

Significados de confort para personas con cáncer avanzado en tratamiento ambulatorial.

Monike Cruz Martins¹; Franciele Roberta Cordeiro²; Mariléia Stübe³; Júlia Brombila Blumentritt⁴; Nataniele Kmentt da Silva⁵

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7568744>

1.-Enfermeira. Hospital Bruno Born, Lajeado, RS, Brasil. Telefone: +55 53 9920-6084. E-mail: monikemartins64@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6211-4818>

2.-Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. Telefone: +55 51 8263-5310. E-mail: franciele.cordeiro@ufpel.edu.br.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6194-5057>

3.- Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Telefone: +55 53 9101-3737. E-mail: marileia06@yahoo.com.br.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6690-2785>

4.- Acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Universidade Federal de Pelotas Pelotas, RS, Brasil. Telefone: +55 53 8144-9181. E-mail: juliabrombilablumentritt@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8455-5596>

5.- Acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas Pelotas, RS, Brasil. Universidade Federal de Pelotas. Telefone: +55 53 8426-1561. E-mail: nataniele.kmentt.enf@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9798-6547>

Recibido: 09 noviembre 2022
Aceptado: 28 de diciembre 2022
Publicado 25 de enero 2023



Resumo

Objetivos do estudo: compreender os significados de conforto para pessoas com câncer avançado em acompanhamento ambulatorial. **Método e procedimentos:** pesquisa qualitativa com delineamento descritivo. O cenário foi uma unidade de hematologia e oncologia de um hospital brasileiro. Os dados foram produzidos através de entrevista semiestruturada, entre outubro e novembro de 2021, tendo como participantes seis pessoas com câncer avançado em acompanhamento ambulatorial. O gerenciamento ocorreu no programa *Atlas.ti*, versão cloud para estudante, e utilizou-se a análise de conteúdo, do tipo temática, de Laurence Bardin. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 4.987.832). **Resultados principais e conclusões:** o significado de conforto envolve a multidimensionalidade que constitui o ser humano, ou seja, conforto para pessoas com câncer avançado compreende aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Ser tratado com respeito e educação, poder conviver com a família e amigos, realizar atividades, que por vezes são banais para pessoas não adoecidas, como por exemplo, caminhar sem auxílio ou realizar afazeres da casa, são considerados fatores importantes, que promovem o conforto em pessoas acometidas pelo câncer avançado. Conclui-se que o significado de conforto varia de acordo com a progressão da doença, sendo diferente para cada pessoa, devendo tais singularidades serem consideradas pelos profissionais de saúde no planejamento e acompanhamento dos cuidados ambulatoriais.

Palavras-chaves: antineoplásicos, assistência ambulatorial, enfermagem, conforto do paciente. Significados de confort para personas con cáncer avanzado en tratamiento ambulatorio

Resumen

Objetivos del estudio: entender los significados de confort para las personas con cáncer avanzado en el seguimiento ambulatorio. **Metodología y los procedimientos:** investigación cualitativa con delineamiento descriptivo. El escenario fue una unidad de hematología y oncología de un hospital brasileño. Los datos fueron producidos a través de entrevista semiestruturada, entre octubre y noviembre de 2021, teniendo como participantes seis personas con cáncer avanzado en seguimiento ambulatorio. La gestión tuvo lugar en el programa Atlas. Ti, versión iCloud para estudiantes, y se utilizó el análisis de contenido, del tipo temático, de Laurence Bardin. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética (n.º de aprobación 4.987.832). **Resultados principales y conclusiones:** el significado de confort implica la multidimensionalidad que constituye el ser humano, o sea, confort para personas con cáncer avanzado comprende aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Ser tratado con respeto y educación, poder convivir con la familia y amigos, realizar actividades, que a veces son banales para personas no enfermas, como por ejemplo caminar sin auxilio o realizar tareas de la casa, son considerados factores importantes, que promueven la comodidad en personas con cáncer avanzado. Se concluye que el significado de confort varía de acuerdo con la progresión de la enfermedad, siendo diferente para cada persona, debiendo tales singularidades ser consideradas por los profesionales de salud en la planificación y seguimiento de los cuidados ambulatorios.

Descriptores: antineoplásicos, atención ambulatoria, enfermería, comodidad del paciente.

Meanings of comfort for people with advanced cancer in outpatient treatment

Abstract

Study objectives: to understand the meaning of comfort for people with advanced cancer in outpatient follow-up. **Methods and procedures:** qualitative research with a descriptive design. The scenario was a hematology and oncology unit of a Brazilian hospital. The data were produced through a semi-structured interview, between October and November 2021, with six participants with advanced cancer in outpatient follow-up. The management took place in the program *Atlas.ti* cloud, for students, and we used the content analysis based on Laurence Bardin. The research was approved by the Research Ethics Committee (protocol number 4,987,832). **Main results and conclusions:** the meaning of comfort involves the multidimensionality that constitutes the human being. Thus, comfort for people with advanced cancer comprises physical, emotional, social, and spiritual aspects. The factors considered relevant to promote comfort to people with advanced cancer were: being treated with respect and politeness, being able to live with family and friends, and carrying out activities, which are sometimes banal for people not ill, such as walking without help or performing household chores. In conclusion, the meaning of convenience varies according to the progression of the disease, being different for each person, and health professionals should integrate these singularities in the planning and monitoring of outpatient care.

Descriptors: antineoplastic agents, ambulatory care, nursing, patient comfort.



