

Luto antecipatório e promoção do conforto em cuidados paliativos: revisão narrativa

Anticipatory grief and promotion of comfort in palliative care: a narrative review

 **Bárbara Gomes¹**,  **Ana Ribeiro¹**,
 **Daniela da Cunha¹**

1- Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Corresponding author:

enf.barbara.gomes@gmail.com

Informação do artigo

Recebido: 28/02/2025

Revisto: 30/03/2025

Aceite: 29/05/2025



This work is licensed under [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

RESUMO

Introdução: O Luto Antecipatório envolve emoções complexas que requerem uma abordagem sensível e integrada, indo além da gestão de sintomas físicos. A sua gestão é essencial para o bem-estar dos envolvidos e para a melhoria da qualidade de vida em Cuidados Paliativos. **Objetivos:** Identificar as intervenções implementadas para a gestão do Luto Antecipatório para a promoção do conforto em pessoas em Cuidados Paliativos; explorar a sua eficácia na gestão da mesma e no bem-estar da pessoa em situação paliativa; identificar o impacto do seu uso no conforto multidimensional à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Metodologia: Foi realizada uma revisão narrativa, analisando estudos sobre intervenções na gestão do Luto Antecipatório e sua eficácia na promoção do conforto. **Resultados:** Foram incluídos três estudos nesta investigação, todos demonstram variadas intervenções que se mostraram adequadas na gestão do Luto Antecipatório da pessoa em situação paliativa. Para cada dimensão da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba foram recolhidos dados relacionados com a Intervenção de Enfermagem Classificada e com o Perfil Regulador de Competências do Enfermeiro Especialista. **Discussão:** Os resultados obtidos evidenciam que as intervenções implementadas na gestão do Luto Antecipatório, alinhadas com as dimensões da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, são eficazes na promoção do conforto, destacando a importância de adaptações individualizadas às necessidades das pessoas em Cuidados Paliativos.

Conclusão: A gestão do Luto Antecipatório contribui de forma significativa para a promoção do conforto nas suas várias dimensões, ressaltando que existem diferentes definições de Luto Antecipatório entre os estudos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Luto; Luto Antecipatório; Conforto do Paciente.

ABSTRACT

Introduction: Anticipatory Grief involves complex emotions that require a sensitive and integrated approach, extending beyond the management of physical symptoms. Its management is essential for the well-being of those involved and for improving the quality of life in Palliative Care. **Objectives:** To identify interventions implemented for the management of Anticipatory Grief to promote comfort in individuals in Palliative Care; to explore their effectiveness in Anticipatory Grief management and in the wellbeing of individuals in palliative situations; and to assess their impact on multidimensional comfort within the framework of Katharine Kolcaba's Comfort Theory. **Methodology:** A narrative review was conducted, analyzing studies on interventions for Anticipatory Grief management and their effectiveness in promoting comfort. **Results:** Three studies were included in this investigation, all of which demonstrated various interventions that proved effective in managing Anticipatory Grief in individuals in palliative situations. Data related to Nursing Interventions Classification and the Regulatory Profile of Specialist Nurses' Competencies were collected for each Katharine Kolcaba's Comfort Theory dimension. **Discussion:** The results indicate

that the interventions implemented in Anticipatory Grief management, aligned with the Katharine Kolcaba's Comfort Theory dimensions, are effective in promoting comfort, emphasizing the importance of individualized adaptations to the needs of individuals in Palliative Care.

Conclusion: The management of Anticipatory Grief significantly contributes to promoting comfort across its various dimensions, although differences in Anticipatory Grief definitions among studies were observed.

Keywords: Palliative Care; Grief; Bereavement; Anticipatory Grief; e Patient Comfort.

INTRODUÇÃO

O luto antecipatório (LA), apesar de ser um tema de grande interesse entre clínicos e investigadores ao longo de várias décadas, continua a ser um conceito mal definido e pouco compreendido e, embora seja atualmente reconhecido como um fenómeno clínico válido, as limitações conceptuais e empíricas, associadas à acumulação de informações inconsistentes sobre a sua natureza, dificultam o desenvolvimento e a aplicação eficaz de intervenções (Fulton, Madden & Minichiello, 1996, citado por Patinadan et al., 2022).

Não obstante estas dificuldades, há um consenso na literatura que descreve o LA como um processo de luto vivido em antecipação a uma perda iminente e significativa.

