objetivos e o propósito da investigação, e por casos que satisfaçam a dimensão em estudo.

A amostra define-se como o conjunto de elementos retirados de uma população alvo, (Fortin, 2003). Corresponde ao subgrupo da população selecionada para obter informações relativas às características dessa população.

Assim sendo, e como referimos anteriormente, o método de amostragem da nossa investigação será a amostra intencional, sendo que os sujeitos escolhidos (população alvo) para a investigação são 8 Enfermeiros do Hospital Nossa Senhora da Arrábida, que prestem cuidados no domicílio a doentes em fim de vida. Optou-se pelo Hospital Nossa Senhora da Arrábida, uma vez que é o local onde exerce funções como enfermeiro e onde pretendo aplicar as melhorias na prática de cuidados. O Hospital apoia doentes em regime de internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos inserida na RNCCI, alargando-se à prestação de cuidados a doentes paliativos em contexto domiciliário (ECSCP), contexto esse que incide o nosso estudo.

Para obter os dados que permitissem alcançar os objetivos considerou-se como amostra não probabilística/intencional todos os Enfermeiros com os seguintes critérios de inclusão:

- Possuir Formação Básica em Cuidados Paliativos;
- Possuir experiência com mínimo de um ano em Cuidados Paliativos;
- Trabalhar na ECSCP do HNSA;
- Consentir de livre vontade participar no estudo;

4. Instrumento de Colheita de Dados

Considerando que pretendemos compreender a percepção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário, e tendo em conta a complexidade e especificidade deste processo, o recurso à entrevista semi-estruturada pareceu-nos fundamental.

Uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, embora por vezes possa envolver mais pessoas (Morgan, 1988), dirigida por uma das pessoas, com o objetivo de obter informações sobre a outra. No caso da investigação qualitativa, a entrevista surge com um formato próprio.

Em todas estas situações, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo. (Bogdan, 1991).

As entrevistas qualitativas variam quanto ao seu grau de estruturação (Bogdan, 1991), sendo que o seu conteúdo deve ser integralmente transcrito (incluindo hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos do entrevistador). (Bardin, 2014)

A entrevista, enquanto técnica de colheita de dados, assume-se como um processo de descoberta e sistematização da informação pela possibilidade de explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos do discurso dos informantes, permitindo uma melhor explicitação das suas vivências. Permite ter acesso ao sentido que os atores dão aos acontecimentos, confrontando o que observa com o que ouve, aferindo as significações atribuídas ao que observou, explorando e clarificando ideias ou opiniões, com a

finalidade de compreender o significado que cada sujeito atribui ao fenómeno que estamos a investigar, através de uma relação de interação face a face. (Ribeiro, 2012)

Dada a natureza do estudo – qualitativo – o consentimento informado, deve ser um processo contínuo, exigindo que se faça uma reavaliação e renegociação ao longo do mesmo, por parte dos participantes do estudo (Streubert & Carpenter, 2002). Todos os enfermeiros se mostraram recetivos ao nosso pedido, aceitando de imediato participar no nosso estudo.

As entrevistas aos 8 enfermeiros decorreram num espaço destinado a esse fim (na sala de realização de Conferências Familiares do HNSA), em hora marcada pelos informantes. No momento da entrevista estavam presentes apenas o entrevistador e o entrevistado, sendo que antes de se iniciar a entrevista explicávamos o objetivo da mesma, assinando-se o termo de consentimento livre e esclarecido. O tempo gasto com cada uma das entrevistas oscilou entre os 20/30 minutos.

5. Tratamento de Dados

O recurso à análise de conteúdo, para retirar partido de um material dito «qualitativo», é indispensável: entrevistas de inquérito, de recrutamento, de psicoterapia...que fornecem um material verbal rico e complexo (Bardin, 2014). Assim sendo, o tratamento de dados que utilizámos no nosso estudo através da entrevista foi a análise de conteúdo.

À medida que se vai lendo os dados, repetem-se ou destacam-se certas palavras, frases, padrões de comportamento, formas dos sujeitos pensarem e acontecimentos. O desenvolvimento de um sistema de codificação envolve vários passos: percorre os dados na procura de regularidades e padrões bem como de tópicos presentes nos dados e, em seguida palavras e frases que representam esses mesmos tópicos e padrões. Estas palavras ou frases são categorias de codificação. As categorias constituem um meio de classificar os dados descritivos que se recolheu. As diferentes fases de análise de conteúdo, organizam-se em torno de várias etapas cronológicas: pré-análise (transcrição da entrevista realizada); exploração do material (através da codificação); tratamento de dados, a inferência e a interpretação, as quais foram seguidas no nosso estudo. (Bogdan, 1991)

Os resultados transcritos em bruto são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e colocam em destaque as informações fornecidas pela análise. Assim sendo, com resultados significativos e fiéis pode propor-se inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a descobertas inesperadas. Por outro lado, os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências, podem servir de base a uma outra análise disposta em torno de novas dimensões teóricas, ou praticada devido a técnicas diferentes. (Bardin, 2014)

Para tratar o material foi necessário codificá-lo, correspondendo a uma transformação segundo regras precisas, transformando o texto transcrito em bruto das entrevistas, em unidades de registo e unidades de contexto.

Inicialmente lemos e relemos várias vezes os dados obtidos em cada uma das entrevistas a fim de se obter uma compreensão do conteúdo geral das mesmas, excluindo todo o verbatim que se apresentava mais distante do nosso estudo. Assim, aos segmentos do texto que não interessavam foi atribuído o código “ (...) ”, e as palavras utilizadas para clarificar algum aspeto foram colocadas entre “[]”. Aos silêncios e pausas que surgiram ao longo da entrevista atribuiu-se o código “...”

Em seguida, cada entrevista à qual foi atribuída a “letra de código” (E), foi dividida em unidades de significação (também chamadas unidades de registo ou declarações significativas), de acordo com o que foi referido pelo sujeito. As unidades de significação são frases ou proposições que se relacionam com o fenómeno em estudo, deste modo, e de forma a organizarmo-nos no futuro, a cada unidade de significação foi atribuído um número que em conjunto com o código já atribuído (E), possibilitava a localização dessa unidade de significação (E1 1, E1 2, ...).

Posteriormente procurámos questionar a relação que existia entre cada unidade de significação e o fenómeno em estudo, procedendo à formulação dos significados através da descoberta do significado de cada unidade de significação (unidades de contexto). O significado permitiu evidenciar o sentido presente nas descrições originais, não devendo cortar a ligação com a descrição original. A cada um dos significados formulados foi

também atribuído um código, letra “S” que se agrupou ao código já existente ficando: E1 S1, E1 S2, etc.

6. Questões Éticas

Na realização do nosso estudo foram considerados sistematicamente os princípios éticos do consentimento informado, da não maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça; as regras morais da fidelidade, de veracidade e de confidencialidade (Gilhooly, 2002; Holzemer, 2010), e ainda, o direito dos participantes à informação, à privacidade e à autodeterminação (Holzemer, 2010).

De forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação foi, inicialmente, realizado o pedido formal de autorização à Direção Clínica e Direção de Enfermagem do HNSA, tendo sido dado um parecer favorável à realização do mesmo. Para tal, foi solicitada a apresentação dos guiões das entrevistas aos enfermeiros, assim como o termo de consentimento livre e esclarecido.

O consentimento informado aos participantes do estudo (Enfermeiros) foi assinado, após terem sido informados dos objetivos do trabalho, da sua finalidade, do tipo de participação solicitada, dos meios a usar – como a áudio gravação – esclarecendo o direito de não-aceitação e de desistência caso assim o entendessem, sem qualquer repercussão negativa para os próprios.

Uma outra preocupação ética, por respeito aos participantes e à boa prática científica, foi garantir o seu anonimato, bem como a confidencialidade dos dados. Assim, todos os nomes dos participantes (enfermeiros) foram ocultados e substituídos por códigos, não constando nos anexos de caracterização dos mesmos. Em todo o percurso do estudo, revelou-se uma preocupação constante a procura consciente da fidelidade aos dados, e a observância do princípio da honestidade, assumida como um requisito de integridade científica (Holzemer, 2010).

No nosso trabalho não foi necessário a avaliação de uma comissão de ética, uma vez que os participantes em estudo são enfermeiros e não doentes.

7. Limitações do Estudo

Existem limitações a ter em conta no que respeita à essência do método qualitativo. O recurso da linguagem na expressão das ideias, e o fato de que estas devem ser codificadas para a realização da análise qualitativa, consiste num problema deste método. O investigador pode não conseguir captar um carácter simbólico particular, uma vez que os argumentos são expressos sob a forma de texto.

A tarefa de agrupar e analisar os dados é extremamente trabalhosa e tradicionalmente individual, para além de exigir muito tempo para registar os dados, organizá-los, codificá-los e proceder à sua análise. (Mannig, 1979)

Como limitação do nosso estudo surgiram, por vezes, dificuldades na realização das entrevistas pela complexidade em captar um carácter simbólico particular referido pelo sujeito no momento da entrevista, ou por outro lado, por alguns entrevistados apresentarem em alguns momentos da entrevista, tendência para não responder objetivamente às questões colocadas. Outra limitação que surgiu, prendeu-se com a nossa inexperiência enquanto investigadores em codificar os dados obtidos através das entrevistas realizadas, o que tornou o processo mais moroso.

Fundamentadas as nossas decisões metodológicas e descrito o modo como planeamos e realizamos as várias fases do processo de investigação e os procedimentos inerentes à recolha e análise de dados, no capítulo que se segue iremos apresentar e analisar os dados obtidos.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Apresentação e Discussão dos Resultados

Nesta Parte (III) apresentam-se os resultados da nossa investigação, obtidos através dos diferentes instrumentos e técnicas de colheita de dados utilizadas ao longo do estudo e, faz-se a discussão dos mesmos. Tem-se como objetivo apresentar os conceitos que ajudam a compreender a Conceção do Conforto da Pessoa em Fim de Vida em contexto Domiciliário na percepção do Enfermeiro.

Inicialmente iremos explicar qual a conceção de Conforto para o enfermeiro que cuida do doente em fim de vida no domicílio, espelhando quais as necessidades confortadoras que identifica assim como as intervenções confortadoras que desenvolve junto da pessoa em fim de vida.

A análise dos dados permite-nos obter um esquema compreensivo da relação entre os diferentes temas encontrados no decorrer da análise da informação. A distribuição das ideias por temas permite reunir a informação em unidades estruturais, ajudando o investigador a descobrir o seu significado (Streubert & Carpenter, 2002).

A análise dos dados permitiu-nos chegar a um tema central – O conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário – Perceção do Enfermeiro – e três Domínios: Conceção do Conforto; Necessidades Confortadoras e Intervenções Confortadoras.

Os significados encontrados foram sendo agrupados dando origem às Categorias e Subcategorias, as quais vamos referir ao longo deste capítulo, de forma a explicitar o fenómeno em estudo. Na discussão dos resultados seguiremos essa ordem de apresentação, desenvolvendo e analisando as categorias e subcategorias, procurando deste modo descrever a estrutura essencial da Conceção do Conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário, para os oito participantes (Enfermeiros). Para tal faremos referência quer às unidades de significação quer aos significados atribuídos ou até mesmos ambos, visando a clareza na análise dos dados.

1.1. Caracterização Sociodemográfica

Na realização do nosso estudo entrevistámos 8 enfermeiros, sete dos quais são do sexo feminino e um do sexo masculino. As idades variam entre os 25 anos e 41 anos, sendo que a média de idades é 30 anos. Relativamente ao grau académico, 3 enfermeiros possuem o Curso Básico em Cuidados Paliativos; 4 enfermeiros a Pós Graduação em Cuidados Paliativos e 1 enfermeiro possui o Mestrado em Cuidados Paliativos. A média de anos de profissão de Enfermagem é de 6 anos, e como experiência em Cuidados Paliativos uma média de 4 anos.

Apresentamos no quadro em baixo, de forma esquematizada, a caracterização sociodemográfica da população em estudo:

Quadro 1 – Caraterização Sociodemográfica

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	<p>E1 – Sexo Feminino; 25 anos; Mestrado Cuidados Paliativos; Enfermeira há 3 anos; Trabalha em cuidados Paliativos há 2 anos.</p> <p>E2 – Sexo Masculino; 31 anos; Curso Básico Cuidados Paliativos; Enfermeiro há 4 anos Trabalha em cuidados Paliativos há 2 anos.</p> <p>E3 - Sexo Feminino; 28 anos; Pós Graduação em Cuidados Paliativos; Enfermeira há 6 anos; Trabalha em cuidados Paliativos há 6 anos.</p> <p>E4 - Sexo Feminino; 27 anos; Pós Graduação em Cuidados Paliativos; Enfermeira há 4 anos; Trabalha em cuidados Paliativos há 3 anos.</p> <p>E5 - Sexo Feminino; 41 anos; Curso Básico em Cuidados Paliativos; Enfermeira há 8 anos; Trabalha em cuidados Paliativos há 4 anos.</p> <p>E6 - Sexo Feminino; 28 anos; Pós Graduação em Cuidados Paliativos; Enfermeira há 5 anos; Trabalha em cuidados Paliativos há 3 anos.</p> <p>E7 - Sexo Feminino; 30 anos; Pós Graduação em Cuidados Paliativos; Enfermeira há 8 anos; Trabalha em cuidados Paliativos há 4 anos.</p> <p>E8 - Sexo Feminino; 31 anos; Curso Básico Cuidados Paliativos; Enfermeira há 9 anos; Trabalha em cuidados Paliativos há 5 anos.</p>
--	--

1.2. Conceção do Conforto

As conceções de “Conforto”, que no nosso estudo estão relacionadas com as conceções dos enfermeiros incluem as formas como os sujeitos compreendem os conceitos, considerando a perceção que deles é feita na relação com os elementos relacionados com o ideal ou com o verdadeiro significado (Carpenter, 2002).