INTRODUÇÃO

No mundo, em 2020, 9.958.133 pessoas morreram em decorrência do câncer (1) e, no Brasil, a estimativa para o triênio 2020-2022 é de 450 mil novos casos (2). Para um melhor prognóstico é importante que a doença seja detectada em estágio inicial e, para isso, exames de rotina e rastreamento são recomendados (3). Entretanto, por vezes o diagnóstico ocorre tardiamente, e/ou com o transcorrer dos tratamentos a doença passa a ser estadiada em estágio avançado, sendo indicado Cuidados Paliativos (CP).

Os Cuidados Paliativos são uma abordagem multidisciplinar que visam o alívio do sofrimento relacionado à saúde de pessoas com doenças que ameaçam a vida e suas famílias (4). Em Oncologia, CP são recomendados para as pessoas com doença em fase avançada, ou seja, quando há prognóstico de vida estimado em um período que pode variar entre seis e 24 meses até o óbito, e quando há presença de metástases à distância acompanhadas da progressiva degradação física (5).

Pessoas com doença oncológica avançada passam por terapêuticas e modificações corporais que, na maioria das vezes, são longas e dolorosas. Isso afeta a forma como se relacionam consigo, com a família e com os demais. Em estudo (6) realizado com pessoas com câncer avançado, constatou-se que a própria percepção em relação às palavras utilizadas para descrever a sensação de “dor”, a qual envolve o conforto, tende a ser afetada dependendo das condições clínicas e do acompanhamento recebido. Os autores identificaram que, quanto menos sintomas e maior oferta de apoio espiritual e religioso, menos desagradáveis e negativas são as palavras utilizadas para expressar a dor pelos pacientes. E, quanto mais frágil a rede de suporte, mais negativas tendem a ser as palavras para manifestação da dor.

O conforto é uma necessidade comumente prejudicada em pessoas com doença oncológica avançada, devido ao diagnóstico que carrega consigo o estigma da finitude, da dor e do sentimento de incapacidade (7). Dentre as taxonomias para elaboração de diagnósticos de enfermagem, a North American Nursing Diagnosis Association - International (8), por exemplo, contempla o diagnóstico “conforto prejudicado”, denotando a importância desse aspecto ser incluído na avaliação e assistência de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem “conforto prejudicado” é definido como “percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas

dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e/ou social” (8:884). Apresenta como fatores relacionados e condições associadas: controle ambiental insuficiente; controle situacional insuficiente; estímulos ambientais nocivos; privacidade insuficiente; recursos insuficientes; regime de tratamento e sintomas relacionados à doença. Dentre as características definidoras possíveis estão medo, sensação de frio, ansiedade, sintomas de sofrimento, irritabilidade e sensação de desconforto.

Ao realizar uma busca livre sobre o conforto de pessoas com câncer avançado, em março de 2021, notou-se lacuna na produção do conhecimento sobre a temática, especialmente, no que diz respeito aos estudos primários. Foi identificada uma revisão integrativa sobre conforto em cuidados paliativos (7) e um artigo sobre conforto em cuidados paliativos, na perspectiva de enfermeiros, o qual evidenciou preponderância do alívio de sintomas físicos em detrimento de aspectos sociais, espirituais e emocionais, que não foram mencionados pelos entrevistados como componentes do conforto (9). Alguns estudos abordaram o conforto como resultado das ações da equipe de enfermagem, a partir de revisão de literatura (10); o conforto na perspectiva de pessoas com doença oncológica em tratamento ambulatorial (11), na perspectiva de pessoas com doença cardíaca (12,13), na perspectiva de profissionais atuantes em Unidade de Terapia Intensiva (14) e também de familiares de pessoas hospitalizadas nesse cenário (15), além de análise de ações para promoção do conforto em Centro de Terapia Semi-intensiva (16).

Frente ao exposto, este estudo justifica-se pela incipiência da temática no contexto dos Cuidados Paliativos em Oncologia. O objetivo foi compreender os significados de conforto para pessoas com câncer avançado em acompanhamento ambulatorial.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que se aproxima do paradigma interpretativista, desenvolvido em uma Unidade de Hematologia e Oncologia de um hospital público do Sul do Brasil. A instituição é referência regional na área de Oncologia e recebe pacientes de 22 municípios da região Sul.

A população do estudo foi composta por pessoas com câncer avançado em tratamento quimioterápico ambulatorial, dentre os quais participaram aquelas que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou maior a 18 anos, ter condições de comunicação verbal,

apresentar como diagnóstico médico câncer, independente do tipo, com metástase à distância ou que a doença esteja em estágio que limita gradativamente a realização das atividades da vida diária e/ou com prognóstico de tempo de vida estimado entre seis a 24 meses, ou 12 meses com base na pergunta surpresa da NECPal, que concordasse com o registro em formato de áudio da entrevista. Como critério de exclusão, delimitou-se: pessoas que não falassem o idioma português ou que estivessem na última sessão do tratamento.

Para determinar o número de participantes, foi utilizada a amostragem do tipo intencional e, com base em estudos qualitativos prévios realizados no mesmo cenário. A produção dos dados ocorreu entre outubro e novembro de 2021, quando os prontuários eletrônicos foram consultados no turno da manhã, diariamente, com o objetivo de identificar e selecionar pacientes que cumpriam os critérios de inclusão da pesquisa. Foram convidados a participar 15 pacientes, dos quais seis aceitaram e nove recusaram.