Rando (1986) argumenta que o LA não se limita a um fenómeno social associado à perda iminente de um ente querido, mas

pode também ser experienciado pela própria pessoa que enfrenta a terminalidade da vida, à medida que a doença evolui e se agrava (Brito et al., 2024). Esta pessoa vivencia, de forma quotidiana, não apenas a perda da vida, mas também perdas de autonomia, esperança, sonhos e um futuro (como citado em Patinadan et al., 2022). Assim, o LA pode ser experienciado tanto pela pessoa em situação paliativa como pelos seus familiares, mesmo antes do falecimento.

O LA está intrinsecamente ligado a um processo de aceitação e a crenças espirituais. Contudo, frequentemente, surgem manifestações de stress emocional e preocupação intensa, que podem levar a sentimentos de irritabilidade, raiva e isolamento social (Sousa, 2019). Este período de luto pode, no entanto, proporcionar a resolução de conflitos e de questões pendentes, sendo a comunicação eficaz entre os intervenientes um elemento fundamental para facilitar esta resolução (Reis et al., 2023).

Grumann e Spiegel (2003) destacam que pessoas em fim de vida, com questões não resolvidas, ansiedade, dor e fadiga, tendem a sentir-se angustiadas em relação à sua morte. Por outro lado, Chunlestsikul, Carlson, Koopmans e Angen (2008) relataram que mulheres com neoplasia da mama em fim de vida, que vivenciaram uma gestão adequada do LA, procuraram apoio e informação, e tiveram a oportunidade de se prepararem, bem como de preparar as suas famílias para a morte, mostraram-se mais propensas a descrever sentimentos de paz e

crescimento pessoal (como citado por Patinadan et al., 2022).

A gestão do LA, especialmente na pessoa em situação paliativa, desempenha um papel essencial na promoção do conforto e bem-estar da mesma, reforçando a centralidade do alívio do sofrimento e promoção de qualidade de vida como objetivo fundamental. A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (TCKK) oferece um quadro teórico importante para a compreensão e operacionalização deste impacto, definindo o conforto como uma experiência multidimensional que engloba os contextos físico, psíquico, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003; Silva & Nascimento, 2022).

Os benefícios desta abordagem abrangem não apenas a pessoa em situação paliativa, mas também o seu contexto familiar e social.

METODOLOGIA

Este estudo tem como objetivo geral identificar as intervenções implementadas para a gestão do LA para a promoção do conforto em pessoas em CP, com base em evidência científica. Neste âmbito, pretende-se nomear quais as intervenções utilizadas na gestão do LA, bem como explorar a sua eficácia na gestão da mesma e no bem-estar da pessoa em situação paliativa, segundo a literatura existente. Além disso, é crucial identificar o impacto destas intervenções no conforto físico, psíquico, sociocultural e ambiental, analisando este impacto à luz da TCKK.

Para orientar este trabalho, definiu-se a seguinte pergunta de investigação: "Quais as intervenções implementadas na gestão

do LA para a promoção do conforto em pessoas em cuidados paliativos?".

A metodologia adotada foi a revisão narrativa, devido à sua capacidade de oferecer uma visão abrangente e contextualizada sobre o tema em questão. Esta abordagem mostrou-se adequada, permitindo recolher informações, descrever e discutir, de forma detalhada, os diversos aspetos relacionados com a gestão do LP em CP.

A pesquisa foi conduzida nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Databases of Systematic Reviews e Cochrane Methodology Register, utilizando termos como "Palliative Care", "Grief", "Bereavement", e "Patient Comfort". Ainda, o termo livre "Luto Antecipatório". Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos englobaram investigações que descrevessem intervenções implementadas na gestão do LA, e que relatassem a sua eficácia na promoção do conforto. Adicionalmente, foram incluídos estudos redigidos em português, inglês ou espanhol, línguas dominadas pelos investigadores. Por outro lado, foram excluídos estudos que envolviam crianças ou relacionados com o covid-19, por se tratar de uma época endémica com especificidades complexas. Excluiu-se, ainda, artigos que não estavam disponíveis gratuitamente em texto completo.

Os artigos selecionados foram submetidos a uma análise integral, durante a qual se recolheram dados como os nomes dos autores, o ano de publicação, o país de realização, o título, o tipo de estudo, os objetivos da investigação, as características

da população estudada, a definição de LA nos diferentes estudos, os resultados encontrados e as principais conclusões. A análise dos dados foi conduzida de forma descritiva, permitindo destacar os achados mais relevantes dos estudos incluídos e sistematizar as evidências disponíveis sobre a gestão do LA para a promoção do conforto em pessoas em CP.

RESULTADOS

Após a análise e pesquisa nas bases de dados, neste estudo foram considerados elegíveis três estudos publicados em 2016 e 2023 apresentados nas tabelas 1, 2 e 3.