Atribuir significado será pois dar sentido à sua forma “autêntica”, procurando compreender um determinado fenómeno (Watson, 1988).

As conceções são as unidades fundamentais, de sentido ou da compreensão do fenómeno, de acordo com a intenção dos atores em contexto e apresentam-se como parte integrante da descrição do mesmo (Ribeiro, 2012). Revelam o pensamento e a ação dos atores de cuidados em coletivo e, dos enfermeiros de forma individual, considerando a particularidade dos seus pontos de vista (Honoré, 2004).

Os conceitos desenvolvem-se a partir da experiência e assumem um papel fundamental na clareza do fenómeno. Compreender o processo de construção e de resposta do conforto implica perceber o sentido e a significação das conceções de conforto e não conforto dos atores intervenientes. (Ribeiro, 2012)

Após a análise dos nossos dados em estudo, podemos dizer que no que respeita à **Conceção de Conforto** (Domínio) foram encontradas quatro categorias (Expressão Física; Expressão Multifocal/multidimensional do Conforto; Expressão Afetiva e Necessidades Básicas Cumpridas) das quais emergiram várias subcategorias, as quais vamos explicar com detalhe em seguida.

Verificamos que na **Expressão Física** (categoria), o enfermeiro atribui importância ao **alívio/controlo da dor** (Subcategoria) assim como o controlo de outros sintomas físicos, como consta nas asserções: “ (...) [*conforto é estar*] *sem dor ou sem outro descontrolo de sintomas... É mais ao nível da dor...*” E2 15; “ (...) [*conforto é estar*] *sem agitação... (...)* ” (E2 17)

Relativamente às subcategorias **Estado de alívio/controlo de dor; Controlo Sintomático e Ausência de agitação**, refletem os seguintes significados encontrados:

- ⊙ Relacionado com dor controlada (S8)
- ⊙ Relacionado com controlo do sintoma agitação (S9)

⊙ Relacionado com sintomas físicos controlados (S19)

Sabe-se que os enfermeiros têm um papel fundamental no alívio/controlo da dor uma vez que lidam com os desconfortos dos doentes e o que eles referem. O conceito é identificado numa relação estreita com o controlo e com a ausência de dor, considerados, desta forma, como sinónimos. A experiência dolorosa é um fenómeno individual. A investigação evidencia que a conceção de conforto pode adquirir significado de um estado de alívio ou de encorajamento conotado com um sentido positivo (Kolcaba,1994,2003; Kolcaba & Steiner, 2000; Tutton & Seers, 2003; Mussi, 2005; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012)

" (...) [conforto é] quando, acima de tudo, não tem dor visível, não tem dor descompensada (...) advém da ausência ou da diminuição da dor." (E2 14)

" (...) [conforto é] é o alívio dos sintomas (...) dos sintomas físicos, quaisquer que sejam (...) se estiverem controlados (...) " (E8 13)

Tal como refere a autora Ribeiro (2012) no seu estudo, e que também se evidencia no nosso, a experiência e o significado de conforto, são referidos como uma sensação de comodidade e de alívio da dor, o que conduz ao reconhecimento da individualidade da experiência humana do sofrimento, pelo ator de cuidado, numa ação orientada pela possibilidade de ajudar o doente a alcançar um estado de alívio/ausência de dor.

Aspetos relacionados com a **autonomia física** (Subcategoria) são referidos pelos enfermeiros como algo a considerar no conceito de conforto: *" (...) [conforto é] sentir-se autónoma num processo que era normal, era uma rotina anterior (...) " (E3 33)*

Na perspetiva de Watson (1988), cuidar implica consideração e respeito pela pessoa com vista à liberdade de escolha e de autonomia. O enfermeiro atribui importância à autonomia, como sendo algo fortemente ligado ao conforto, no sentido de poder ser autónomo nas suas rotinas o que leva a um estado confortador.

A multidimensionalidade do conceito é comprovada por diferentes autores ao afirmarem que envolve aspetos de natureza física, sociocultural, psicoespiritual e ambiental (Wilson, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003, 2004; Wilby, 2005, Yoursefi, H. et al. 2009; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012), o que corrobora os achados do nosso estudo.

O estudo do significado e dos atributos de conforto reconhece assim a seguinte categoria: **Expressão Multifocal/multidimensional do Conforto**, assumindo diferentes características definidoras das quais emergem as Subcategorias: **Espiritualidade; Serenidade; Individualidade/Subjetividade; “Estar-Bem”; “Bem-estar global”; Dignidade e Tranquilidade.**

O Conforto é caracterizado por ser um conceito muito subjetivo e por isso individual, por questões relacionadas com o sentido da vida ou por uma sensação de “Bem-Estar” interligadas com a serenidade e tranquilidade desejáveis a estado pleno de Dignidade.

Os enfermeiros referem que o conceito é algo difícil de definir por se alterar consoante as circunstâncias: “ (...) *conforto para mim, que também é uma situação que pode mudar. Portanto, a definição de conforto mudará consoante a nossa situação.*” (E5 9)

São vários os autores que defendem a perspetiva de que o conforto é subjetivo, na medida em que há ter em conta qual o significado que cada pessoa, família ou comunidade lhe atribui (Leininger, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Mussi, 2005; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012). Assim sendo, é importante atender à individualidade da pessoa, de forma a poder intervir de acordo com as necessidades de conforto, tal como se evidencia nos relatos dos idosos e dos enfermeiros: “ (...) [*o conforto*] *percecionado por cada um de nós de forma muito pessoal.*” (E1 21); “ (...) *o conforto é (...) uma dimensão mais subjetiva (...) para percebermos se realmente está confortável ou desconfortável.*” (E1 25); “ (...) *o conforto é uma coisa, para si, como enfermeiro e como pessoa, deve ser outra, e cada um tem a sua definição de conforto, e é aí que temos de ir de encontro...*” (E3 44); “ (...) *de encontro às minhas expectativas, às minhas necessidades enquanto pessoa, e não tanto de encontro a regras, padrões...*” (E5 6)

Watson (2002) refere na sua teoria, que o conforto é contextualizado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo de cada pessoa, tendo em conta os seus valores, desejos, crenças e perspetivas, estando relacionado com a sensação de bem-estar, e assumindo, desta forma, um carácter singular e único. No nosso estudo, e também na investigação da autora (Ribeiro, 2012), a expressão do conceito multifocal/multidimensional ganha sentido quando se reporta a um estado desejável para viver a vida, quando é relacionado com o “**Bem-estar global**” e o

“**Estar bem**”, expressões próximas e similares, do conceito, de acordo com os resultados, bastante expressivas na perspectiva dos enfermeiros intervenientes do estudo, como é justificado pelas unidades de significação: “ (...) [o conforto] permite-nos o bem-estar necessário à qualidade de vida.” (E1 26); “ (...) o conforto é... está ligado com um bem-estar (...) ” (E3 46); “ (...) [conforto é] momento em que se diz, eu estou bem no sítio em que estou.” (E3 50); “ (...) [conforto é] estarmos bem connosco próprios (...) ” (E4 13). A literatura aponta o conforto como um estado de prazer e de bem-estar.(Ribeiro, 2012)

Assim sendo, e segundo o que descrevemos anteriormente, podemos dizer que no nosso estudo encontrámos os seguintes significados, após a análise dos dados:

- ⊙ Conforto está relacionado com a individualidade (S4)
- ⊙ Conforto varia de pessoa para pessoa (S5)
- ⊙ O conforto está relacionado com o bem-estar (S6)
- ⊙ Refere-se ao conceito de conforto como algo difícil de definir (S15)

Ainda na categoria da Expressão Multifocal/multidimensional do conforto, surgem as subcategorias **Espiritualidade**: “ (...) [conforto é] toda a parte espiritual: saber que não estamos sozinhos, saber que há alguém que cuida de nós e que gosta de nós, e que está lá mesmo só para nos dar a mão, e que, mesmo que não esteja presencial (...) ” (E8 14); **Dignidade**: “ (...) [conforto é] promover a dignidade da pessoa (...) em fim de vida.” (E1 1); **Tranquilidade**: “ (...) [doente] foi ficando mais tranquilo.” (E1 8); **Serenidade**: “ (...) [conforto é] Quando a pessoa (...) consegue alcançar algum tipo de serenidade (...)” (E7 13). Encontraram-se os seguintes significados no nosso estudo:

- ⊙ Existe preocupação em promover a dignidade (S1)
- ⊙ O conforto está relacionado com tranquilidade (S2)
- ⊙ O conforto está relacionado com serenidade (S3)
- ⊙ Relacionado com espiritualidade (S20)

O facto de uma pessoa ter um sentimento de ligação a um ser superior, à natureza ou a algo superior a si mesmo e senti-los ainda como uma força e um apoio, poderá ter

benefícios para a mesma (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Koenig, George & Titus, 2004; Ribeiro, 2008; Caldeira, 2011; Ribeiro, 2012). É reconhecido a importância em promover a dignidade, numa ação humana sustentada pelos princípios éticos do respeito da autonomia, da beneficência e da não maleficência, no reconhecimento do Outro e da sua dignidade (Vieira, 2007; Nunes, 2011; Ribeiro, 2012). Ainda nesta estrutura confortadora, o cuidado que conforta emerge como um processo que é construído e que resulta no aumento do conforto (Kolcaba, 2003). Parece fazer sentido olhar o conforto como a experiência de alívio ou consolo ou, ainda, como sensação de paz, serenidade/ tranquilidade ou aconchego, face à vivência de um incômodo ou perturbação considerada como desconfortadora. (Ribeiro, 2012)

A **Expressão afetiva** (Categoria) assume também um papel relevante no que respeita à conceção do conforto, com grande enfoque no nosso estudo à **família** e às **relações interpessoais**: “ (...) o maior conforto (...) era estar com a família, com os entes queridos (...) ” (E3 22); “ (...) [conforto é] termos uma boa estrutura familiar (...) ” (E4 14), “ (...) [conforto é] ter a minha família perto, poderem permanecer comigo (...) ” (E6 12); “ (...) o maior conforto tanto para o doente como para a família, eram as relações [entre pessoas]. ” (E3 24), assim como ao **afeto; sorriso e felicidade**: “ (...) [conforto] estava muito ligado ao afeto (...) ” (E3 31); “ (...) [conforto é] sentir um sorriso todos os dias (...) ” (E3 45); “ (...) [conforto é] é sorrir (...) ” (E3 48); “ (...) [conforto é] estar feliz (...) ” (E3 49). Pode-se dizer que os atores atribuem significado à forma como se relacionam entre as pessoas assim como a estrutura familiar que possuem, ou à oportunidade de a família partilhar momentos importantes, o que lhes leva a um estado de felicidade, a um sorrir inerente com base na relação de afeto. É ainda ter oportunidade de deixar **recordações/memórias** para as pessoas que permanecem vivas após a morte do próprio, como reflete a asserção: “ *Mesmo que seja em fim de vida. E saber que, após a nossa partida, que alguém nos há-de recordar.* ” (E8 15)

A família apresenta-se como uma entidade dinâmica, onde as relações de socialização, proteção e apoio constituem assim uma dimensão importante (Silva, 2006). As funções familiares são inúmeras, nelas pode-se incluir: o gerar afeto, entre os membros da

família; o proporcionar a satisfação, a aceitação pessoal, a segurança, a estabilidade e ainda o dar apoio e resposta às necessidades básicas, em situação de doença (Figueiredo, 2009; Ribeiro, 2012). O sorriso é um dos sinais de comunicação com sentido universal, constitui-se como a expressão facial que melhor rompe barreiras e aproxima as pessoas, permitindo por isso estabelecer um mecanismo de vinculação entre as mesmas. Os estudos sobre o sorriso demonstram que o sorriso tem efeito na interação social. Pode considerar-se a influência do comportamento sorriso pelo emissor na manifestação do mesmo pelo recetor, promovendo um efeito terapêutico, em pessoas que se sentem deprimidas ou pessimistas, ou ainda como uma forma de um maior relaxamento (Freitas-Magalhães, 2007; Ribeiro, 2012).

Honoré (2002) refere que a saúde está no centro da vida e é condição fundamental para a nossa existência, estando associada à felicidade e à autonomia. Assim, quando os atores referem o conforto como um estado de felicidade podemos dizer que está associado a um estado de autonomia, a um estado de bem-estar, presentes quer na expressão física quer na expressão multifocal/multidimensional do conforto.