O convite foi realizado antes do tratamento, a fim de não prolongar a permanência e provocar fadiga nos pacientes depois da sessão de quimioterapia. Após o aceite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelos participantes e foi agendado data e horário de acordo com a disponibilidade de cada um. A entrevista foi realizada de duas formas, a partir da preferência de cada paciente: entrevista presencial e por chamada telefônica. A entrevista presencial, optada por quatro participantes, ocorreu em uma sala reservada do ambulatório no dia e horário acordado, majoritariamente na data agendada para realização do tratamento. Sob essa modalidade, as entrevistas duraram entre 15 e 26 minutos. A entrevista por chamada telefônica, optada por dois participantes, foi realizada a partir da disponibilidade prévia de uma forma de contato telefônico. Elas tiveram duração entre 10 e 27 minutos. Essa modalidade foi utilizada para aqueles participantes que realizavam tratamento com intervalo maior.

Os arquivos das entrevistas em áudio foram transcritos para texto no programa Microsoft Word e foram mantidas as expressões e especificidades da linguagem dos participantes como forma de respeitar suas individualidades. Para as transcrições, foi utilizada como formatação espaço entre linhas 1,5 cm, fonte Arial, tamanho 12. Ao final, obteve-se um total de 32 páginas escritas. Os arquivos foram gerenciados no programa de análise de dados qualitativos *Atlas.ti*, em versão *cloud*, disponível para estudantes, para o

processo de codificação das entrevistas e composição das categorias.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo (17), constituída de três etapas principais: pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados. Na primeira etapa, foram organizadas pastas privadas com o produto oriundo da transcrição das entrevistas no programa Google Drive. Para a exploração dos materiais, na segunda etapa, foi utilizado o programa *Atlas.ti* e, posteriormente, elaborados 23 códigos e selecionados 181 excertos.

Por fim, na terceira etapa, os dados foram interpretados e relacionados com as definições de conforto identificadas em estudos prévios. A composição final das unidades temáticas ocorreu mediante agrupamento dos códigos no próprio *Atlas.ti*, o qual permite o download dessa etapa no formato de planilha.

Os excertos foram agrupados e divididos em duas unidades temáticas, entretanto, neste artigo, serão apresentados apenas os dados de uma: “Conforto: significados diante do adoecimento pelo câncer e do tratamento quimioterápico”. Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa respeitou os preceitos das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4.987.832.

RESULTADOS

Em relação à caracterização dos participantes, seis pessoas com câncer avançado foram entrevistadas. Desses, quatro eram mulheres, as quais tinham 64, 57, 51 e 47 anos de idade; e dois eram homens, de 66 e 59 anos. Três participantes iniciaram o tratamento em 2021, dois em 2020 e um em 2018. Quanto ao município de residência, cinco eram moradores da cidade da instituição e um morador de uma cidade próxima. Sobre a profissão dos participantes, três eram do lar, um aposentado, um jardineiro e um engenheiro agrônomo ambiental.

Quanto à doença, um apresentava adenocarcinoma de pâncreas estágio IV, realizando quimioterapia paliativa; dois apresentavam adenocarcinoma de reto com metástases hepáticas e pulmonares; um apresentava melanoma de coróide de olho esquerdo em estágio IV com metástase pulmonar, realizando quimioterapia paliativa; uma apresentou recidiva de neoplasia de ovário; e um apresentava adenocarcinoma de retossigmoide em estágio IV com metástase hepática.

O impacto do adoecimento e do tratamento no corpo: situações que provocam desconforto

Ao serem questionados sobre as situações que geram desconforto, os participantes mencionaram o impacto emocional e físico provocado pelo adocimento e pelo tratamento.

E eu sinto falta de fazer as coisas, e eu sinto que se eu faço muito eu me sinto cansada, coisa que antes não acontecia [...] aí esses dias fui cortar o paredão ali, aí eu senti a diferença aqui no cateter, sabe? Bah, aquilo ali me deu um medo, um pânico. [...] Me chateia porque eu gosto de limpar a minha casa e agora eu tenho que chamar alguém pra limpar. [...] eu vou te dizer o que tá me travando... a bolsinha... porque eu tenho medo de acontecer um acidente com a própria bolsinha, entendeu? [...] eu tenho muito choque, um mal estar nas mãos e nos pés [...] aí o que me deixa, [nome da entrevistadora], é o choque na mão, com esse calorão e eu tomando água morna [...] já aconteceu de está um calorão e eu andando de luva na mão porque não podia tocar em nada. (P1) Então uma coisa que me assombra é esse emagrecimento, eu emagreci 20kg [...] Meu pai morreu magrinho, magrinho, magrinho [...] Então ele emagreceu muito, e eu me olho no espelho e digo “meu pai do céu” [...] Aí ontem fiz uma coisa, fazia horas que eu tava com vontade de tomar sorvete e andava procurando em tudo que é lugar sorvete zero gordura. Aí ontem apareceu no mercado ali sorvete zero gordura.... Opa, comprei! Aí cheguei em casa e esqueci que eu não posso tomar nem tocar em coisa gelada. Tchê! Deu a primeira colherada e.... bah... a minha língua encrespou e deu um choque na língua [...] porque comer, por exemplo, que eu gosto muito, salgados e tal, mas um monte de coisa me faz mal, então não posso, porque comer, me sentir mal, ter diarreia e tal, não como [...] tem dias que me sinto mal, tem dias que tô cansado, tem dias que me sinto enjoado, tem dias que tenho diarreia, tem dias que tá tudo normal, então eu não posso sair numa condição dessas. (P2)