N.º Autores, ano País	A1 Ghezalje et al., 2023 Irão
Título	Effects of family-based dignity intervention and expressive writing on anticipatory grief in family caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial
Tipo de estudo	Estudo clínico randomizado controlado
Objetivo	Avaliar os efeitos da intervenção de Dignidade baseada na família e da Escrita Expressiva, combinadas e sozinhas, no luto antecipatório em familiares cuidadores de doentes terminais oncológicos.
População	Cuidadores de pessoas com doença oncológica, em fim de vida.
Definição de Luto Antecipatório	Problema psicológico comum, associado à ameaça de morte ou separação da pessoa com doença oncológica, que ainda está fisicamente presente e necessita de cuidados.
Principais Conclusões	A Intervenção da Dignidade Baseada na Família revelou efeitos benéficos no apoio ao luto antecipatório de familiares cuidadores de pessoas em situação terminal oncológica. Contudo, não foram observados efeitos significativos para a intervenção de Escrita Expressiva e intervenções combinadas de Escrita Expressiva e intervenção de Dignidade baseada na família.

Tabela 1- Apresentação dos resultados do Artigo 1.

N.º Autores, ano País	A2 Patinadan P. et al, 2022 Singapura
Título	Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of life: A systematic review of palliative interventions
Tipo de estudo	Estudo de revisão sistemática da literatura
Objetivo(s)	Perceber quais as intervenções relatadas para diminuir ou direcionar adaptativamente a experiência do luto antecipatório em doentes

	em fim de vida e seus familiares.
População	Doentes em fim de vida e seus familiares.
Definição de Luto Antecipatório	Luto antecipatório é o processo de luto em antecipação de uma perda iminente ou pela expectativa de uma perda significativa.
Principais Conclusões	Intervenções Psicoterapêuticas: Terapia da Dignidade Objetivo: Reduzir o sofrimento, aumentar a qualidade de vida e reforçar o significado, propósito e dignidade. Método: gravação de aspetos importantes da vida da pessoa para serem partilhados com os entes queridos; criação de um documento de generatividade para perpetuar o legado pessoal. Benefícios: Sensação de valorização e continuidade além da morte. Short-term Life Review Objetivo: Promover satisfação com a vida, bem-estar espiritual, esperança e preparação para a morte. Método: Primeira sessão: Questões de reminiscência e autobiografia, criando um álbum de memórias. Segunda sessão: Revisão do álbum com a pessoa. Benefícios: Maior sensação de bem-estar espiritual e esperança. Psicoterapia Individual Centrada no Significado Duração: 7 semanas. Objetivo: Ajudar a pessoa a manter ou aumentar o significado, paz e propósito na vida. Temas abordados: Identidade, legado, esperança, doença e finitude da vida. Benefícios: Bem-estar espiritual, maior qualidade de vida e redução de sintomas e sofrimento. Outlook Objetivo: Atender necessidades emocionais e existenciais na preparação para o fim da vida. Método: foco em preocupações como sensação de ser um fardo, conflitos, legado, paz interior e partilha de momentos importantes. Benefícios: Sensação de paz e resolução de questões existenciais. Intervenções Educacionais Projeto ENABLE (Educar, Nutrir, Aconselhar, Antes que a Vida Acabe) Gestão: Enfermeiras de cuidados paliativos utilizando uma abordagem de gestão de caso. Objetivo: Promover autonomia, capacitação e atividade na pessoa em situação paliativa. Método: Identificação de sinais de stress e fornecimento de ajuda específica em problemas práticos, familiares, emocionais, espirituais ou fisiológicos. Estas intervenções destacam-se por contribuir para a melhoria da qualidade de vida, bem-estar espiritual e capacitação da pessoa em situação paliativa, reforçando a