Surge ainda a referência pelos atores do nosso estudo, às **Necessidades Básicas Cumpridas** (Categoria) tal como exemplificam as unidades de significação: “ (...) [conforto é] quando está (...) bem hidratado (...) ” (E2 13); “ (...) um padrão de eliminação regular...” (E2 18). Pode-se dizer que só se consegue atingir um estado desejável de conforto quando a hidratação ou o padrão de eliminação estiver satisfatoriamente cumprido. Kolcaba (2003) considera o conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. As necessidades evidenciam-se como algo positivo que se pode relacionar com os desejos e as expectativas particulares do doente, imprescindível para que a pessoa assegure o seu bem-estar e se preserve física e mentalmente (Phaneuf, 2010).

No Diagrama seguinte podemos observar, de forma resumida, as ideias centrais da Conceção de Conforto na percepção do Enfermeiro

Diagrama 2 - Conceção de Conforto: Categorias e Subcategorias



1.3. Necessidades de Confortadoras

Neste estudo, os cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida em contexto domiciliário, organizam-se em redor das necessidades confortadoras identificadas pelos atores da nossa investigação.

São várias as teorias de enfermagem que tentam perceber as reais necessidades/desejos/vontades/expectativas, recursos, hábitos, preferências, valores, crenças, práticas culturais, condicionantes de saúde, preocupações, potencialidades e capacidades, definindo e indicando as necessidades de conforto (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) (Leininger,1988,1991; Watson, 2002a; Kolcaba, 2003; Gomes, 2009; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012)

Tal como a autora Ribeiro (2012) refere na sua investigação, e que se reflete no nosso estudo, é necessário conhecer a nossa ação para delinear a intervenção adequada ao outro. Com o sentido de perspetivar uma construção específica de cada situação importa compreender quem é aquela pessoa. Conhecer e avaliar as necessidades provém de uma intenção interior e tem uma finalidade terapêutica. (Ribeiro, 2012)

Neste processo, o enfermeiro tem em consideração os aspetos objetivos e subjetivos, já que a forma como a pessoa experiencia a situação depende da sua perspetiva, dos seus valores e dos significados atribuídos à mesma, podendo ser conceptualizadas em diferentes dimensões – biofísicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais (Kolcaba, 2003; Ribeiro, 2012).

Após a análise dos nossos dados em estudo, podemos dizer que no que respeita às **Necessidades Confortadoras** (Domínio) foram encontradas quatro Categorias (Necessidade Física; Necessidade Ambiental; Necessidade Sociocultural e Necessidade Psicoespiritual) das quais emergiram várias subcategorias, as quais vamos explicar com detalhe em seguida.

Na nossa investigação, relativamente às **Necessidades Físicas**, os enfermeiros atribuem significado a questões relacionadas com o controlo de sintomas físicos (agitação psicomotora; dor; dispneia; vómito), assim como o período de sono adequado e ainda com a autonomia física da pessoa, tal como espelham as seguintes unidades de significação: “ (...) [o doente] não tinha na altura os sintomas controlados (...) ” (E1 2); “ (...) estava bastante (...) agitado, com agitação psicomotora (...) ” (E1 3); “ (...) [a necessidade do doente é] o alívio da dor (...) ” (E1 9); “ (...) descontrolo da

dispneia...” (E4 7); “ (...) *necessidade de (...) controlo do vômito (...)*” (E6 2); “ (...) *perdido algumas capacidades e por ter perdido a sua autonomia.*” (E7 3); “ (...) *não tinham [doente e família] o período de sono, não tinham descanso (...)*” (E3 6), das quais resultaram os seguintes significados:

- ⊙ Relacionado com os sintomas físicos descontrolados (S1)
- ⊙ Relacionado com o controlo da agitação psicomotora (S2)
- ⊙ Relacionado com o alívio da dor (S3)
- ⊙ Relacionado com a alteração do período de sono (S7)
- ⊙ Relacionado com o alívio da dispneia (S15)
- ⊙ Relacionado com o alívio do vômito (S17)

Tal como na Conceção de Conforto, os enfermeiros atribuem significado à **autonomia física** (Subcategoria), mas agora como sendo uma necessidade confortadora identificada na pessoa em final de vida. A necessidade de controlo da dor e o seu alívio foi muitas vezes referida pelos entrevistados, assumindo de igual forma importância outros sintomas físicos como a agitação psicomotora; a dispneia e os vômitos. Identificar as necessidades confortadoras é de extrema importância pois permite delinear um conjunto de estratégias intervenções que visam satisfazer essas mesmas necessidades.

O alívio de desconfortos, como a dor e outros sintomas, deve ser entendido como um foco e uma preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, sendo reconhecido como uma necessidade para estar confortável, a qual afeta a estrutura física e emocional da pessoa, (Wilson, 2002; Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012). O alívio de sintomas constitui assim um objetivo e uma parte importante do trabalho de enfermagem, estando associado ao alívio do sofrimento e podendo este ser entendido como um papel central do enfermeiro (Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Magalhães, 2009; Oliveira, 2008, 2011; Ribeiro, 2012).

O posicionamento corporal (Subcategoria), como uma técnica altamente importante e tão bem desempenhada pelos profissionais de enfermagem, é percebida como uma necessidade confortadora no nosso estudo: “ (...) *o alinhamento corporal não era o mais correto (...)* estava numa posição que não era a mais confortável (...) ” (E2 5); “ (...) *e o mau posicionamento ... (...)* ” (E2 9). Hamilton (1989) realizou um estudo onde procurou explorar o significado de conforto – o que contribui para o conforto, o que o diminui e como estar confortável. Concluiu que o conforto assenta numa perspetiva

holística estando relacionado com o posicionamento entre outros aspetos. A mensagem final é que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes, sendo necessário continuar a sua exploração.

Acerca da **Necessidade Ambiental**, é referido pelos sujeitos do nosso estudo a importância em atender ao desejo/vontade de o doente morrer em casa, ressaltando-se as seguintes asserções: “ (...) desejo [necessidade] (...) morrer em casa, independentemente do desfecho.” (E3 1); “ (...) [a necessidade de] permanência no domicílio, que era uma coisa que ele [doente] insistia muito nesta sua fase final.” (E5 4); “ (...) queria ficar na casa dela [a doente], e morrer na casa dela, não queria mais nada (...) ” (E8 1); “ Tinha mesmo o desejo [necessidade] de permanecer em casa...” (E8 3).

No nosso estudo, o facto de os doentes em final de vida receberem cuidados ativos de conforto no domicílio, onde as suas necessidades são atendidas, transmitem aos enfermeiros a sua vontade/desejo em permanecer em casa até à sua morte. Pelo facto de se encontrarem “confortáveis” no seu contexto domiciliário, referem querer morrer em casa inseridos no contexto onde sempre viveram e onde têm oportunidade de estar com a sua família, elemento importante como já foi referido anteriormente.

São vários os autores que fazem referencia ao domicílio, como sendo um lugar privilegiado para os doentes em fase terminal, pois pode oferecer ao doente a continuidade da sua vida diária; a sua autonomia; a oportunidade de serem acompanhados a tempo inteiro pelos seus familiares e amigos; oportunidade de vivenciar esta experiência tão íntima e única, de forma mais individualizada e ajustada às suas necessidades. (Moreira, 2001; Barbosa, 2006; Twycross, 2003)

No que respeita à **Necessidade Sociocultural**, no nosso trabalho, os atores atribuem grande significado a questões relacionadas com a proximidade e presença familiar, assim como a importância atribuída à organização/dinâmica familiar no momento em que é necessário uma continuidade de cuidados no domicílio quando a equipa de saúde não está presente. Podemos dizer que é de extrema importância que a família se encontre ajustada no processo de saúde/doença, para que não aconteçam conflitos familiares, o que permite um estado de alívio/confortante para a pessoa em fim de vida, por em primeiro lugar ter oportunidade de permanecer no seu domicílio, mas por outro

lado, por reconhecer na família um ajuste/dinâmica/proximidade importantes para este caminho que é a vida e que inevitavelmente irá acabar. Podemos constatar o que anteriormente foi descrito nas seguintes asserções: “ (...) *família ficou desorganizada, houve muitos conflitos familiares (...)* ” (E3 19); “ *Proximidade da família... Voltar a sentir-se [necessidade] próxima da família...* ” (E3 34); “ (...) *Também havia a necessidade [para o doente] de a família estar adequada aos cuidados.* ” (E4 8); “ (...) *necessidade de ajuste da dinâmica familiar...* ” (E6 5). Surgem com estas unidades de significação as subcategorias: **Proximidade Familiar; Ajuste Familiar; Organização/dinâmica Familiar**, das quais resultaram os seguintes significados:

- ⊙ Relacionado com a desorganização/funcionamento familiar (S9)
- ⊙ Relacionado com a proximidade familiar (S14)
- ⊙ Relacionado com a família encontrar-se ajustada com os cuidados de saúde (S16)
- ⊙ Relacionado com a família encontrar-se ajustada dinamicamente com o processo saúde/doença (S18)

São vários os autores que fazem referencia à importância da proximidade/presença familiar. A família é reconhecida como um recurso importante e decisivo na compreensão da situação vivida. Emerge como a unidade a qual as necessidades interpessoais são atendidas e gratificadas, assumindo uma maior importância na satisfação das necessidades de conforto (Kolcaba, 2003; Cosme et al., 2006). O processo de saúde e doença não assume uma dimensão individual. O sofrimento e o desconforto dos doentes advêm também do afastamento da família. É importante estar atento às necessidades que a pessoa apresenta relativamente à mesma. (Ribeiro, 2012)

A dinâmica/ajuste familiar anteriormente descrita refere-se à possibilidade que os doentes têm em comunicar com outras pessoas (família/amigos) de forma a exprimirem os seus sentimentos, muito importantes na fase em que se encontram. Os atores do nosso estudo reconhecem essa necessidade, quer pelo que os doentes lhes dizem, quer pelo que observam na sua prestação de cuidados referentes à dinâmica familiar.

O contacto com as pessoas culmina inevitavelmente em processos de comunicação. A comunicação, como forma de relação interpessoal, é o alicerce das relações entre os atores e constitui uma necessidade comum e fundamental a todos os seres humanos. Perspetiva-se como um processo de troca, de partilha, de criação e de recriação, que

permite a expressão de sentimentos e emoções permitindo criar laços significativos entre as pessoas (Phaneuf, 2005).

A interação e a reciprocidade definem-se como recursos de intervenção de conforto. A investigação demonstra que a presença da família /pessoa significativa constitui-se como importante para o doente, sendo por isso evidenciada como suporte de conforto (Wilson, 2002, Kolcaba, 2003; Cabete, 2005; Yousefi, et al., 2009, Sapeta, 2011; Ribeiro, 2012).

Os **Cuidados de Higiene** (Subcategoria) são também referidos como uma necessidade percebida pelos enfermeiros no momento da prestação de cuidados: “ (...) *desejo [necessidade] que ela [doente] tinha (...) era tomar banho.*” (E3 28). Sabe-se que com o avançar da doença, e numa fase mais final de vida, os doentes ficam confinados ao leito, perdem a sua autonomia física, e atividades que antes realizavam agora podem ser muito difíceis de realizar. Os cuidados de higiene surgem no nosso estudo precisamente nesse sentido, e porque encontrando-se no contexto domiciliário poderá ser ainda mais difícil pelas barreiras arquitetónicas existentes. O momento dos cuidados de higiene e arranjo pessoal constitui-se como um momento particular de conforto valorizado pelos doentes (Ribeiro, 2012), A higiene corporal é uma necessidade humana básica de maior importância (Adam, 1994; Collière, 1999; Henderson, 1962). Os cuidados quotidianos e habituais ou os cuidados de sustento e manutenção da vida, onde se incluem os cuidados de higiene, contribuem não só para o desenvolvimento da nossa vida, como também remetem para a noção de aparência (vestuário e outros acessórios), mantendo a imagem do corpo (Adam, 1994; Collière, 1999).

Também na investigação realizada por Ribeiro (2012) existe referência à importância que os enfermeiros intervenientes no estudo valorizam os cuidados de higiene e mostram-se atentos em proporcionar o máximo de conforto. Os cuidados de higiene, como cuidados de conforto (Kolcaba, 2003), constituem-se como momentos importantes para as pessoas saudáveis, mas especialmente para os doentes.

Acerca da **Necessidade Psicoespiritual**, no nosso estudo, os enfermeiros atribuem significado a sentimentos de angústia, tristeza, afeto, felicidade familiar, sentimento de abandono, dor espiritual, alteração da imagem corporal, aceitação da doença, ansiedade, medos (subcategorias) presente nas asserções: “ (...) *sentiu algum medo e algum receio*

de ser transferido para a instituição hospitalar.” (E1 12); “ (...) (necessidade de controlar] a ansiedade.” (E1 16); “ (...) ela [doente] não queria ver infelicidade nas pessoas que mais amava [família].” (E3 16); “ Tinha necessidade de afeto (...) ” (E3 23); “ (...) estava descontrolada (...) a dor espiritual...” (E3 26); “ (...) [necessidade de alívio] uma tristeza (...) ” (E7 4); “ (...) [necessidade de alívio] uma angústia (...) ” (E7 5); “ (...) ela [doente] achava que tinham desistido dela e que não estavam a investir nela.” (E8 5); “ Ela [doente] estava ainda numa fase de não-aceitação, logo quando fomos chamados para intervir (...) ” (E3 21); “ (...) uma alteração da imagem corporal gigante (...)” (E8 2).