Eu me queimo muito, vou encher o chimarrão e eu acho que tô ali, mas não tá ali e isso me atrapalha bastante [...] em casa que às vezes eu sinto dor, aí eu tomo algum remédio e aquilo não passa e eu fico irritada às vezes, comigo mesma e com os outros em casa que não tem nada a ver, sofrem por aquilo ali junto. [...] No início

me dava muita reação, eu tinha muita dor de cabeça, passava dia e noite com dor de cabeça, com dor nas pernas, não conseguia me alimentar. (P3)

Ah, caminhar muito me dói as pernas, me adormece os dedos [...] sinto a boca, não posso comer gelado, as mãos ficam dormentes e os pés dormentes [...]. (P4)

Ah, dá um certo cansaço sim, nesses dois dias, aquela coisa assim que tu sentes que tem que repousar, mas isso é normal, eu já passei por isso e sei como é. (P5)

Porque eu não posso tocar em nada gelado, por causa da quimio né, que é muito forte [...] ah, dá enjoo, dá vontade de vomitar, mas agora eu trago uma caixinha de comprimido que eles me dão lá pra tomar em casa. Aí uns quatro ou cinco dias depois que dá um desânimo, um enjoo, uma vontade de vomitar. (P6)

Conforto relacionado aos aspectos físicos e sociais

No que concerne aos aspectos físicos, foram identificadas estratégias que os participantes utilizam para tentar amenizar os efeitos do tratamento quimioterápico. Tais estratégias compreendem intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.

Esses dias me doía muito as pernas, acho que fiquei muito parada, aí veio uma sobrinha minha que faz massagem e me fez e passou. Hoje eu consegui vir caminhando sozinha [...], já consigo ajudar em casa as coisas básicas. (P5)

Ah, aí eu tomo [ondansetrona], [metoclopramida], [...] aí melhora, dá uma aliviada e eu consigo comer. [...] Me alimento bem, gosto de comer! Feijão, beterraba cozida, bah, gosto bastante. (P4) Não como coisas que poderia piorar. [...] Só pra, psicologicamente, tomar o sorvete eu coloquei em uma tigela e coloquei no micro-ondas só pra tirar o gelo, e comi como se fosse sorvete, feliz da vida. (P2) Olha... eu procuro ficar sozinha deitada, ficar quieta para ver se passa [desconfortos causados pelo tratamento]. (P3)

Quanto aos aspectos sociais, os participantes destacaram atividades que costumam realizar em busca do conforto quando se sentem desconfortáveis frente às reações pós quimioterapia.

Gosto de olhar TV, isso me distrai bastante [...]. (P3)

Fazer crochê, fazer bolo, consegui fazer essa semana. Gosto de cozinhar, consegui

botar roupa na corda, caminhar no pátio e as minhas flores que eu tô toda hora cuidando [...] ah, o que eu mais faço é olhar Rede Vida, eu adoro é rezar meu terço [...]. (P5)

Aí como tá frio, né, eu fico em casa deitado, ligo a televisão aí até passar um pouco [...] fecho a casa e não saio mais pra rua, aí me lavo com chuveiro morninho e depois já como alguma coisa quentinha e fico deitado olhando televisão até uma certa hora. (P6)

Olhar TV... Ah adoro!! As novelas do SBT de tarde e de noite, aqueles programas da Discovery, aquele “largados e pelados”, eu adoro. (P4)

Alguma coisinha também faço quando não tô com a medicação, coisas mais leves né, porque não consigo ficar parada, não dá. [...] Eu sigo saindo, tomo aquela cerveja sem álcool e pra mim tá bom. (P1)

Me atiro no sofá ou na cama, às vezes quando eu tenho ânimo eu saio pra rua pra dar uma volta de carro nem que seja, entendeu? Eu moro em apartamento, mas as minhas irmãs e a minha comadre moram em casas grandes, às vezes eu vou pra casa delas e sento no jardim, no pátio, pego um sol [...] em casa na internet. (P2)

Conforto e crenças

Ao serem questionados sobre as crenças e sua importância no adoecimento e durante o tratamento, apenas um participante referiu não ter nenhuma crença.

A minha religião é assim... eu acredito em Deus e Ele sabe o que faz, sabe o que tem que ser feito. Eu não preciso tá dentro da igreja, porque pra mim Deus tá aqui dentro da minha casa. (P1)

A fé ajuda né, a gente sem fé não é nada [...] eu sempre acreditei em Deus, tenho muita fé, e o que é pra gente, a gente não pode largar na porta dos outros. (P5)

Ah, eu sou católica, eu rezo bastante [...] Comecei agora com a doença, não era tão crente assim. Mas a minha irmã tinha uma santinha e ela me dizia “te alimenta bem antes da quimio e reza pra santinha”. Então, eu peguei esse vício de rezar e comer bastante. (P3)

Ah... eu tenho a minha religião. Só, pra mim, a crença é Deus, que eu confio que Ele pode ajudar a gente em tudo. (P4)

Acreditar eu não acredito em nada, mas também não descredito em nada, entendeu? Inclusive eu acredito que ou

somos uma mistura ou somos de outro planeta. (P2)

Desconforto e conforto associado à ambiência e aos profissionais de saúde do ambulatório de quimioterapia

Ao serem questionados sobre situações que geram desconforto, alguns participantes relataram que ao verem pessoas na mesma condição, e/ou mais graves, em relação à doença, causa desconforto emocional, pois sentem tristeza diante de tais situações. Também houve desconforto com a higienização do ambiente.