	sua dignidade e autonomia até ao final da vida.
<i>Tabela 2 - Apresentação dos resultados do Artigo 2.</i>	
N.º	A3
Autores, ano	Shore J. et al, 2016
País	Estados Unidos da América
Título	Anticipatory grief: An evidence-based approach.
Tipo de estudo	Estudo de caso clínico
Objetivo (s)	Rever quais as ferramentas e estratégias úteis para melhorar o cuidado a doentes e cuidadores que sofrem de luto antecipatório.
População	Doente com cancro da mama, em fim de vida
Definição de Luto Antecipatório	Luto antecipatório descreve-se como respostas emocionais, tais como: ansiedade de separação, solidão existencial, negação, tristeza, desilusão, raiva, ressentimentos, culpa, exaustão e desespero. Pode dar resposta à perda de autonomia, de identidade de mudança de papéis, além da morte iminente. Pode ser experienciada não só pela pessoa terminalmente doente, mas também pelos seus familiares, amigos e cuidados.
Principais Conclusões	Disponibilizar informações sobre luto antecipatório, identificar e normalizar a experiência e atender a preocupações manifestadas. Educar sobre questões somáticas (nomeadamente higiene do sono, guia nutricional). Apoio espiritual. Atualizações frequentes e detalhadas sobre o estado da pessoa doente e evolução da doença podem aliviar o sofrimento da pessoa doente e proporcionar tranquilidade à família e cuidadores, assim como facilita uma comunicação aberta entre as partes. Explorar mecanismos de coping passados, percebendo, assim, as estratégias previamente utilizadas e apoio no desenvolvimento de novas estratégias; Atenção ao controlo sintomático, particularmente o controlo da dor mostrou-se ser especialmente importante. Cuidados focados no conforto mostram-se particularmente importante. Recurso a técnicas específicas de comunicação são uma ferramenta adicional na gestão do luto antecipatório da pessoa doente, família e cuidadores, nomeadamente: “ask-tell-ask”, “NURSE”, “I wish” e “silence presence”.

Tabela 3 - Apresentação dos resultados do Artigo 3.

A categorização dos resultados foi efetuada à luz da TCKK, com a transposição para a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) tal como se apresenta nas Tabelas 4, 5, 6 e 7.

CATEGORIA: CONFORTO FÍSICO		
Dados		Controlo Sintomático (A3). Promoção do conforto (A3). Apoio Nutricional (A3). Gestão do sono (A3).
NIC	Intervenção	1400 – Controlo da Dor
	Atividades	Avaliar a dor e características da mesma. Atentar a sinais não verbais de desconforto. Determinar o impacto da dor na qualidade de vida. Implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor.
NIC	Intervenção	5260 – Assistência ao morrer
	Atividades	Identificar as prioridades de cuidado do doente. Respeitar as solicitações específicas de cuidado do doente. Minimizar o desconforto, quando possível. Adiar a alimentação quando o doente estiver enfartado. Oferecer líquidos e alimentos macios frequentemente. Oferecer alimentos culturalmente adequados. Proporcionar períodos de repouso frequentes.
Competência*		1 — Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
Unidades de Competência*		1.1 — Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares. 1.2 — Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.
Atividades que concretizam*		1.1.3 — Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas. 1.1.5 — Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto. 1.1.6 — Antecipa, em tempo útil, as situações de agudização. 1.2.5 — Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos

	sintomas.
--	-----------

Tabela 4 – Categorização dos resultados à luz da TCKK: Conforto Físico

CATEGORIA: CONFORTO PSICOESPIRITUAL		
Dados		Terapia da Dignidade (A1; A2). Projeto ENABLE (A2). Educar sobre Luto Antecipatório (A3). Apoio espiritual (A3). Promoção do conforto (A3). Atualizações frequentes e detalhadas (A3). Recurso a técnicas específicas de comunicação “ask-tell-ask”, “NURSE”, “I wish” e “silence presence”. (A3). Explorar mecanismos de coping passados, apoio no desenvolvimento de novas estratégias (A3).
NIC	Intervenção	5260 – Assistência ao morrer
	Atividades	Atender ao desejo de discutir sobre a morte. Encorajar o doente a partilhar os sentimentos sobre a morte. Auxiliar o doente a identificar um significado para a morte. Facilitar a obtenção de apoio espiritual ao doente.
NIC	Intervenção	5420 – Apoio Espiritual
	Atividades	Usar comunicações terapêuticas para estabelecer a confiança. Encorajar o indivíduo a rever o passado e focar nos eventos e relacionamentos que positivos. Encorajar uma retrospectiva de vida. Encorajar momentos de privacidade e tranquilidade para as atividades espirituais. Estar aberto às expressões de preocupação do doente. Estar disponível para ouvir os sentimentos do doente. Expressar empatia pelos sentimentos do doente.
NIC	Intervenção	5310 – Promoção da Esperança
	Atividades	Auxiliar o doente a identificar áreas de esperança na sua vida. Facilitar o doente a relembrar realizações e experiências do passado. Auxiliar e o doente a criar e/ou rever objetivos relacionados com o objeto de esperança.
NIC	Intervenção	5390 – Melhoria da Auto percepção
	Atividades	Encorajar o doente a reconhecer e discutir pensamentos e sentimentos. Auxiliar o doente a aceitar a dependência de outros, conforme apropriado. Auxiliar o doente a identificar sentimentos de culpa. Auxiliar o doente a identificar fontes de motivação.
NIC	Intervenção	5230 – Melhoria do Enfrentamento
	Atividades	Auxiliar o doente a identificar metas realistas a curto prazo. Explorar com o doente os métodos