Os enfermeiros reconhecem a importância em controlar sintomas não físicos, estamos portanto a falar de um conjunto de emoções/sentimentos percebidos pelos atores, as quais assumem-se com necessidades no que respeita à pessoa em fim de vida em contexto domiciliário. A referência ao sentimento de abandono, teve que ver com o facto de o doente perceber um desinvestimento por parte da equipa médica que o seguia em contexto hospitalar, uma vez que não lhe foi explicada o final da abordagem curativa e o início da abordagem paliativa. A pessoa entendeu como um abandono da equipa de saúde, entendeu como um desinvestimento no seu processo de saúde/doença. Assim, sentimentos negativos tais como: mal-estar, mágoa, medo, tristeza, abandono, despersonalização e, inferioridade acontecem em situações de insatisfação dos cuidados (Pinheiro, 1997; Marques, 2000; Viegas, 2006), bem como, atitudes dos enfermeiros como a agressividade e a indisponibilidade promovem tristeza e agravamento do estado de saúde do idoso (Carvalhais & Sousa, 2011; Oliveira, 2011; Frias, 2012, Ribeiro, 2012). A dimensão ética dos cuidados de enfermagem ao doente passa pela necessidade do “não abandono”, da “não indiferença” e do “respeito pela pessoa” – respeito pela sua vida e pela qualidade de vida, sem esquecer a subjetividade que lhe é inerente, pois esta está intimamente ligada ao sentido que cada um dá à vida, ao sofrimento e à morte (Hirsch, 1999; Ribeiro, 2012).

Cuidar de pessoas implica compreender as formas como cada pessoa vivencia os seus problemas, manifesta as suas preocupações, as suas necessidades e os seus desejos e exprime os seus anseios e angústias. (Ribeiro, 2012). Desta forma cabe ao enfermeiro que cuida da pessoa em final de vida perceber não só os sintomas físicos, como toda esta diversidade de sentimentos e emoções que espelhamos nesta categoria encontrada.

Relativamente à **Dor Espiritual**, também presente nos resultados do nosso estudo, assume-se como algo importante a considerar. Os enfermeiros, como principais cuidadores do sofrimento são, frequentemente, o único suporte do doente e dos seus familiares (Morse, 2001), pelo que têm, a seu cargo, a avaliação e a compreensão do sofrimento e das diversas reações do doente ao mesmo, a identificação das suas necessidades e a difícil tarefa de lhe diminuir ou aliviar a dor e o desconforto físico, emocional e espiritual, com vista à promoção do conforto (Kolcaba, 2003; Wright, 2005). Existe assim, uma relação significativa entre a diminuição do sofrimento e a promoção do conforto, (Kolcaba, 2003) inserindo-se numa conceção humanizada de cuidar. (Ribeiro, 2012)

No nosso estudo é também referenciada a **aceitação do processo de saúde/doença**, percecionado pelo enfermeiro imediatamente no início da sua prestação de cuidados quando abordou o doente no domicílio. Pode-se dizer que estes doentes encontram-se numa situação por um lado privilegiada, por receberem cuidados em sua casa, mas por outro lado, até que se iniciem os cuidados em casa encontram-se desprotegidos e desprovidos de qualquer abordagem confortadora direcionada às suas necessidades/medos/anseios/dúvidas e angústias. Acrescenta-se ainda que neste caso particular do nosso estudo, o doente inicialmente encontrava-se numa situação de não-aceitação da doença, o que alterou a dinâmica e funcionamento familiar, que como já foi espelhado anteriormente é de extrema importância para as relações interpessoais/familiares.

A literatura de enfermagem evidencia a importância do enfermeiro se mostrar disponível para ajudar a pessoa a tomar consciência do seu problema e das suas dificuldades, através de um relação de aceitação e confiança, promovendo um diálogo construtivo (Gomes, 2002, 2009; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2006; Silva 2006, Ribeiro, 2012).

O conforto psicoespiritual surge como uma necessidade e recurso interno, que favorece a aceitação da doença, podendo algumas pessoas refugiar-se na igreja, na religião, ou na fé, e outros, na música, no ambiente, nos familiares ou nos amigos, entre outros (Kolcaba, 2003).

Na sua tese de doutoramento, a autora Ribeiro (2012) faz também referência aos **medos/receios** dos doentes, que no nosso estudo são referentes à transferência do domicílio para uma instituição hospitalar, uma vez que as pessoas em fim de vida manifestam vontade em permanecer no domicílio seja qual for o seu desfecho. Também Hesbeen (2000) defende que os profissionais de saúde devem procurar o estabelecimento de uma relação de confiança recíproca, para que os doentes e os seus familiares possam expressar as suas preocupações, dúvidas e receios. A transmissão da informação traz variados benefícios para os doentes os quais, se manifestam numa recuperação da doença, da aceitação da mesma e da melhoria das relações (Costa, 2011). A informação/esclarecimento vai assim reduzir a incerteza, tornando mais fácil gerir as situações, tendo em atenção o carácter particular e individual de cada pessoa, o que constitui uma postura concertada em direção ao conforto. (Ribeiro, 2012).

No Diagrama seguinte podemos observar, de forma resumida, as Categorias e Subcategorias referentes às Necessidades Confortadoras:

Diagrama 3 - Necessidades Confortadoras: Categorias e Subcategorias



1.4. Intervenções Confortadoras

No processo de cuidados à pessoa em final de vida em contexto domiciliário, as situações representativas de intervenções confortadoras, surgem como um domínio estruturante que alicerça o cuidar/cuidado confortador que resulta das necessidades previamente identificadas. Tal como nas investigações já realizadas, estas intervenções dão corpo à estrutura confortadora e ganham consistência através da continuidade referida. Constituem-se como intervenções/estratégias individualizadas, medidas de conforto significativas da ação e de cuidados, com objetivos direcionados às necessidades apresentadas de cada doente, ou ainda, como momentos particulares de conforto, considerado este um resultado desejado dos modos e formas de confortar (Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012).

Procurámos espelhar as intervenções confortadoras, na perceção do enfermeiro, representativas para a pessoa em final de vida no domicílio, tendo em conta a natureza dessas mesmas intervenções/ações. Assim sendo, no nosso estudo encontramos o Domínio (Intervenções Confortadoras) com duas categorias distintas: **Intervenções Farmacológicas** e **Intervenções Não Farmacológicas**, das quais emergem várias subcategorias que vamos explicar com detalhe em seguida.

Acerca das Intervenções Farmacológicas, os atores do estudo atribuem grande ênfase ao alívio e controlo da dor, assim como a correta avaliação e sua reavaliação. É também atribuído grande significado a outros sintomas físicos que num momento inicial da intervenção encontravam-se descontrolados, como podemos verificar nas unidades de significação apresentadas: “ (...) perceber se o doente tinha dores, há quanto tempo tinha feito a medicação de resgate (...) ” (E1 5); “ (...) diminuir a dor (...) ” (E1 10); “ (...) controlar todo o tipo de sintomas [físicos] (...) ” (E1 15); “ (...) avaliação física, de forma a tentar perceber se a pessoa está ou não com o fâcies sereno, se está ou não confortável [dor] (...) ” (E1 26); “ (...) tentámos controlar a dor, através da administração subcutânea de morfina (...) [administração de terapêutica] ” (E2 3); “ E a enfermeira (...) conseguiu controlar todos os sintomas [físicos] (...) que também

estavam a promover o desconforto.” (E3 20). Após a análise dos dados surgem os seguintes significados:

- ⊙ Existe preocupação em avaliar/reavaliar a dor (S2)
- ⊙ Relacionado com o controlo da dor (S5)
- ⊙ Existe preocupação em controlar sintomas físicos (S7)

Outra intervenção igualmente referida pelos enfermeiros prende-se com a administração de terapêutica assim como a importância de gerir a medicação já instituída: “ (...) *administração de terapêutica subcutânea (...)* ” (E2 4); “ (...) *de rever a analgesia que estava instituída (...)* ” (E2 11), com os respetivas subcategorias: **administração de terapêutica; gerir a medicação.**

Analisando os nossos dados, e segundo os entrevistados, a dor embora muitas vezes, facilmente controlada e gerida, é ainda algo muito presente nos doentes em fim de vida que se encontram no domicílio numa fase inicial de abordagem da equipa. O controlo/alívio da dor assim como a administração de terapêutica analgésica e a sua correta manipulação/gestão é algo que faz parte das intervenções diárias dos enfermeiros em estudo, contribuindo assim diretamente para um aumento do conforto dos doentes que acompanham.

O controlo de outros sintomas físicos também é referido pelos atores em estudo, embora com menos expressividade que a dor. Podemos constatar por esta análise que o controlo da dor continua a ser algo desejável e uma necessidade urgente por aqueles que infelizmente a experienciam.

O alívio de desconfortos, como a dor e outros sintomas, é entendido como um foco e uma preocupação dos profissionais de saúde. A presença de sintomas com o significado que o doente lhes atribui surge como uma sensação de ameaça ao conforto (Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Ribeiro, 2012). Assegurar o controlo de sintomas, diminuindo o sofrimento dos doentes garante o conforto, possibilitando que os doentes vivam com “plenitude” os seus últimos meses ou dias de vida e, tenham uma morte digna e serena (Casmarrinha, 2008; Ribeiro, 2012). O artigo 82 do Código Deontológico do Enfermeiro diz que o enfermeiro deve “ (...) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O controlo da dor é um direito do doente e um imperativo ético.

Pode-se dizer que no nosso estudo, a dimensão física da dor tem estado presente nos três Domínios encontrados (Conceção de Conforto, na expressão física; Necessidades Confortadoras, na necessidade física e nas Intervenções confortadoras, nas intervenções farmacológicas). Deste modo, podemos afirmar que o enfermeiro atribui grande significado/importância à dimensão física da dor e no seu alívio/controlo, apresentando-se como um elemento fundamental quer na identificação do problema quer na sua resolução, com ações autónomas dentro da sua área profissional ou com ações interdependentes que desempenha.

Relativamente à **administração de terapêutica**, os enfermeiros como sendo os profissionais habilitados para esse efeito, e sendo uma das intervenções farmacológicas espelhadas no nosso estudo, podemos dizer que desempenham um papel fundamental no que respeita ao alívio/controlo/gestão de sintomas físicos descontrolados. Dado que a presença e a sensação de dor se relacionam com o desconforto, o objetivo imediato do trabalho dos enfermeiros será aliviar o mesmo, nomeadamente, procurando o controlo e a ausência da dor através de administração de terapêutica (Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012).

Relativamente à segunda categoria encontrada no nosso trabalho, podemos dizer que as **Intervenções Não Farmacológicas** deram origem a múltiplas subcategorias, as quais os enfermeiros têm total autonomia no seu plano de trabalho.

Os atores em estudo dão grande enfoque ao trabalho em equipa multidisciplinar assim como o apoio à família (**trabalho em equipa multidisciplinar; articulação com o médico e com hospital; reunião multidisciplinar; incluir a família; incluir a família como parceira de cuidados** – subcategorias) como se pode verificar nas asserções: “ (...) ensino [orientações] à família, no sentido de manter uma boa uma boa postura, uma boa posição no leito, a necessidade constante de de hidratar a utente, para promover a eliminação intestinal (...) ” (E2 10); “ (...) reuniões com a equipa [reuniões multidisciplinares] (...) ” (E3 3); “ (...) [enfermeiro] entrar em contacto com a enfermeira que era Mestre em Cuidados Paliativos, que foi minha orientadora na altura, e dava-me sempre orientações.” (E3 9), “ (...) a articulação com o médico do centro de saúde, e posteriormente a articulação com o hospital (...) ” (E3 36); “ (...) realizar auxílios à família [sobre medidas confortadoras] (...) ” (E5 5); “ (...)

articulou-se com a equipa hospitalar, da qual nós também fazemos parte (...) ” (E7 11); “ (...) o apoio à família, também.” (E8 12), das quais surgiram os seguintes significados:

- ⊙ Relacionado com o trabalho em equipa multidisciplinar (S14)
- ⊙ Relacionado com a articulação de cuidados com médico (S17)
- ⊙ Existe preocupação em realizar Conferência Familiar (S18)
- ⊙ Relacionado com a articulação de cuidados com hospital (S30)
- ⊙ Relacionado com o apoio à família (S31)

Os entrevistados afirmam a importância do trabalho em equipa e a possibilidade de poderem articular-se com os recursos disponíveis na comunidade, seja o hospital de retaguarda ou médicos, psicólogos e assistentes sociais da própria equipa, sempre com a finalidade de desenvolverem intervenções o mais confortadoras possíveis e sempre adequadas à pessoa em final de vida de quem cuidam.