[...] é ver aquelas pessoas bem mais velhas que eu ali fazendo aquelas coisas. Eu saio até meio ruim dali, porque ontem mesmo uma senhorinha passou mal ali. (P1)

[...] Eu acho que falta assepsia nas cadeiras da sala de espera. [...] Não é feita a higienização depois que cada um chega. Já encontrei falta de álcool em alguns dispensers. E já encontrei necessidade de maior frequência de limpeza dos banheiros. (P2)

Eu fico num stress quando eu tenho que vir, eu me acordo três horas da manhã, quatro horas, cinco horas, sabe? (P4)

Em contrapartida, o conforto atrelado à ambiência e à equipe esteve manifestado nas falas de alguns participantes, que relataram alegria e carinho ao se relacionarem com os demais usuários e profissionais, bem como o conforto com o ambiente e a estrutura.

Eu gosto de conversar com as pessoas, às vezes a gente acha que tá ruim, mas tem gente que tá tão pior. Então, eu acho que a gente não deve pensar que está ruim, mesmo que tu não esteja te sentindo bem, tu vê outra pessoa ali que... acho que a gente tem que apoiar o outro, sabe? [...] Olha... eu sou muito bem tratada aqui, desde o primeiro dia que eu entrei aqui eu gostei muito. (P3)

A estrutura é muito boa, de primeira qualidade. Ali a gente tá no melhor local que existe. Eu não imaginava que era tão bom. [...] É muito bom o atendimento [...] me sinto bem com medicamento, medicamento bom. Ótimo, funcionárias ótimas, me tratam bem. (P6)

Gosto de conversar bastante com eles. [...] A recepção é muito boa! (P4)

Eu acho bom, são muito atenciosos, estão sempre cuidando, perguntando se tá tudo bem. (P1)

A educação, a boa vontade, bom, todo o conjunto, 99,9% das pessoas [...] Tu sabes

que eu gostaria que existisse um site público onde a gente pudesse colocar publicamente elogios, que eu teria muitos elogios a fazer ao pessoal tudo aqui, mas não queria fazer pra ouvidoria, porque pra ouvidoria morreu lá. Eu queria que fosse público. (P2)

DISCUSSÃO

Visualizou-se o impacto que o tratamento e o adoecimento causaram na vida dos participantes. As reações aos medicamentos foram as mais citadas como desconfortáveis. As náuseas, os vômitos, o cansaço e a sensibilidade ao frio foram os sintomas mais comuns. A doença é uma fonte de sofrimento, físico ou individual, para o indivíduo, que faz com que haja uma busca incessante pelo estado de equilíbrio e conforto do corpo, mente e espírito. A doença oncológica está atrelada ao estigma de finitude, ao medo, a ansiedade e a angústia, causando desconforto emocional a pessoas por ela acometidas. Diante disso, os pacientes buscam atingir o estado de conforto por meio de adaptações em suas vidas, já que ele se trata de uma necessidade primordial para a existência (18).

O Instituto Nacional do Câncer do Brasil (3) recomenda a abordagem precoce da filosofia dos cuidados paliativos aos pacientes com câncer que apresentam importante carga de sintomas físicos, psicológicos, emocionais, espirituais e sociais. Reforça que as equipes em oncologia devem investigar e buscar estratégias para o controle de estressores relacionados ao tratamento, mas também à progressão da doença. Nesse sentido, acredita-se ser importante que durante as consultas de enfermagem em nível ambulatorial, ou no acompanhamento dos ciclos de quimioterapia, o enfermeiro esteja atento ao verbalizado e ao não-verbalizado pelos pacientes. Identificar as transformações provocadas pela doença e o tratamento no corpo, e seus impactos na vida cotidiana, é um primeiro passo no reconhecimento da necessidade de cuidados paliativos e encaminhamento para serviços ou equipes que possam oferecer apoio sobre essa filosofia de cuidados precocemente.

Também, a própria equipe do ambulatório pode implementar medidas específicas, tais como: escuta terapêutica, esclarecimento dos aspectos inerentes à progressão da doença, comunicação com o paciente e família por meio de linguagem e conteúdo padronizado e consensuado entre todos os integrantes da equipe e adequação da terapia medicamentosa para controle de sintomas físicos. Tais medidas podem favorecer, para além do

conforto, a transição dos cuidados curativos para os cuidados paliativos, que envolve não somente mudança de lugar de cuidado, como por exemplo serviços, mas também se relaciona aos aspectos existenciais, que envolvem o sentido da vida, mudanças nos papéis sociais, percepções sobre o corpo, o tratamento e sobre a possibilidade real de morte (19).

Por isso, ofertar cuidados paliativos precocemente pode auxiliar na aceitação da condição de irreversibilidade do quadro no que se refere à resposta ao tratamento modificador e vislumbrar para a aceitação de cuidados que visam à manutenção do conforto e à qualidade de vida. Cuidados esses que gradativamente se tornam preponderantes em detrimento do tratamento curativo. Que podem, também, melhorar o entendimento e qualificar as escolhas no que se refere à tomada de decisão sobre os cuidados que serão priorizados nas etapas finais da vida (19).

Observa-se a partir das falas dos participantes medidas adotadas para a promoção do conforto considerando os desconfortos causados pelos medicamentos, que utilizam de medidas farmacológicas e não-farmacológicas para atingir a sensação de alívio e bem estar. Assim, destaca-se que o autocuidado é incentivado pelas políticas de saúde visando o conhecimento dos indivíduos sobre a sua condição de saúde/doença. Ao receberem informações sobre a doença, os medicamentos e as reações que podem surgir, os pacientes sentem-se, muitas vezes, preparados para enfrentar tal situação, sem serem surpreendidos (20).