	anteriores de lidar com os problemas da vida. Encorajar uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de desespero. Fomentar saídas construtivas para sentimentos negativos. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.
Competência*	1 — Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
Unidades de Competência*	1.1 — Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares. 1.2 — Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.
Atividades que concretizam*	1.1.2 — Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual; 1.1.4 — Valoriza o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional. 1.2.2 — Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa.
Competência*	2 — Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.
Unidades de Competência*	2.1 — Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto. 2.3 — Negoceia objetivos/metadados de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico.
Atividades que concretizam*	2.1.1 — Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa. 2.1.4 — Apoia a pessoa, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado). 2.3.2 — Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança

	realista, assim como o ajuste de expectativas. 2.3.3 — Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida.
--	---

Tabela 5- Categorização dos resultados à luz da TCKK: Conforto Psicoespiritual

CATEGORIA: CONFORTO SOCIOCULTURAL		
Dados		Terapia da Dignidade (A1; A2). Projeto ENABLE (A2). Promoção do conforto (A3). Atualizações frequentes e detalhadas (A3). Recurso a técnicas específicas de comunicação “ask-tell-ask”, “NURSE”, “I wish” e “silence presence” (A3).
NIC	Intervenção	5260 – Assistência ao morrer
	Atividades	Encorajar o doente e a família a compartilhar os sentimentos sobre a morte. Auxiliar o doente e a família a identificar um significado compartilhado para a morte. Incluir a família nas decisões e atividades do cuidado, conforme desejado. Apoiar o doente e a família nas fases do luto.
NIC	Intervenção	5300 – Facilitação do Processo de Culpa
	Atividades	Auxiliar o doente e família a identificar sentimentos de culpa. Incentivar o doente e família a analisar as situações em que esses sentimentos são gerados. Explicar que a culpa é uma reação comum ao trauma, pesar, doença, etc. Facilitar a discussão sobre o impacto da situação no relacionamento familiar. Orientar o doente e família para medidas de autoperdão quando a culpa dor válida.
NIC	Intervenção	5310 – Promoção da Esperança
	Atividades	Facilitar o doente e à família a reviver e relembrar realizações e experiências do passado. Incentivar a manutenção de amizades e relações. Ensinar ao doente e família sobre aspetos positivos da esperança (p.ex. abordar temas que reflitam o amor e as necessidades do doente).
NIC	Intervenção	5020 – Mediação de Conflitos
	Atividades	Possibilitar a que ambas as partes expressem as suas preocupações. Manter neutralidade durante o processo. Recurso a técnicas de comunicação adequadas (p.ex. escuta ativa, questões livres, parafraseamento, reflexão, etc). Auxiliar as partes a identificar possíveis soluções. Apoiar os esforços dos participantes para promover a resolução de conflitos.
Competência*		1 — Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os

	contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
Unidades de Competência*	1.3 — Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.
Atividades que concretizam*	1.3.1 — Reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar.
Competência*	2 — Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.
Unidades de Competência*	2.2 — Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares. 2.3 — Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.
Atividades que concretizam*	2.1.4 — Apoia a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado). 2.2.1 — Incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências. 2.3.2 — Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas. 2.3.3 — Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares.

Tabela 6- Categorização dos resultados à luz da TCKK: Conforto Sociocultural

CATEGORIA: CONFORTO AMBIENTAL		
Dados		Promoção do conforto (A3)
NIC	Intervenção	5260 – Assistência ao morrer
	Atividades	Respeitar a necessidade de privacidade. Modificar o ambiente, com base nos desejos e necessidade do doente.
NIC	Intervenção	6482 – Controlo do Ambiente: Conforto
	Atividades	Criar um ambiente calmo e acolhedor. Providenciar a escolha de visitas.
Competência*		1 — Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o

	seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
Unidades de Competência*	1.1 — Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares. 1.2 — Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.
Atividades que concretizam*	1.1.5 — Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto. 1.2.1 — Estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios.