São vários os autores que fazem referência à importância do trabalho em equipa em cuidados paliativos, uma vez que são cuidados de conforto, centrados na pessoa em fim de vida e envolvem a inter-relação entre a gestão dos sintomas, apoio à família, as comunicação adequada e o trabalho em equipa multidisciplinar, assumindo-se como os quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos (Waldrop & Kirkendall, 2009; Twycross, 2003).

Na sua investigação, a autora Ribeiro (2012) faz referência ao enfermeiro como sendo o ator privilegiado de conforto, uma vez que tem a possibilidade de partilhar a informação e o planeamento de cuidados, surgindo assim uma dinâmica de equipa multidisciplinar, o que vem contribuir para a efetivação dos cuidados confortadores. Podemos dizer que no nosso estudo o mesmo é verificado, pois o enfermeiro observa em primeiro lugar, identifica e articula com a equipa multidisciplinar com o final objetivo de um cuidado confortador.

A mesma autora afirma que na sua investigação verifica-se uma preocupação e valorização do envolvimento e da integração da família como parceira de cuidados constituindo esta uma estratégia reveladora de conforto para o doente, tal achado é verificável também no nosso estudo, uma vez que o enfermeiro tem a preocupação em atender às preocupações da família, realizando auxílios à mesma e incluindo-a como parceira de cuidados durante a ausência da equipa de saúde no domicílio ou mesmo durante a sua prestação de cuidados. Pode-se dizer que a articulação com a equipa de

saúde tem implicações positivas e favoráveis nas relações interpessoais e nos cuidados de saúde, concretamente na ação confortadora. (Ribeiro, 2012)

Achados referentes à **comunicação/interação, tranquilizar, conhecer a pessoa, estar disponível** (subcategorias), são também referidos com uma grande expressão no nosso estudo, pois é algo que os nossos atores desenvolvem e aplicam quando estão perante a pessoa em final de vida, podemos dizer que na base das intervenções confortadoras tal como na base do cuidar, está a comunicação., destacando-se as seguintes unidades de registo: “ (...) avaliando sempre também a sua comunicação não-verbal.” (E1 7); “ (...) tentei [enfermeiro] tranquilizá-lo (...) ” (E1 13); “ (...) toda uma comunicação calma (...) ” (E1 18); “ (...) tentar perceber (...) quando a pessoa não nos consegue contar verbalmente o que é que a está a incomodar ou a deixar menos confortável (...) ” (E1 24); “ (...) conhecer as rotinas [do doente], conhecer o que era antes e o que é neste momento, de forma a podermos intervir e ajudar o outro (...) ” (E3 27); “ (...) pedir autorização [ao doente], ver a casa, como é que era (...) ” (E3 29), “ (...) a disponibilidade, estar disponível para a família, para a doente...” (E3 41); “ (...) tentar desmistificar algumas das ideias [do doente] ” (E7 10), dando origem aos seguintes significados:

- ⊙ Relacionado com comunicação não-verbal (S4)
- ⊙ Existe preocupação em tranquilizar o doente (S6)
- ⊙ Existe preocupação em observar a comunicação não-verbal do doente (S9)
- ⊙ Relacionado com o pedir autorização (S16)
- ⊙ Existe preocupação em estar disponível para o doente (S20)
- ⊙ Existe preocupação em desmistificar ideias do doente (S29)

Assume-se como fundamental que exista uma adequada comunicação, através de uma postura de abertura e confiança com o doente. Tendo como finalidade o conforto o estabelecer “pontes” entre as pessoas pode contribuir para o encontro de estratégias e de soluções para determinadas questões. A comunicação, como forma de relação interpessoal, é o alicerce das relações entre os atores e constitui uma necessidade comum e fundamental a todos os seres humanos. Perspetiva-se como um processo de troca, de partilha, de criação e de recriação, que permite a expressão de sentimentos e emoções permitindo criar laços significativos entre as pessoas (Phaneuf, 2005).

O enfermeiro é capaz de construir um espaço onde seja possível falar acerca da situação que provoca desconforto, através da utilização de competências de relação interpessoal e de comunicação, (escutar, tocar, devolver o sentido, expressar sentimentos, ser empático, entre outros) o que vai permitir um aumento do conforto psicoespiritual. (Kolcaba, 2003; Magalhães, 2009; Ribeiro, 2012)

Deste modo, percebemos que o enfermeiro surge como o “profissional da relação interpessoal” pela capacidade de estabelecer relações interpessoais positivas e eficientes para com os doentes, aspeto que vem sendo corroborado em diferentes estudos de investigação (Gomes, 2002, 2009; Marques, 2005; Costa, 2006; Costa & Jurado, 2006; Veiga, 2007; Costa, 2011; Ribeiro, 2012).

O posicionamento corporal, surge também como uma subcategoria muito expressiva no nosso estudo. Os atores afirmam que a aplicação desta intervenção possibilitou um cuidado mais confortador dirigido à pessoa em final de vida: “ (...) tentei posicionar o doente, validando com o mesmo se estava confortável (...) ” (E1 6); “ (...) tivemos que adotar estratégias de forma a que conseguíssemos fazer uma boa elevação da cabeceira [posicionamento] (...) ” (E4 4); “ (...) posicionamento no leito (...) ” (E4 11); “ (...) evitar que ela fosse posicionada para aquele lado da tumefação (...) ” (E8 7).

Em estudos anteriores houve também preocupação dos enfermeiros em atender a um posicionamento corporal promotor de conforto. Nos doentes que se encontram acamados e impossibilitados de se mobilizar de forma independente, é manifesta a preocupação dos enfermeiros em proporcionar não só uma posição adequada ao repouso do idoso, como em tornar o próprio leito confortável. (Ribeiro, 2012). Através da alternância de decúbito, está implícito o ato de tocar que, tal como já referimos, constitui uma medida confortadora importante, por ser um excelente método que visa a aproximação entre o enfermeiro e o doente, constituindo também fonte de prazer e de conforto (Rôxo, 2008; Ribeiro, 2012). Dado que a presença e a sensação de dor se relacionam com o desconforto, o objetivo imediato do trabalho dos enfermeiros será aliviar o mesmo, nomeadamente através das mudanças de decúbito, consideradas intervenções promotoras de conforto e de bem-estar (Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012).

A **atenção aos pormenores, adaptar o domicílio** de acordo com as necessidades da pessoa, assim como adequar **ambiente/temperatura**, são também subcategorias encontradas na nossa investigação, presentes nas asserções: “ (...) *arranjar soluções em contexto domiciliário e no contexto em que eu me encontrava (...)* ” (E4 1); “ (...) *arranjar uma outra solução de forma a aquecer o quarto (...)* ” (E4 5); “ (...) *pequenos pormenores que o satisfaçam [ao doente] (...)* ” (E7 1); “ (...) *adaptar a casa para todas as necessidades que o doente apresentava.*” (E7 2).

Também as condições térmicas (climatização), concretamente a temperatura desadequada, surge como um aspeto desfavorável no contexto da investigação da autora Ribeiro (2012). O ambiente deve ser considerado um processo colaborativo do estado de conforto. A humanização do ambiente físico, não só contribui para o processo terapêutico do doente, como também para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos atores de cuidados envolvidos. O conforto ambiental tem uma grande influência no conforto físico e pode ser manipulado pelos enfermeiros, com vista a aumentar o conforto dos doentes (Kolcaba, 2003). De entre as condições ambientais, os aspetos referidos anteriormente, confirmam os dados de alguns estudos realizados nos quais, fatores como, a luz apropriada, a temperatura adequada, a eliminação do ruído e a comodidade da cama, se constituem como fundamentais para o conforto holístico da pessoa (Hamilton, 1989; Panno, Kolcaba, & Holder, 2000; Kolcaba, 2003, 2009; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Prochet & Silva, 2008; Ribeiro, 2012)

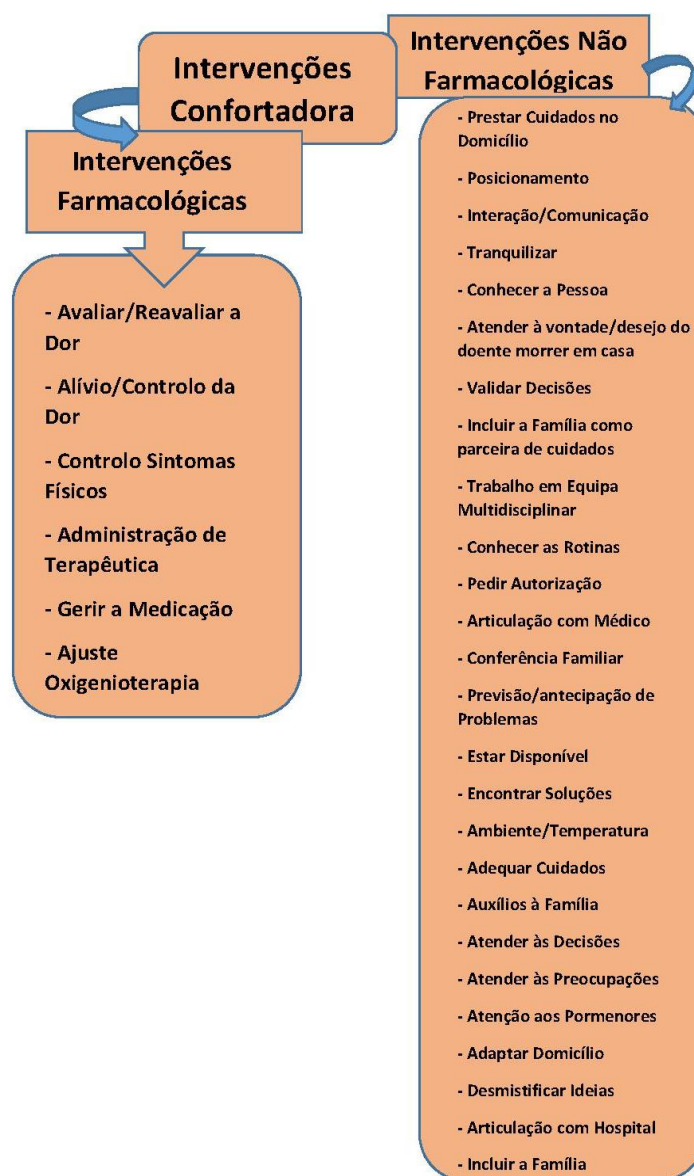
É ainda referido pelos entrevistados do nosso trabalho, o que resultou em subcategorias, **atender à vontade/desejo do doente morrer em casa; validar decisões; atender às preocupações**, presentes nas unidades de significação: “ (...) *garantir que ele [doente] iria ficar [morrer] no contexto domiciliário tal como era a sua vontade (...)* ” (E1 19); “ (...) *validar [decisões] sempre com o outro [doente] (...)* ” (E1 25); “ (...) *deixá-lo [doente] decidir, portanto, deixá-lo tomar posse das suas decisões (...)* ” (E5 6); “ (...) *perceber o que a preocupava [a doente] (...)* ” (E6 8).

Tem sido uma constante, referir ao longo do nosso estudo, a importância que os enfermeiros atribuem em atender às vontades dos doentes, que neste caso em particular refere-se ao desejo de falecer em casa. Subcategoria semelhante surgiu no nosso estudo, no domínio das Necessidades Confortadoras (Necessidade ambiental). A autonomia, a vontade previamente manifestada e a capacidade de decisão do doente constituem

direitos dos doentes, determinantes para a promoção da dignidade humana, (Nunes & Melo, 2011). A forma e o modo dos enfermeiros avaliarem as capacidades dos doentes, passam por questionarem a fim de conhecerem a sua opinião e atenderem à decisão/vontade/desejos da pessoa, constituindo estas intervenções de conforto mobilizadas pelo enfermeiro. Manter a autonomia e as capacidades tem a ver com a vontade dos doentes, ou seja, com a sua decisão e é promotor de conforto e bem-estar. (Ribeiro, 2012)

No Diagrama seguinte podemos observar, de forma resumida, as Categorias e Subcategorias referentes às Intervenções Confortadoras:

Diagrama 4 - Intervenções Confortadoras: Categorias e Subcategorias



CONCLUSÃO

Com a realização de um estudo desta natureza, tivemos oportunidade de explorar o fenómeno do conforto no que respeita à pessoa em fim de vida em contexto domiciliário, na perceção do Enfermeiro, reforçando a importância do mesmo na implementação de cuidados confortadores.

A realização deste trabalho apresentou-se como um grande desafio pessoal/profissional pois possibilitou adquirir novos e importantes conhecimentos à prática diária de cuidados, o que se reflete numa abordagem mais próxima e adequada à pessoa em fim de vida.

Na verdade, o contexto domiciliário é particularmente especial, enquanto autores do estudo, por ter sido o primeiro contexto de trabalho na vida profissional, onde tivemos oportunidade de acompanhar doentes paliativos assim como as suas famílias, observando diariamente o esforço/dificuldades/importância que os profissionais de enfermagem desenvolvem numa equipa de cuidados paliativos domiciliários. Cuidar de doentes/famílias em situação de fim de vida no seu domicílio constitui-se como um grande desafio diário, sendo algo a considerar por ser um contexto altamente confortador e complexo.