Nesse sentido, o enfermeiro desempenha papel fundamental na orientação de como identificar e reagir às situações que podem provocar desconforto, promovendo o autoconhecimento e a autonomia dos pacientes, que encontrarão formas individuais para se sentirem confortáveis (20). Um estudo apontou como uma maneira efetiva de consulta de enfermagem aquela realizada por meio telefônico para monitorar os pacientes alguns dias após a administração da quimioterapia. Essa abordagem proporcionou aos pacientes tranquilidade com relação a algumas reações indesejáveis, buscando medidas para o próprio conforto (21).

Nas falas de alguns participantes, percebeu-se que durante o período das reações à quimioterapia as medidas encontradas para aliviar o desconforto foram ficar em repouso, assistindo programas de televisão e realizar atividades mais leves, como caminhadas e exposição ao sol. Além disso, também foi relatado o rezar, este

mencionado como um ato de fé que traz conforto nesses momentos.

O câncer é uma doença que, além do sofrimento físico, traz o sofrimento psicológico, e é importante que se controle esses sentimentos que impactam negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Assim, os autores de um estudo apontaram a musicoterapia como uma modalidade de tratamento que promove conforto. Ao aplicar essa técnica, o enfermeiro une a arte e a ciência na prestação do cuidado, obtendo-se resultado positivo na melhora da ansiedade em pacientes oncológicos. A música tende a desencadear uma mudança de humor positiva nas pessoas, e por ser uma terapia não farmacológica pode ser orientada aos pacientes que sofrem psicologicamente com a sua condição de doença (22).

Assistir televisão foi uma das atividades de lazer mais mencionadas pelos participantes. Esse resultado vai ao encontro do estudo (23) realizado em uma unidade hospitalar de saúde da mulher (maternidade), no qual assistir televisão apareceu como uma atividade de lazer cotidiana. Também converge com o estudo (24) que identificou a televisão como um instrumento cultural que permite um último contato, ligação e relação social de pessoas em final de vida, no domicílio, com o mundo exterior.

A televisão faz parte da cultura audiovisual e, no Brasil, é um artefato presente na maioria dos lares e também nos serviços de saúde, como em unidades de internação hospitalar, ambulatórios e salas de espera. A televisão ocupa um papel preponderante na formação de opinião, identidades e valores, por meio de novelas, programas de entretenimento, futebol, filmes, programas jornalísticos, entre outros. O uso da linguagem verbal associado às imagens capturam os olhares e facilitam o consumo de ideias e valores (25). Embora alguns autores considerem que assistir televisão seja uma atividade passiva e menos crítica (23), os telespectadores possuem comportamento ativo, já que precisam realizar leitura interessada das imagens que a televisão faz circular, o que requer uma certa criticidade, na medida em que se pensa que aquilo que a televisão faz circular os captura e subjetiva (25).

Os participantes se mostram encantados e dizem “adorar” determinados programas. Com isso, compreende-se que o fato de serem mobilizados ao gesto de ligar a televisão, sentarem-se ou deitar-se no sofá, requer o acionamento de mecanismos inerentes ao desejo, às escolhas, o que envolve certa criticidade na tomada de decisão sobre aquilo que escolhem como atividade que lhes

proporciona sensação de bem-estar, distração, fazendo-os se sentirem confortáveis.

A crença e a devoção à religião também foram citadas como importantes no enfrentamento da doença e dos momentos difíceis durante o tratamento. A religiosidade e a espiritualidade são formas que o indivíduo encontra para enfrentar momentos difíceis durante a trajetória de vida, como o adoecimento pelo câncer, e essa conexão com as crenças podem interferir durante o enfrentamento e tratamento da doença de forma positiva, diminuindo a ansiedade e o estresse, melhorando a saúde mental e a cooperatividade, mas também negativamente, quando afeta a adesão ao tratamento já que, por vezes, algumas pessoas expressam tanto a sua fé que aguardam a cura divina (26).

Ser diagnosticado com câncer possui repercute em estigma da morte e com isso as pessoas buscam na religiosidade a resposta para as questões da vida, ressignificam pensamentos e demonstram fé e esperança na cura, melhorando a qualidade de vida. As crenças religiosas acompanham o indivíduo durante toda a trajetória da doença, trazendo conforto tanto para o enfermo quanto para a família (27). E a fé em Deus, mencionada em algumas falas dos participantes, traz a certeza de que será acompanhado até o fim dos seus dias e que é possível. Nele, depositar as esperanças de cura, mesmo que essas tenham se esgotado. O acionam para tentar explicar o que está ocorrendo em suas vidas, buscando preencher os vazios deixados pela doença, pelo prognóstico e as fragilidades que deles emergem (28). É válido apontar que pessoas que não têm crenças expressadas em um Deus ou religião conhecidas merecem respeito às suas manifestações e individualidades. Elas podem ser reconhecidas pela equipe e utilizadas, igualmente, como fonte de apoio e conforto diante do adoecimento.

Identificou-se também, a partir dos relatos, o desconforto relacionado à convivência com outros usuários no ambulatório, manifestado pelo desconforto emocional e sentimento de tristeza ao observar pessoas doentes e, da parte de alguns participantes, projetarem-se naquilo que era visto. Esse resultado se aproxima do identificado em estudo (29) que buscou conhecer o testemunho de pessoas com câncer diante da morte em unidades de internação hospitalar. A autora destaca que testemunhar a morte de outra pessoa com a mesma doença repercute na reflexão sobre aquilo que se passa e que pode acontecer consigo. Ocorre certa projeção, um exercício de empatia, que desencadeia, por vezes, medo, insegurança e ansiedade, além de tristeza, por se tratar de uma

situação que permite aos pacientes oncológicos se darem conta do desfecho que a doença poderá ter.