Tabela 7- Categorização dos resultados à luz da TCKK: Conforto Ambiental

DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos, e com as várias definições de LA, decidimos, através de todas as potenciais contribuições, e agrupando as mesmas, obter uma definição única: o LA é um problema psicológico comum, mas, associado à ameaça de morte ou separação de uma pessoa com doença oncológica que ainda está fisicamente presente e necessita de cuidados (Ghezleth et al., 2023). Define-se como um processo de luto vivido em antecipação de uma perda iminente ou pela expectativa de uma perda significativa (Patinadan et al., 2022). Caracteriza-se por respostas emocionais variadas, como ansiedade de separação, solidão existencial, negação, tristeza, desilusão, raiva, ressentimento, culpa, exaustão e desespero. Este processo pode estar relacionado com a perda de autonomia, identidade ou papéis, além da morte iminente. Pode ser experienciado tanto pela pessoa em situação terminal como pelos seus familiares, amigos e cuidadores (Shore et al., 2016).

Tendo em conta todos os autores, podemos definir: LA é um processo emocional complexo, vivido em antecipação a uma perda iminente, que envolve reações intensas como ansiedade, tristeza e culpa, afetando tanto a pessoa em situação terminal como os seus familiares e cuidadores, enquanto enfrentam a ameaça de separação e mudanças significativas na identidade e autonomia (Ghezeljeh et al., 2023; Patinadan et al., 2022; Shore et al., 2016). Tal como referido anteriormente, o LA é uma experiência multidimensional que engloba os contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Desta forma, os dados recolhidos através da análise dos artigos selecionados, foram categorizados à luz da TCKK (Tabelas 4, 5, 6 e 7).

Relativamente ao contexto do Conforto Físico, Shore et al., (2016), refere a importância do controlo sintomático, da promoção do conforto e do apoio e educação sobre questões somáticas, como higiene do sono e alimentação, como estratégias úteis para melhorar o cuidado a doentes que sofrem de LA.

No que diz respeito ao contexto do Conforto Psicoespiritual, observa-se que os três artigos considerados abordam intervenções com importância na gestão do LA (Ghezeljeh et al., 2023; Patinadan et al., 2022; Shore et al., 2016). A Terapia da Dignidade foi uma ferramenta relatada em dois dos artigos e, embora Ghezeljeh et al., (2023) faça referência à mesma relativamente ao LA vivido por familiares cuidadores de doentes terminais oncológicos, a validade desta intervenção e os benefícios da mesma quando aplicada ao próprio doente são evidenciados por

Patinadan P. et al, (2022). O Projeto ENABLE, cujo objetivo é encorajar a atividade da pessoa em fim de vida, a sua capacitação e autonomia na resolução de problemas práticos (trabalho ou escola), problemas familiares, problemas emocionais, preocupações espirituais ou religiosas e problemas fisiológicos, mostrou trazer benefício na qualidade de vida, intensidade dos sintomas e no humor dos participantes (Patinadan P. et al, 2022). Ainda, uma comunicação honesta sobre o estado da pessoa e fim de vida e evolução da doença, sobre a experiência do LA, atender às preocupações do doente, o apoio espiritual, a exploração de mecanismos de coping passados e apoio no desenvolvimentos de novas estratégias, bem como o recurso a alguma técnicas de comunicação, tais como “ask-tell-ask”, “NURSE”, “I wish” e “silence presence”, são relatadas como ferramentas importantes no alívio do sofrimento psicoespiritual da pessoa em fim de vida (Patinadan P. et al, 2022). Embora as Intervenções “Short-term life review”, “Psicoterapia Individual Centrada no Significado (IMPC)” e “Outlook”, referidas por Patinadan, et al., (2022), tenham efeitos positivo na gestão do LA, estas não foram realizadas por enfermeiros, mas sim por outros profissionais, pelo que não foram categorizadas no presente estudo.

Quanto ao contexto do Conforto Sociocultural, evidencia-se a importância de uma abordagem que envolva não só a pessoa em fim de vida, bem como os seus familiares/cuidadores, favorecendo a comunicação e promovendo a interação social. Tanto a Terapia da Dignidade, como o Projeto ENABLE dão resposta a estas

questões. Da mesma forma, atualizações frequentes e detalhadas sobre o estado da pessoa doente e evolução da doença podem aliviar o sofrimento da pessoa doente e proporcionar tranquilidade à família e cuidadores, assim como facilita uma comunicação aberta entre as partes. Novamente, evidencia-se a importância do recurso a estratégias de comunicação que potenciam uma comunicação eficaz entre pessoa doente, a família/cuidadores (Shore J. et al, 2016).

Quando ao contexto Conforto Ambiental, foca-se na importância que este tem na promoção do conforto da pessoa em fim de vida, isto é, respeitar as vontades do doente quanto ao ambiente em que se insere (Shore J. et al, 2016), sabendo que tem grande influência no conforto global do mesmo.