Recentemente autoras como Oliveira (2011), Ribeiro (2012) referem que diminuir o desconforto e melhorar o conforto não se assume como intenção/objetivo isolado ou independente de outros objetivos terapêuticos. Na verdade, interrelaciona-se com outras finalidades, numa abordagem multidimensional, contribuindo para o bem-estar global, configurando assim o sentido do cuidar de enfermagem na natureza confortadora, o que evidencia um modelo de referência humanista/afetivo.

O enfermeiro ocupa um lugar privilegiado e central em todo o processo confortador, originando uma aproximação mais autêntica e verdadeira com os doentes, da mesma forma que se apresenta como elo de ligação entre os vários profissionais envolvidos nos cuidados aos mesmos, tais achados refletem-se também no nosso trabalho.

O nosso estudo tinha como principal objetivo: Compreender a perceção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário, ao qual podemos dizer que foi atingido em pleno. Analisando os nossos dados podemos

dizer que foram encontrados três grandes Domínios: **Conceção de Conforto; Necessidades Confortadoras e Intervenções Confortadoras.**

Relativamente à Conceção do Conforto, o conceito abarca quatro categorias distintas: Expressão Afetiva; Expressão Física; Expressão Multifocal/Multidimensional do Conforto e Necessidades Básicas Cumpridas.

Na Expressão Afetiva, o enfermeiro atribui significado a emoções como a felicidade e o afeto, perceciona o conforto como algo que lhe faz sorrir, abarcando as relações interpessoais e relações familiares. As Recordações/memórias são também referidas como algo característico do conforto, é algo que perdura no tempo mesmo após a ocorrência inevitável da morte.

O controlo de toda a sintomatologia física, assim como o importante estado de alívio de dor, foi fortemente referido ao longo do nosso estudo. Situações como a autonomia física é algo a ter em conta no que respeita a um estado confortador.

Definir o conceito de conforto foi referido pelos entrevistados do nosso estudo com “algo difícil de definir” uma vez que se trata de um conceito muito individual/subjetivo, muitas vezes relacionado com o “bem-estar global” e “estar-bem” numa dimensão ligada à espiritualidade, dignidade, serenidade e tranquilidade. Questões relacionadas com a hidratação e um padrão de eliminação regular remetem para a satisfação ou o cumprimento das Necessidades Humanas Básicas, também referenciado pelos nossos atores em estudo quando percecionam o conceito de conforto.

Relativamente ao Domínio das Necessidades Confortadoras, emergiram quatro categorias: Necessidade Física; Necessidade Sociocultural; Necessidade Ambiental e Necessidade Psicoespiritual.

O profissional de enfermagem por ser um privilegiado no que respeita à proximidade entre doente/família tem oportunidade durante a sua prestação de cuidados, em observar um conjunto de situações/necessidades da pessoa em final de vida. O facto de o nosso estudo ter sido desenvolvido no contexto domiciliário, permite encontrar necessidades que em outros contextos jamais seriam visíveis. Quando o enfermeiro está presente no domicílio tem de se adaptar ao contexto, ou se lhe permitirem, adaptar o contexto tanto quanto possível aos cuidados a prestar.

Necessidades de carácter físico (alívio da dor; controlo de sintomas físicos) assim como a necessidade de um posicionamento corporal adequado que muitas vezes está na base

do descontrolo de sintomas foi tido em conta no nosso estudo. Também a dinâmica e organização familiar, assim como a proximidade entre a família e o doente é percecionado pelos enfermeiros como algo muito importante.

A forma como a família lida com o processo de dependência/proximidade da morte do seu familiar, pode gerar conflitos/afastamento entre pessoas, tal fato constitui-se como elemento desconfortante para a pessoa em fim de vida.

Muitas vezes referida foi a necessidade de o doente querer vir a falecer em casa, os enfermeiros reconhecem a necessidade em atender a este desejo/vontade, que no nosso estudo espelhou-se muito significativo.

As necessidades Psicoespirituais abarcam um vasto leque de subcategorias, relacionado com medos/receios pelo desconhecido (doença), ou mesmo por existir a hipótese em serem transferidos para uma unidade hospitalar, ainda que não fosse o objetivo dos cuidados prestados pela equipa domiciliária. Muitas vezes o sentimento de abandono referido pelos doentes e percecionado pelos atores podem estar na base da ansiedade/angústia/tristeza desencadeando situações como a dor espiritual ou a Não-aceitação do processo saúde/doença.

Os enfermeiros desenvolvem o cuidado confortador através de intervenções confortadoras, mas sempre com base nas necessidades de conforto identificadas anteriormente. Pode-se dizer que é um processo dinâmico e complexo, na medida em que as necessidades podem alterar a cada instante, uma vez que as oscilações do estado de saúde do doente são evidentes. A observação atenta aos pormenores é algo extremamente importante para que se alcance um cuidado confortador e individualizado.

No que diz respeito às intervenções confortadoras os achados fizeram emergir aspetos que se relacionam com as Intervenções farmacológicas e as Intervenções Não farmacológicas.

O controlo/alívio da dor, assim como o controlo de outros sintomas físicos, parecem estar na base desta categoria, sempre aliado à importante administração de terapêutica assim como a correta gestão de medicação a avaliação/reavaliação da dor.

O enfermeiro tem autonomia no que respeita às intervenções não farmacológicas, desenvolvendo um conjunto de ações relacionadas com a interação/comunicação; articulação com recursos da comunidade/trabalho em equipa multidisciplinar.

É novamente referido pelos entrevistados a importância em atender às decisões/vontades/desejos do doente em morrer em casa.

Tal como foi referido anteriormente, é necessário que o enfermeiro adeque os seus cuidados, da mesma forma que adapta se possível o domicílio às verdadeiras necessidades confortadoras da pessoa em fim de vida.

Podemos dizer que os resultados do nosso estudo assentam nos quatro pilares fundamentais dos Cuidados Paliativos, uma vez que têm como base uma comunicação adequada; a família e o doente é olhada como um todo, tem portanto a intenção do apoio à família; o Controlo sintomático está presente nos três domínios encontrados no estudo e o trabalho em equipa é uma constante desde o momento do levantamento das necessidades confortadoras até ao momento da implementação das intervenções de conforto.

No desenvolvimento do conhecimento do conceito do Conforto, embora num contexto diferente, os resultados do nosso estudo evidenciam a clarificação conceptual do Conceito, pela similaridade encontrada acerca das características do cuidado confortador obtidas nas investigações dos autores. (Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012).

Como sugestões para estudos futuros, consideramos importante a realização desta investigação na percepção do doente em fim de vida, como forma de comparar os dados obtidos e se os mesmos se sobrepõem à percepção do enfermeiro.

Como limitações do nosso estudo, assumimos a nossa inexperiência em conduzir entrevistas com a profundidade exigida e desejada para este tipo de abordagem, o que pode ter dificultado o acesso à descoberta de aspetos essenciais. Salientamos também o processo moroso e solitário que consiste em codificar os dados obtidos nas entrevistas. Não obstante a estas limitações, gostaríamos de referir que consideramos que estas contribuíram para o nosso crescimento como investigadores, fato que salientamos como sendo extremamente gratificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1994). Ser enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget.
- Antunes, M. (2012) Relação Terapêutica: Enfermeiro e Pessoa em fase final de vida. Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Apóstolo J., Batista A., Macedo C., & Pereira, E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. Referência, II Série (3), 55-64.
- Apóstolo, J. (2009). *O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos*. Revista Referência, II Série (9).
- Apóstolo, J.L.A. (2007). *O Imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Barbosa, A. (2006) Sofrimento. In BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Barbosa, A. (2006). Sofrimento. In BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Bardin (2014). L. Análise de Conteúdo. 4ª edição. Lisboa: Edições 70;
- Bécherraz, M. (2002d). Expériences et significations du réconfort pour l’infirmière, 4e Partie. Recherche en Soins Infirmiers, 69, 111-121. Obtido em <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/69/111.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bland, M. (2007). Betwixt and between: a critical ethnography of comfort in New Zealand residential aged care. Journal of Clinical Nursing, 16 (5), 937-944. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01756.x
- Bland, M. (2007). Betwixt and between: a critical ethnography of comfort in New Zealand residential aged care. Journal of Clinical Nursing.
- Bogdan (1991). R. Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto Editora.
- Bottorf, J.L. (1991). The lived experience of being comforted by a nurse. Obtido em <http://www.phenomenologyonline.com/sources/textorium/bottorff-joan-the-lived-experience-of-being-comforted-by-a-nurse/>

- Bottorff, J.L., Gogag, M., & Engelberg-Lotzkar, M. (1995). Comforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1077-1084. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03108.x
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital. O Impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Caldeira, S. (2011) *Espiritualidade no Cuidar. Um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cameron, B.L. (1993). The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (3), 424-436. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18030424.x
- Carpenter, D. R. (2002). Método de teoria fundamentada. In H. J. Streuberg & D. R.
- Carter, B.S. & Bhatia, J. (2001). Confort/palliative care guidelines for neonatal practice: development and implementation in an academic medical center. *Journal of Perinatology*.
- Carvalhais, M. D. & Sousa, Liliana (2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Referência, III série* (3), 75-84.
- Casmarrinha M. (2008). *Familiares do Doente Oncológico em Fim de Vida dos Sentimentos às Necessidades*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- CIPE (2010) *Cuidados paliativos para uma morte digna*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-02-8.
- Clark, D. (1997). What is qualitativa research and what can it contribute to paliative care?. *Paliative Medicine*.
- Collière, F. (1999) – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Collière, F. (1999) – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Cosme, A., Severino, I., Correia, S. & Paniagua (2006). A família do doente internado. Que papel? Que expectativas? *Sinais Vitais*, 69, 48-50.
- Costa, A.C.A.S. (2011). *Os enfermeiros e as representações sociais sobre o envelhecimento: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada. “Não esperamos uma resposta, fazemos”*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa.

- Costa, E.T., & Jurado, R.A. (2006, Junho). Interação em saúde. Referência, II Série, 2, 43-49.
- Costa, M.A. (2006). Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros (2ª ed.). Lisboa: Co-edição FORMASAU, Formação e Saúde Lda e EDUCA.
- Davies, M. (2005). Integrating palliative medicine into an oncology practice. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 22 (6), 447-456.
- Doyle, D., & Jeffrey, D. (2005). *Palliative care in the home*. Oxford: Oxford University Press. ISBN: 0-19-2632272.
- Ellershaw, J. (2002). Clinical Pathways for care of the dying: an innovation to disseminate clinical excellence. *Journal of Palliative Medicine*, Vol 5 nº 4, 617-621.
- Ellershaw, J. (2002). Clinical Pathways for care of the dying: an innovation to disseminate clinical excellence. *Journal of Palliative Medicine*, 5 (4), 617-621.
Acedido:
<https://vpn.esel.pt/http/0/web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=119&sid=11c71afb-8410-456c-9b64-b80ee7dd0c58%40sessionmgr114&vid=1>
- Fernández, W. (2004). *The Grounded Theory method and case study data in IS research: issues and design*.
- Figueiredo, M.H. de J.S. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. (Dissertação de doutoramento não publicado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 2ª Ed. Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- Freitas-Magalhães, A. (2007b). Expressão facial: O efeito do sorriso na percepção psicológica da afectividade. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, Porto, 4, 276-284. Obtido em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/453/1/276-284FCHS04-19.pdf>
- Frias, C. (2012). *Encontro de corpos: o processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida*. Loures: Lusociência.
- Gilhooly, M. (2002). Ethical issues in researching later life. In A. Jamieson & C.R. Victor (Eds.), *Researching ageing and later*

- Gomes, I. (2009). Cuidado de si a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Hamilton, J. (1989, April). Comfort and the hospitalized chronically ill. *Journal of Gerontological Nursing*, 15 (4), 28-33.
- Henderson, V. (1962). *Basic principles of nursing care*. Gèneve: International Council of Nurses.
- Hesbeen, Walter (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hirsch, E. (1999). Partager nos devoirs d’humanité. *Gérontologie et Société*, 90, 69-81.
- Holzemer, W.L. (2010). Responsible conduct of research. In W.L. Holzemer (Ed.) *Improving health through nursing research*, (pp. 167-179). International Council of Nurses: Wilwy-Blackwell.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Internacional Council Of Nurses - Palliative care (2006) [Em linha]. Disponível na WWW: <http://www.icn.ch/matters_palliative.htm>.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Palliative care (2006). Disponível na WWW: <http://www.icn.ch/matters_palliative.htm>.
- Kleinman, S. (2004) What is the Nature of Nurse Practitioners' Lived Experiences Interacting With Patients? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, June, Vol.16, 263- 269.
- Koenig, H.G., George, . K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 52 (4), 54-562. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52161.x
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184. Obtido em <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184. Obtido em <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York : Springer.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2nd ed., pp. 254-272). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*. 18 (1), 46-62. Doi: 10.1177/089801010001800106
- Kolcaba, K.Y., Kolcaba, R.J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (11), 1301-1310. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x
- Kuebler, K., & Berry, P. (2002). End of life care. In: Kuebler, K., Berry, P., & Heidrich, D. 23-37. Philadelphia, W.B. Saunders Company.
- Leininger, Madeleine M. (1985). *Trans-cultural care diversity and universality: A Theory of care and nursing*. New York: Grunt & Stratton.
- Leininger, Madeleine M. (1988). *Caring: an essencial human need*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, Madeleine M. (1990). *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, Madeleine M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing, The Culture of Culture care diversity and Universality*. New York: National League for Nursing Press.
- Louro, M. (2009) *Cuidados Continuados no Domicílio*. Tese de doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Magalhães, J. (2009). *Cuidar em fim de vida: experiência durante a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa : Coisas de Ler. ISBN: 978-989-8218-07-0.
- Malinowski, Ann & Stamler, L.L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 599-606. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x
- Manning, P. (1979) K. Metaphors of the field varieties of organizational discourse, In *Administrative Science Quarterly*. Vol. 24. no. 4.