Acerca do atendimento dos profissionais da unidade, identificou-se a satisfação dos usuários. A educação, o carinho e a atenção são qualidades referidas por alguns participantes e a vontade de expressar publicamente esse bem estar também foi exaltada. Com relação à estrutura do serviço, um participante relatou a satisfação com a qualidade do ambiente.

Cabe destacar a importância de um bom acolhimento, de uma boa comunicação, de um cuidado holístico e humanizado no atendimento ao paciente oncológico. O processo de orientações sobre os medicamentos e funcionamento do serviço, principalmente no primeiro contato do paciente com o ambulatório, são essenciais para a criação do vínculo e sobretudo ser referência para aquela pessoa. Esta estratégia de um atendimento mais acolhedor, mais próximo ao paciente e seus familiares fazem com que haja confiança em ambas as partes, melhorando a adesão ao tratamento e fortalecendo valores e crenças, viabilizando uma melhor qualidade de vida (30).

A ambiência é um dos elementos destacados na Política Nacional de Humanização (31). Ela diz respeito ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar em sintonia com um projeto de saúde que visa a atenção acolhedora, humana e resolutiva. O atendimento humanizado é uma forma de ofertar o cuidado articulando tecnologias ao acolhimento, à melhoria dos ambientes de cuidado e às condições de trabalho dos profissionais. Um estudo abordou a ambiência em hospitais com oncologia pediátrica e apontou que a arquitetura, as cores e o modo de atendimento influenciam no conforto, na ansiedade e no medo dos pacientes. O ambiente descontraído, tira a tensão que um hospital normalmente apresenta, promovendo o conforto e o bem estar (32).

As limitações desta pesquisa estiveram relacionadas ao número reduzido de participantes e ao significativo número de recusas. É válido esclarecer que os prontuários apresentam poucos dados sobre o diagnóstico, não contendo, em sua maioria, o estadiamento da doença, o que dificultou a seleção da população. Quanto às recusas, o fato de ser uma pesquisa com pessoas com câncer avançado implica que a maioria dos potenciais participantes apresenta algum tipo de debilidade, resultando na recusa das entrevistas. Apesar disso, mesmo com o limitado número de participantes, foi possível explorar os significados de conforto e elencar aspectos que podem subsidiar a atuação da

equipe de enfermagem com essas pessoas e suas famílias.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa permitiu compreender o significado e descrever os aspectos envolvidos no conforto para pessoas com câncer avançado em acompanhamento ambulatorial. A partir do adoecimento, e com o avançar da doença, algumas atividades precisaram ser interrompidas. Desta forma, os aspectos envolvidos no conforto se transformaram.

Foram relatadas estratégias para sanar vontades e desejos afetados pela doença e relacionados ao conforto na dimensão física, como por exemplo, a modificação de texturas e temperatura de alimentos ou o uso correto de medicamentos prescritos. Com essas práticas, as pessoas com câncer avançado se permitiram sentir sensações e gostos que geram conforto. Outrossim, foi apontado que assistir televisão, tomar sol, realizar caminhadas leves, repousar em silêncio, ocupar-se de pequenos afazeres da casa, sair com os amigos, mesmo com alguma limitação, são atividades que os possibilita se sentirem confortáveis. O tratamento pessoal mediado pelo respeito e educação, oferecido pelos profissionais que os acolhem no ambulatório de quimioterapia, também foi destacado como causador da sensação de bem estar e conforto.

Conclui-se que o significado de conforto envolve a multidimensionalidade que constitui o ser humano, ou seja, conforto para pessoas com câncer avançado compreende aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Depreende-se, assim, que o conforto muda de acordo com o estágio da doença, a cultura, os hábitos, o contexto socioeconômico e as crenças de cada pessoa. Com isso, entende-se que o significado de conforto é individual e constantemente modificável. Por essa razão, é relevante o investimento das equipes de saúde, especialmente da enfermagem, na avaliação constante das necessidades das pessoas com câncer avançado, já que suas demandas modificam-se rapidamente, e os planos de cuidado precisam ser adaptados, visando priorizar sempre o conforto.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Global Cancer Observatory. França: IARC; 2020. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/>>. [Acesso em: 27.10.2022].