De seguida, partiu-se com a transposição dos dados para a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

A intervenção da NIC 1400 – Controlo da Dor, com as seguintes atividades descritas: avaliar a dor e características da mesma; atentar a sinais não verbais de desconforto; determinar o impacto da dor na qualidade de vida; e implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (Buleckek, G. et al., 2016), vai de encontro às estratégias descritas como facilitadoras de LA, no âmbito do contexto Conforto Físico, descritas na Tabela 4.

Ainda, a intervenção 5260 – Assistência ao morrer está diretamente relacionada a todos os diferentes contextos - Conforto Físico, Psicoespiritual, Sociocultural e Ambiental. No que se refere ao contexto Conforto Físico, esta representa-se por: identificar as prioridades de cuidado do

doente; respeitar as solicitações específicas de cuidado do doente; minimizar o desconforto, quando possível; adiar a alimentação quando o doente estiver enfartado; oferecer líquidos e alimentos macios frequentemente; oferecer alimentos culturalmente adequados e proporcionar períodos de repouso frequentes. No contexto Conforto Psicoespiritual, as seguintes atividades estão descritas na NIC e dão resposta aos dados encontrados nos artigos: atender ao desejo de discutir sobre a morte; encorajar o doente a partilhar os sentimentos sobre a morte; auxiliar o doente a identificar um significado para a morte e facilitar a obtenção de apoio espiritual ao doente. No que concerne ao contexto Conforto Sociocultural, encorajar o doente e a família a partilhar os sentimentos sobre a morte; auxiliar o doente e a família a identificar um significado partilhado para a morte; incluir a família nas decisões e atividades do cuidado, conforme desejado e apoiar o doente e a família nas fases do luto, são atividades NIC que dão resposta aos dados encontrados. Por último, relativamente ao contexto Conforto Ambiental, as atividades que dão resposta são respeitar a necessidade de privacidade e modificar o ambiente, com base nos desejos e necessidade do doente.

A intervenção NIC 5420 – Apoio Espiritual dá resposta a alguns dados categorizados na categoria Conforto Psicoespiritual, assim como as seguintes intervenções: 5390 – Melhoria da Autoperceção e 5230 – Melhoria do Enfrentamento. Na primeira evidenciam-se as seguintes atividades: usar comunicações terapêuticas para estabelecer a confiança; encorajar o

indivíduo a rever o passado e focar nos eventos e relacionamentos que positivos; encorajar uma retrospectiva de vida; encorajar momentos de privacidade e tranquilidade para as atividades espirituais; estar aberto às expressões de preocupação do doente; estar disponível para ouvir os sentimentos do doente e expressar empatia pelos sentimentos do doente. Na segunda intervenção NIC, apresentam-se as seguintes atividades: encorajar o doente a reconhecer e discutir pensamentos e sentimentos; auxiliar o doente a aceitar a dependência de outros, conforme apropriado; auxiliar o doente a identificar sentimentos de culpa e auxiliar o doente a identificar fontes de motivação. Em terceiro, as atividades NIC que são resposta à última referida intervenção são as seguintes: auxiliar o doente a identificar metas realistas a curto prazo; explorar com o doente os métodos anteriores de lidar com os problemas da vida; encorajar uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de desamparo; fomentar saídas construtivas para sentimentos negativos e encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.

Outra intervenção relatada na NIC, como uma intervenção de Enfermagem e que vai de encontro aos dados recolhidos através das análises dos artigos, e que enquadram no contexto de Conforto Psicoespiritual e Sociocultural é a intervenção 5310 – Promoção da Esperança. Esta manifesta as seguintes atividades: auxiliar o doente a identificar áreas de esperança na sua vida; facilitar o doente e à família a relembrar realizações e experiências do passado; auxiliar o doente a criar e/ou rever

objetivos relacionados com o objeto de esperança, bem como incentivar a manutenção de amizades e relações ensinar ao doente e família sobre aspetos positivos da esperança (p.ex. abordar temas que reflitam o amor e as necessidades do doente).

Foram ainda encontradas outras duas intervenções NIC que se aplicam aos dados colhidos no contexto Conforto Sociocultural, sendo estas: 5300 – Facilitação do Processo de Culpa e 5020 – Mediação de Conflitos. Na primeira, evidenciam-se como fatores facilitadores da gestão do LA as seguintes atividades: auxiliar o doente e família a identificar sentimentos de culpa; incentivar o doente e família a analisar as situações em que esses sentimentos são gerados; explicar que a culpa é uma reação comum ao trauma, pesar, doença, etc; facilitar a discussão sobre o impacto da situação no relacionamento familiar e orientar o doente e família para medidas de autoperdão quando a culpa dor válida. Na segunda, destacam-se como fatores facilitadores da gestão do LA as seguintes atividades: possibilitar a que ambas as partes expressem as suas preocupações; manter neutralidade durante o processo; recurso a técnicas de comunicação adequadas (p.ex. escuta ativa, questões livres, parafraseamento, reflexão, etc); auxiliar as partes a identificar possíveis soluções e apoiar os esforços dos participantes para promover a resolução de conflitos.