- Marques, M.I.D. (2000). Percepção «Significativa» dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Referência*, 5, 5-15.
- Martins, F. (2014) *Cuidar do Doente Terminal no Domicilio - Experiências dos Enfermeiros*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- McLlveen, K., & Morse, J.M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*. 4 (2), 127-148. Doi: 10.1177/105477389500400202
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing. Development and progress*. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Company.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Melleis, A. I. (2005) – *Theoretical nursing development and progress*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meyer, J. Sturdy, D. (2004). Exploring the future of gerontological nursing outcomes. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (6B), 128-134. Obtido em <http://faculty.ksu.edu.sa/hisham/Documents/Medical%20Education/English/Nursing%20Education/93.pdf>
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004. p.9-18.
- Moreira, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra : Formasau. ISBN: 972-8485-22-0.
- Moreira, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar : uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra : Formasau. ISBN: 972-8485-22-0.
- MOREIRA, Isabel M. P. B. (2001) - O Doente Terminal Em Contexto Familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-22-0.
- Morgan, D. (1988) L. Focus groups as qualitative research. Newbury park.
- Morse J. (1983). An ethnocentric analysis of comfort: a preliminary investigation. *Nursing Papers*. 15 (4), 6-19.
- Morse, J., Bottorff, J., & Hutchinson, S. (1994). *The phenomenology of comfort*. *Journal of Advanced Nursing*.
- Morse, J.M. (1992). Comfort: The Refocusing of Nursing Care. *Clinical Nursing Research*, 1(1), 91-106. Doi : 10.1177/105477389200100110

- Morse, J.M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*, 100 (9), 34-38. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x
- Morse, J.M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances Nursing Science*, 24 (1), 47-59.
- Morse, J.M., et al. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44 (1), 14-19. Doi: 10.1097/00006199-199501000-00004
- Mussi, F.C. (2005). Conforto e lógica hospitalar: análise da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (1), 72-81. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf>
- Mussi, F. (1996) – Conforto: Revisão de Literatura. *Revista Escola Enfermagem USP*. Vol. 30, nº 2, p.254-266.
- Neto, I. (2004) Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In NETO, Isabel Galriça; [et al.] - *A Dignidade e o Sentido da Vida – Uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Neto, I. (2006) Princípios e filosofias dos cuidados paliativos. In BARBOSA, António; Neto, Isabel Galriça – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa,. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Nicolau, C. (2013). Conforto dos Doentes em fim de vida em contexto hospitalar. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência
- Nunes R. & Melo, H. P. (2011). *Testamento vital*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Oliveira, C.S (2008, 1º Semestre). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*, 12 (1) 2-13.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Repe estatuto*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Obtido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf

- Orlando, L. (1961). The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles. New York: G.P. Putnam`s Sons.
- Pacheco, S. (2002). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-30-4.
- Pacheco, S. (2002). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-30-4.
- Panno J. Kolcaba, K. & Holder, C. (2000, November/December). Acute Care for elders (ACE): A holistic model of geriatric orthopaedic nursing care. Journal of Orthopaedic Nursing, 19 (6), 53-60.
- Panno J. Kolcaba, K. & Holder, C. (2000, November/December). Acute Care for elders (ACE): A holistic model of geriatric orthopaedic nursing care. Journal of Orthopaedic Nursing, 19 (6), 53-60.
- Paterson, J.G., & Zderad, L.T. (1976). Humanistic nursing. New York: John Wiley & Sons.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). O doente oncológico e a sua família. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi. ISBN: 972-796-064-2.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2010). O envelhecimento perturbado. A doença de Alzheimer. Lisboa: Lusodidacta.
- Pinheiro, F. (1997). Sentimentos de Idosos perante os Cuidados de Enfermagem na Higiene Pessoal. (Dissertação desenvolvida no âmbito do 1º CESE Saúde do Idoso e Geriátrica não publicada). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil.
- PIRES, A. (2001) Cuidar em fim-de-vida : Aspectos éticos. Cadernos de Bioética. Coimbra. Ano XI, nº. 25
- Prochet, T. & Silva, M.J. (2011). Percepção do idoso dos comportamentos afectivos expressos pela equipe de enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 15 (4), 784 -790. Obtido em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127721087018>
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2004). *Circular Normativa nº 14/DGCG de 13 Julho de 2004.*

- Ribeiro, P. C. P. S. V. (2012) *Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar - Construção de uma Teoria Explicativa*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Ribeiro, P.; Costa M. (2012). *O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência.
- Ribeiro, Patrícia.C.P.S. (2008). A espiritualidade no doente crónico como uma estratégia de coping: narrativa de uma história de vida. *Referência*. II (7), 21-31.
- Robinson, S. & Benton, G. (2002, November). An intervention to promote comfort for elderly hospitalized patients. *Geriatric Nursing*, 23 (6), 320-323.
- Rosa, L. Mercês, N., Santos, V. & Radunz, V. (2008). As faces do conforto: visão de enfermeiras e paciente com câncer. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 16 (3), 410-414. Obtido em <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a19.pdf>.
- Rossa, M. (2007) “A Pessoa em fim de vida - Vivências dos Enfermeiros”. Tese de Mestrado em Bioética. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Rôxo, J. R. S. (2008). O Toque na prática clínica. *Referência*, II (6), 77-89.
- Rubiales, A; Flores, L. A; Del Valle, M. L; Gómez, L; Hernansans, S; Gutiérrez, C. (2004) *Investigacion cualitativa en Medicina Paliativa*. Medicina Paliativa.
- Sapeta, Ana Paula, (2011) *Cuidar em fim de vida: O processo de interacção enfermeiro-doente*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa.
- Sapeta, P. (2010). *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro-doente*. Lisboa: Universidade de Lisboa com participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Doutoramento em Enfermagem.
- SECPAL. (2006). *Guía de Cuidados Paliativos*. Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
- Serrão, D. (1990). O doente terminal. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. (2) 28, 35-38.
- Silva, J.F. (2006). *Quando a vida chega ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência.
- Silva, M.F.S. (2006). *Pessoa e comunicação: o primado da relação na Antropologia filosófica de F. Jacques*. (Dissertação de mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.

- Silva, S. (2009). Caracterização dos cuidados de Saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos. Porto. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Oncologia.
- Sousa P.; Marques R.; Costa M.; Dixe M. (2011). *O conforto do doente idoso com doença crónica e de cuidadores informais em contexto de hospitalização*. International Journal of Developmental and Educational Psychology.
- Sousa, P. S. (2014). *O Conforto da Pessoa Idosa*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora
- Strang, P. (2000). Qualitative research methods in Paliative Medicine and Paliative Oncology – na introducion. Acta Oncologica.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Teixeira, A. (2013) Cuidar em Fim de Vida. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Travies, S., Moore, S., Larsen, P., & Turner, M. (2005). Clinical indicators of treatment futility and imminent terminal decline as discussed by multidisciplinary teams in long-term care. American journal of hospice & palliative Medicine. 22 (3), 204-210.
- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública.
- Tutton, E. & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (4), 380-389. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x
- Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-093-6.
- Viana, A. (2014). *Sufrimento Experienciado pelo Enfermeiro quando cuida o doente em fim de vida com dor não controlada*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Viegas, L. (2006) – Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas. Um estudo exploratório. Pensar Enfermagem, 10 (2), 47-57.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Waldrop, D., & Kirkendall, A. (2009). Comfort Measures: A Qualitative Study of Nursing Home-Based End-of-Life Care. Journal of Palliative Medicine, Volume 12 (8), 719-724.

- Walker, A.C. (2002). Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. *Journal of Nursing Practice*, 8, 42-48. Doi: 10.1046/j.1440-172x.2002.00342.x
- Watson, 2005 - Watson M, Lucas C. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 1ª ed. New York: Oxford University Press; 2005. ISBN 978-0-19-923435-6.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Editions Seli Arslan.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WENK in BRUERA, Eduardo [et al.] (2006) *Textbook of Palliative Medicine*. Londres: Hodder Arnold. ISBN 978 0 340 810 187.
- Wilby, M. (2005). Cancer patients descriptions of comforting and discomforting nursing actions. *International Journal for Human Caring*, 9 (4), 59-63.
- Willms, D. (1993) Johnson, N.A. *Essentials in Qualitative Research: a notebook for the field*. (mimeo) McMaster University,
- Wilson, L. (2002). *An investigation of the relationships of perceived nurse caring, social support and emotion-focused coping to comfort in hospitalized medical patients*. (Unpublished doctoral dissertation). Newark, New Jersey.
- Wright, Lorraine (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne.
- Yousefi, H., Abedi, H. A., Yarmohammadian, M.H. & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (9), 1891-1898.
- Zimmer, L. (2006) Qualitative meta-synthesis: a question of dialoging with texts. *J Adv Nurs*. Feb; 53(3):311-18.

APÊNDICES

**Apêndice 1 – Modelo de Consentimento Livre e
Esclarecido**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. Registo dos esclarecimentos dos pesquisadores aos colaboradores da pesquisa

Prezado(a) Colaborador

Eu, Bruno Ricardo da Rosa Rodrigues, a realizar uma tese de Mestrado em Cuidados Paliativos pela Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Pro^a Dr.^a Patrícia Pontífice de Sousa, quero convidá-lo(a) a participar de um estudo que tem como objetivos:

- Compreender a perceção do enfermeiro no que diz respeito ao conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário.
- Identificar a conceção de conforto do enfermeiro que cuida da pessoa em final de vida em contexto domiciliário
- Identificar as necessidades de conforto percecionadas pelo enfermeiro que cuida da pessoa da pessoa em final de vida em contexto domiciliário.
- Conhecer as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa em final de vida em contexto domiciliário, na perspetiva do enfermeiro.

Para tal, necessito da sua colaboração para uma entrevista, iniciando-se com dados de identificação pessoal que serão anotados num formulário seguindo-se a entrevista propriamente dita, que, se me der autorização, será gravada e dela constarão questões relacionadas com o tema em estudo. A entrevista será realizada em dia e horário previamente combinado de acordo com a sua conveniência e disponibilidade, será realizada e transcrita (ouvida e digitada) por mim. Tudo que for dito ao longo da entrevista será confidencial, sigiloso e o seu depoimento estará sob a minha responsabilidade. A previsão para a duração da entrevista é de 20 a 30 minutos.

O conteúdo da entrevista será utilizado apenas na realização do estudo e em publicações com ele relacionado, mantendo o anonimato.

É igualmente importante informar que será mantido absoluto sigilo quanto à sua identidade. A sua participação será totalmente voluntária, podendo deixar de participar a qualquer momento, não lhe sendo acarretado qualquer tipo de prejuízo por isso.

Antes de iniciar, gostaria de saber se o Senhor(a) necessita de mais alguma informação, pois estou à sua inteira disposição para os esclarecimentos que considerar necessários.

Tendo aceite colaborar no estudo, necessito da sua assinatura e agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade. O meu contacto telefónico se necessário é 967456900.

Este termo constará de duas vias, das quais uma ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) entrevistado(a).

Atenciosamente,

Orientador

Patrícia Pontífice de Sousa

Aluno solicitante

Bruno Ricardo da Rosa Rodrigues

II. Termo de Consentimento Pós Informado

Compreendo os objetivos deste estudo e o que é esperado de mim concordando por isso em participar de forma voluntária no mesmo.

Entendo que as informações serão confidenciais, não haverá identificação nominal, a não ser que eu deseje e que não sofrerei nenhum tipo de sanção, caso desista de participar deste estudo em qualquer momento.

Declaro que todas as informações foram prestadas pelo pesquisador e que fui convidado para participar deste estudo.

Colaborador:

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice 2 - Guião de Entrevista

Entrevista aos Enfermeiros – Estrutura Global

No que respeita à entrevista aos enfermeiros esta será estruturada em quatro momentos distintos:

Momento I – Fornecer Orientações – Será destinado a dar orientações para garantir a legitimação da entrevista, motivar o entrevistado a participar no estudo, informar acerca da temática, objetivos e finalidades do estudo.