- (2) Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2019; 1-122. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. [Acesso em: 20.5.2021].
- (3) Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro. 2021; 1-74. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. [Acesso em: 29.10.2022].
- (4) Radbruch L et. al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(4): 754-764. DOI:<10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>. [Acesso em: 27.10.2022].
- (5) Ferrell B et. al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2017; 5(1): 96-110. Disponível em: <<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2016.70.1474>>. [Acesso em: 10.4.2021].
- (6) Borelli E et. al. Different semantic and affective meaning of the words associated to physical and social pain in cancer patients on early palliative/supportive care and in healthy, pain-free individuals. *Plos One.* 2021; 16(3): 1-66. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248755>>. [Acesso em: 02.6.2021].
- (7) Souza MCS; Jaramillo RG; Borges MS. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermería Global.* 2021; (61): 433-448. Disponível em: <<https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>> [Acesso em: 28.4.2021].
- (8) North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2018 (11ª ed.).
- (9) Durante ALTC; Tonini T; Armini LR. Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral. *Rev enferm UFPE on line.* 2014; 8(3): 530-536. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9707/9778>>. [Acesso em: 02.6. 2021].
- (10) Ponte KMA; Silva LF. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online).* 2015; 7(2): 2603-2614. Disponível: <10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614>. [Acesso em: 28.4.2021].
- (11) Louro LFM; Santiago LC; Louro TQ; Ribeiro YC; Silva RC; Silva CRL. O conforto sob a perspectiva dos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial. *Cienc Cuid Saude.* 2018; 17(4): 1-7. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45001/751375139089>>. [Acesso em: 20.3.2021].
- (12) Mussi FC; Friedlander MR; Arruda EN. Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 1996; 4(3): 19-39. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000300003>>. [Acesso em: 28.4.2021].
- (13) Silva FVF; Silva LF; Rabelo ACS. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. *Aquichan.* 2015; 15(1): 116-128. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000100011>. [Acesso em: 20.3. 2021].
- (14) Silva RS; Pereira A; Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Esc Anna Nery.* 2015; 19 (1): 40-46. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/v7q4kPRhMR9xqR5Ls9pM4KM/abstract/?lang=pt>>. [Acesso em: 28.10.2022].
- (15) Meneguim S; Nobukuni MC; Bravin SHM; Benichel CR; Matos TDS. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. *Nursing.* 2019; 22 (252): 2882-2886. Disponível em: <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/252/pg38.pdf>>. [Acesso em: 20.3.2021].
- (16) Pott FS; Stahlhoefer T; Felix JVC; Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66 (2): 174-179. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>>. [Acesso em: 28.4.2021].
- (17) Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, Brasil: Edições 70, 2016. 229 p.
- (18) Apóstolo, JLA. O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência.* 2009; s.v.(9): 61-67. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>>. [Acesso em: 28.4.2021].
- (19) Gardiner C; Ingleton C; Gott M; Ryan T. Exploring the transition from curative care to palliative care: a systematic review of the literature. *BMJ Support Palliat Care.* 2011; s.v. (1): 56-63. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24653051/>>. [Acesso em: 01.12. 2021].
- (20) Silva JMC; Valente Ribeiro PPS. Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto. *Enfermería Global.* 2015; s.v(37): 384-

400. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_revision2.pdf>. [Acesso em: 28.10.2022].
- (21) Ferreira EB; Kamada I; Reis PED; Cruz FOAM; Jesus CAC; Pinho DLM. Contato telefônico como estratégia para a promoção de conforto ao paciente submetido à quimioterapia. Rev enferm UFPE on line. 2017; 11(5): 1936-1942. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23343>>. [Acesso em: 28.10.2022].
- (22) Souza SA; Santos PMP; Ferreira LEN. Musicoterapia como instrumento de conforto para o paciente oncológico: revisão integrativa da literatura. Revista Saúde. 2019; 12(4): 47-55. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3596>>. [Acesso em: 28.10.2022].
- (23) Florentino IM; Camargo MJG. Atividades de lazer no contexto hospitalar: uma estratégia de humanização. Revista Brasileira de Estudo do Lazer. 2015; 2(2): 99-114. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/rbel/article/view/492>>. [Acesso em: 02.12.2021].
- (24) Cordeiro, FR. O retorno ao domicílio em cuidados paliativos: interface do cenário brasileiro e francês (tese). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola De Enfermagem Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem, Porto Alegre; 2017. 262p.
- (25) Sabino JLMF; David-Silva G; Pádua FC. O potencial da imagem televisiva na sociedade da cultura audiovisual. Rev. Bras. Ciênc. Comun. 2016; 2(39): 65-80. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/interc/a/86VPPkQxHZcxxmHTbxhY4f/abstract/?lang=pt>>. [Acesso em: 02.12.2021].
- (26) Fornazari SA; Ferreira RER. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. Psic.: Teor. e Pesq. 2010; 26(2): 265-272. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>>. [Acesso em: 03.12.2021].
- (27) Rocha PT; Lima CA; Dias OV; Paiva PA; Rocha JFD. A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento oncológico: percepção da pessoa com câncer. RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis. 2019; 4(8): 2031-2036. Disponível em: <<http://www.corence.org.br/wp-content/uploads/2019/03/A-INFLU%C3%8ANCIA-DA-ESPIRITUALIDADE-E-DA-RELIGIOSIDADE-NO-TRATAMENTO-ONCOL%C3%93GICO.pdf>>. [Acesso em: 03.12.2021].
- (28) Reis CGC; Farias CP; Quintana AM. O Vazio de Sentido: Suporte da Religiosidade para Pacientes com Câncer Avançado. Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.). 2017; 37(1): 106-118. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pep/a/TGnNcfyftwBxKYqXVXTbv6B/?format=html&lang=pt>>. [Acesso em: 28.10.2022].
- (29) Sartor SF. A morte no ambiente hospitalar: O testemunho da pessoa com câncer (dissertação). Paraná: Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2020. 81 p.
- (30) Santos LM; Souza WL; Santos GS; Pereira ER; Silva RMCRA; Escudeiro CL. Acolhimento aos pacientes e familiares atendidos no ambulatório de oncologia: um relato de experiência. Revista Enfermagem Atual. 2017; s.v.(81): 110-114. Disponível em: <<https://revistaenfermagemactual.com/index.php/revista/article/view/571/53>>. [Acesso em: 05.12.2021].
- (31) Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf>. [Acesso em: 04.12.2021].
- (32) Leitner ADA; Pina SM. Arquitetura sob a ótica da humanização em ambientes de quimioterapia pediátrica. Ambient. constr. 2020; 20(3): 179-198. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ac/a/QPVpMcNW5kmfDCJh7pn9jdf/?lang=pt>>. [Acesso em: 04.12.2021].