Por último, a intervenção NIC que também atende à gestão do LA quanto ao contexto Conforto Ambiental é a 6482 – Controlo do Ambiente: Conforto, através de atividades

como criar um ambiente calmo e acolhedor e providenciar a escolha de visitas.

Desta forma, foi possível perceber que as intervenções e ferramentas encontradas na literatura identificadas como estratégicas facilitadores e com benefício na gestão do LA da pessoa em fim de vida, apresentam uma estreita relação com as intervenções de enfermagem descritas na NIC. Assim, revela-se haver uma convergência entre o conhecimento teórico e a prática clínica, destacando-se como ferramentas essenciais para a promoção de cuidados de saúde de qualidade.

Por fim, relativamente às categorias obtidas e aos dados categorizados, procedeu-se à correspondência entre estas e as Competências e Unidades de Competência (bem como as atividades que as concretizam) Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018). Este exercício permitiu evidenciar a relevância e a competência do enfermeiro na gestão do LA, sublinhando a sua capacidade em proporcionar cuidados especializados em contexto de CP.

Conclui-se, assim, que as intervenções encontradas na literatura, úteis na gestão do LA, vêm-se representadas na NIC, bem como se integram perfeitamente nas Competências e Unidade de Competência Específicas do Enfermeiro Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa tornando-se, desta forma, evidente, que a integração dessas estratégias nas práticas de enfermagem contribui para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, refletindo a importância da adaptação e

aplicação da evidência científica no quotidiano da profissão de enfermagem.

CONCLUSÃO

A análise da literatura demonstrou a pertinência de uma abordagem multidimensional relativamente à gestão do LA na promoção do conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, enquadrando-se perfeitamente nos princípios da TCKK.

A aplicação desta teoria permitiu uma compreensão mais abrangente sobre o impacto das intervenções de enfermagem, reforçando a centralidade do alívio do sofrimento e da promoção do conforto na prática de CP. Esta perspetiva holística e humanizada orientou a reflexão crítico-reflexiva ao longo do estudo, permitindo integrar os diferentes contextos do conforto nas práticas de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Buleckek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner, C. (2016). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). (6ª edição). Elsevier.
- Ghezeljeh, T., Seyedfatemi, N., Bolhari, J., Kamyari, N., Rezaei, M. (2023). Effects of family-based dignity intervention and expressive writing on anticipatory grief in family caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(220), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04715-x>.
- International Classification for Nursing Practice. [Em Linha]. ICNP®, 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

- Johnson, J., Lodhi, M., Cheema, U., Stifter, J., Dunn-Lopez, K., Yao, Y., Johnson, A., Keenan, G., Ansari, R., Khokhar, A., Wilkie, D. (2017). Outcomes for End-of-Life Patients With Anticipatory Grieving: Insights From Practice With Standardized Nursing Terminologies Within an Interoperable Internet-Based Electronic Health Record. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(3), 223-231. doi: 10.1097/NJH.0000000000000333
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing.
- Kreuz, G., Tinoco, V. (2016) O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – Revisão Sistemática. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(22), 109-133. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p109-133>
- Martins, A., Sousa, P., Marques, R. (2022). Conforto: Contributo Teórico para a Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27(1), 1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Patinadan, P. V., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., & Ho, A. H. Y. (2022). Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of-life: A systematic review of palliative interventions. *Death Studies*, 46(2), 337–350. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.172842>
- Regulamento n.º140 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República: II Série*, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º429 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República: II Série*, n.º135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Reis, C., Moré, C., Menezes, M. (2023). O luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento de familiares nos Cuidados Paliativos. *Psico*, 54(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39961>
- Shore, J. C., Gelber, M. W., Koch, L. M., & Sower, E. (2016). Anticipatory grief: An evidence-based approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1), 15-19. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000208
- Silva, A., Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRD de Estudos Académicos*, 6(13), 946-969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Sousa, J., Ferreira, R., Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 97-109. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189>
- Sousa, S. (2019). *Intervenção no processo de luto em Portugal pelas Equipas de Cuidados Paliativos*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36722/1/202940276.pdf>