Momento II – Caracterizar o entrevistado – Caracterizar a pessoa do enfermeiro segundo aspetos de natureza sociodemográfica. Conhecimento de algumas dimensões essenciais e do percurso profissional dos enfermeiros. Procura de dados que permitam conhecer as motivações dos enfermeiros para trabalharem com doentes em fim de vida no domicílio, e a sua relação com a preparação e capacidade de tornar o doente confortável.

Momento III – Compreender o processo de construção e resposta do conforto – Caracterização das práticas de cuidados promotoras de conforto – colher informações relativamente à presença ou ausência de situações de cuidados consideradas/representativas de conforto. Conhecimento de estratégias/intervenções de conforto na interação enfermeiro/doente.

Momento IV – Compreender o processo de construção e resposta do conforto - Saberes utilizados pelos enfermeiros - procuraremos conhecer, quais os conhecimentos que os enfermeiros têm acerca do Conforto à pessoa em fim de vida e de que forma isso influencia e possibilita, o papel que lhes é atribuído nos cuidados. Procurar-se-á identificar também, o conceito que os enfermeiros têm de conforto.

Consideramos no entanto que haverá algumas questões centrais que servirão de orientação à nossa entrevista pelo que estruturámos o guião que se segue:

Guião de Entrevista Semi-estruturada aos Enfermeiros

Tema: O conforto da Pessoa em final de vida em contexto domiciliário – percepção do Enfermeiro

Objetivos:

- Caracterizar o entrevistado
- Compreender o processo de construção e resposta do conforto

MOMENTOS	OBJECTIVOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	ANOTAÇÕES
Momento I Orientações gerais da entrevista	<ul style="list-style-type: none">– Legitimar a entrevista– Motivar o entrevistado– Informar acerca da temática, objetivos e finalidades do estudo	<p>Pedir autorização para gravar a entrevista</p> <p>Solicitação para preenchimento do formulário de consentimento informado e voluntário</p>	<p>Garantir o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.</p> <p>Valorizar o contributo do entrevistado para o êxito do nosso trabalho.</p> <p>Preocupação com o bem-estar e privacidade física.</p>
Momento II Identidade e	<ul style="list-style-type: none">– Caracterizar a pessoa do enfermeiro segundo aspetos de natureza biográfica,	<p>Questões relacionadas com:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sexo	<p>Conhecimento de algumas dimensões essenciais, procura de dados que permitam conhecer as motivações dos enfermeiros para trabalharem com doentes em fim de vida no domicílio e a sua relação</p>

referências do entrevistado	afetiva e cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Estado civil • Percurso profissional • Relações e interações com os doentes • Motivação para trabalhar com doentes em fim de vida no domicílio 	<p>com a preparação e capacidade de tornar o doente confortável.</p> <p>Postura:</p> <p>– Acrescentar outras perguntas consideradas pertinentes, considerando o objetivo.</p>
Momento III Práticas de cuidados promotores de conforto	- Compreender o processo de construção e resposta do conforto	<p>Questões ligadas a experiências significativas de prestação de cuidados promotores de conforto:</p> <p>- No decurso da sua experiência de prestação de cuidados com a pessoa em fim de vida em contexto domiciliário, teve com certeza diversas experiências de interação, em que considerou ter promovido o conforto do doente. Gostaria que escolhesse uma dessas experiências que considere ter sido importante, em termos de promoção do conforto para o doente, e que ma descreva desde o início até ao fim.</p>	<p>Caracterização das práticas de cuidados promotores de conforto: colher informações relativamente à presença ou ausência de situações de cuidados consideradas/representativas de conforto.</p> <p>Postura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emitir sinais verbais e não-verbais de compreensão. - Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual da história relatada. - Ajudar com outras perguntas que permitam a continuidade.
Momento IV Saberes	– Compreender o processo de construção e resposta	Questões ligadas aos conhecimentos requeridos e utilizados pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa em fim de vida em contexto	Saberes utilizados pelos enfermeiros – identificação dos conceitos que os enfermeiros têm acerca da pessoa em fim de vida em contexto domiciliário, e de que modo influencia o conhecimento das

utilizados	do conforto	<p>domiciliário:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tendo como exemplo a experiencia que me descreveu anteriormente, que necessidades de conforto identificou durante a prestação de cuidados? - Que estratégias/Intervenções de enfermagem relacionadas com o Conforto adotou/desenvolve perante a pessoa em fim de vida? – O que é para si Conforto? Como o define? 	<p>diferentes necessidades de conforto. Procurar ligar as necessidades de conforto à implementação de estratégias promotoras de conforto. Identificar o conceito que os enfermeiros têm de conforto.</p> <p>Postura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Emitir sinais verbais e não-verbais de compreensão. – Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual da história relatada. – Ajudar se necessário, com outras perguntas que permitam a continuidade.
------------	-------------	--	---

**Apêndice 3 - Quadro Análise Conteúdo
(Conceção do Conforto - exemplo)**

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO - CONCEITO CONFORTO	SIGNIFICADOS	DOMÍNIO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
“ (...) [conforto é] promover a dignidade da pessoa (...) em fim de vida.” E1 1	Existe preocupação em promover a dignidade (S1)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Dignidade
“ (...) [doente] foi ficando mais tranquilo.” (E1 7)	O conforto está relacionado com tranquilidade (S2)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Tranquilidade
“ (...) doente estivesse o mais sereno possível.” E1 19	O conforto está relacionado com serenidade (S3)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Serenidade
“ (...) [o conforto] percecionado por cada um de nós de forma muito pessoal.” E1 20	Conforto está relacionado com a individualidade (S4)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Individualidade / Subjetividade
“ (...) o conforto é (...) uma dimensão mais subjetiva (...) para percebermos se realmente está confortável ou desconfortável. “E1 24	Conforto varia de pessoa para pessoa (S5)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Individualidade / Subjetividade
“ (...) [o conforto] permite-nos o bem-estar necessário à qualidade de vida.” E1 25	O conforto está relacionado com o bem-estar (S6)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	"Bem estar global"
“ (...) [conforto é] fim de vida digno (...) ” E2 1	Existe preocupação em promover a dignidade (S1)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Dignidade

“ (...) [conforto é] quando está (...) bem hidratado (...)” E2 13	Relacionado com um nível de hidratação adequado/satisfatório (S7)	Conceção do Conforto	Necessidades básicas Cumpridas	Hidratação
" (...) [conforto é] quando, acima de tudo, não tem dor visível, não tem dor descompensada (...) advém da ausência ou da diminuição da dor.” E2 14	Relacionado com dor controlada (S8)	Conceção do Conforto	Expressão Física	Estado de alívio/ ausência de dor
“ (...) [conforto é estar] sem dor ou sem outro descontrolo de sintomas... É mais ao nível da dor...” E2 15	Relacionado com dor controlada (S8)	Conceção do Conforto	Expressão Física	Estado de alívio/ ausência de dor
“ (...) [conforto é] ausência da dor (...) ” E2 16	Relacionado com dor controlada (S8)	Conceção do Conforto	Expressão Física	Estado de alívio/ ausência de dor
“ (...) [conforto é estar] sem agitação... (...)” E2 17	Relacionado com controlo do sintoma agitação (S9)	Conceção do Conforto	Expressão Física	Ausência de Agitação
“ (...) um padrão de eliminação regular...” E2 18	Relacionado com padrão regular de eliminação (S10)	Conceção do Conforto	Necessidades básicas Cumpridas	Padrão de eliminação regular
“ (...) o maior conforto (...) era estar com a família, com os entes queridos (...) ” E3 22	É valorizada a família assim como pessoas significativas do doente (S11)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Família
“ (...) o maior conforto tanto para o doente como para a família, eram as relações [entre pessoas].” E3 24	São valorizadas as relações Interpessoais (S12)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Relações Interpessoais
“ (...) [conforto] estava muito ligado ao afeto (...)” E3 31	Relacionado com relações afetivas (S13)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Afeto
“ (...) [conforto é] sentir-se autónoma num processo que era normal, era uma rotina	Relacionado com a autonomia do doente (S14)	Conceção do Conforto	Expressão Física	Autonomia Física

anterior (...)” E3 33				
“Eu podia definir [o conforto] com muitas palavras. Mas das muitas palavras... Acho que não há definição propriamente dita.” E3 41	Refere-se ao conceito de conforto como algo difícil de definir (S15)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Individualidade / Subjetividade
“ (...) conforto acaba por ser o que cada um define que é o mais importante para sentir-se confortável (...)” E3 42	Conforto varia de pessoa para pessoa (S5)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Individualidade / Subjetividade
“ (...) [conforto é] sentir-se bem, sentir que faz sentido a vida cá.” E3 43	Relacionado com sensação de bem-estar (S6)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	"Bem estar global"
“ (...) o conforto é uma coisa, para si, como enfermeiro e como pessoa, deve ser outra, e cada um tem a sua definição de conforto, e é aí que temos de ir de encontro...” E3 44	Conforto varia de pessoa para pessoa (S5)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Subjetividade
“ (...) [conforto é] sentir um sorriso todos os dias (...)” E3 45	O conforto está relacionado com sorrir (S16)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Sorriso
“ (...) o conforto é... está ligado com um bem-estar (...)” E3 46	Relacionado com sensação de bem-estar (S6)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	"Bem estar global"
“ (...) o conforto é (...) subjetivo (...)” E3 47	Conforto varia de pessoa para pessoa (S5)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Individualidade / Subjetividade
“ (...) [conforto é] é sorrir (...)” E3 48	O conforto está relacionado com sorrir (S16)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Sorriso

“ (...) [conforto é] estar feliz (...)” E3 49	O conforto está relacionado com a felicidade (S17)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Felicidade
“ (...) [conforto é] momento em que se diz , eu estou bem no sítio em que estou.” E3 50	O conforto está relacionado com o "Estar bem" (S18)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	"Estar Bem"
“ (...) [conforto é] estarmos bem connosco próprios (...)” E4 13	O conforto está relacionado com o "Estar bem" (S18)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	"Estar Bem"
“ (...) [conforto é] termos uma boa estrutura familiar (...)” E4 14	É valorizada a família assim como pessoas significativas do doente (S11)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Família
" (...) [o conforto]É estar bem de saúde, não ter qualquer problema (...)” E4 16	O conforto está relacionado com o "Estar bem" (S18)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	"Estar Bem"
“ (...) de encontro às minhas expetativas, às minhas necessidades enquanto pessoa, e não tanto de encontro a regras, padrões...” E5 6	Conforto está relacionado com a individualidade (S4)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Individualidade / Subjetividade
“ (...) [conforto é] estar com os sintomas controlados...” E5 7	Relacionado com sintomas físicos controlados (S19)	Conceção do Conforto	Expressão Física	Controlo sintomático
“ (...) conforto para mim, que também é uma situação que pode mudar. Portanto, a definição de conforto mudará consoante a nossa situação.” E5 9	Conforto está relacionado com a individualidade (S4)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Individualidade / Subjetividade

“ [conforto é] Ter os sintomas controlados (...) ” E6 8	Relacionado com sintomas físicos controlados (S19)	Conceção do Conforto	Expressão Física	Controlo sintomático
“ (...) [conforto é] ter a minha família perto, poderem permanecer comigo (...) ” E6 9	É valorizada a família assim como pessoas significativas do doente (S11)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Família
“ (...) [conforto é] Quando a pessoa (...) consegue alcançar algum tipo de serenidade (...) ” E7 12	O conforto está relacionado com serenidade (S3)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Serenidade
“ (...) [conforto é] é o alívio dos sintomas (...) dos sintomas físicos, quaisquer que sejam (...) se estiverem controlados (...) ” E8 13	Relacionado com sintomas físicos controlados (S19)	Conceção do Conforto	Expressão Física	Controlo sintomático
“ (...) [conforto é] toda a parte espiritual: saber que não estamos sozinhos, saber que há alguém que cuida de nós e que gosta de nós, e que está lá mesmo só para nos dar a mão, e que, mesmo que não esteja presencial (...) ” E8 14	Relacionado com espiritualidade (S20)	Conceção do Conforto	Expressão Multifocal/ Multidimensional do "Conforto"	Espiritualidade
“Mesmo que seja em fim de vida. E saber que, após a nossa partida, que alguém nos há-de recordar.” E8 15	Relacionado com recordações (S21)	Conceção do Conforto	Expressão Afetiva	Recordações/Memórias

ANEXOS

Anexo 1 - Autorização para Realização do Estudo

De: Ana Maria Bernardo

Enviado: quinta-feira, 14 de Janeiro de 2016 9:09

Para: Bruno Rosa

Assunto: RE: Pedido autorização Tese

Enfermeiro Bruno

A Direção do Hospital Nossa senhora da Arrábida autoriza a recolha de dados para a elaboração da sua Tese. Desejo-lhe um excelente trabalho e disponha da Equipa se necessário.

Cumprimentos

Ana Bernardo
Direção Clínica

Hospital Nossa Senhora da Arrábida

Rua Ary dos Santos 11, Brejos de Azeitão 2925-061 Azeitão

Tel.: +351 210 495 670/2 | Tlm.: +351 964 077 646 | www.hnsa.pt