

CONFORTO PREJUDICADO NO FIM DE VIDA: UMA ASSOCIAÇÃO COM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E VARIÁVEIS CLÍNICAS

Karine Marques Costa dos Reis¹ 
Cristine Alves Costa de Jesus¹ 

¹Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar as associações entre as variáveis clínicas e os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I com a presença do Conforto prejudicado.

Métodos: estudo quantitativo e analítico de 66 indivíduos com doença oncológica em final de vida, internados em instituição especializada do Distrito Federal, Brasil. Coletaram-se dados primários, entre fevereiro a novembro de 2018, os quais abrangiam variáveis sociais, demográficas e clínicas, além de três escalas validadas para identificação dos diagnósticos de enfermagem. Para avaliação da associação do Conforto prejudicado (variável dependente) em função das variáveis independentes (diagnóstico de enfermagem e variáveis clínicas), utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney e o Qui-quadrado de Pearson, considerando significativo $p < 0,05$.

Resultados: em 66 pacientes, identificaram-se 960 diagnósticos. Observou-se relação positiva com o conforto prejudicado para os diagnósticos de enfermagem: dor crônica; Mobilidade física prejudicada; Déficit no autocuidado (para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se); Tristeza crônica e Processos familiares disfuncionais. Apresentaram relação estatisticamente significativa quanto ao conforto prejudicado as seguintes variáveis clínicas: tempo de cuidados paliativos, dor, cansaço, apetite, tristeza, ansiedade e bem-estar.

Conclusão: identificou-se associação dos diagnósticos de enfermagem dor, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado e tristeza crônica com o conforto prejudicado. Entre as variáveis clínicas, tiveram relação o tempo de cuidados paliativos e sintomas.

DESCRIPTORIOS: Conforto do paciente. Cuidados paliativos. Enfermagem oncológica. Diagnóstico de enfermagem. Avaliação em enfermagem. Terminologia padronizada em enfermagem. Sinais e sintomas.

COMO CITAR: Reis KMC, Jesus CAC. Conforto prejudicado no fim de vida: uma associação com diagnóstico de enfermagem e variáveis clínicas. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20200105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0105>

IMPAIRED COMFORT AT THE END OF LIFE: AN ASSOCIATION WITH NURSING DIAGNOSIS AND CLINICAL VARIABLES

ABSTRACT

Objective: to analyze the associations between the clinical variables and the Nursing diagnoses of NANDA-I Taxonomy II with the presence of Impaired comfort.

Method: a quantitative and analytical study conducted with 66 individuals with end-of-life oncological disease, admitted to a specialized institution in the Federal District, Brazil. Primary data were collected between February and November 2018, which covered social, demographic and clinical variables, in addition to three validated scales to identify Nursing diagnoses. To assess the association of impaired comfort (dependent variable) as a function of the independent variables (Nursing diagnosis and clinical variables), the Mann-Whitney non-parametric test and Pearson's chi-square test were used, considering $p < 0.05$ as significant.

Results: a total of 960 diagnoses were identified in 66 patients. There was a positive relationship with Impaired comfort for the following Nursing diagnoses: Chronic pain; Impaired physical mobility; Self-care deficit (for feeding, bathing, intimate hygiene and dressing); Chronic sorrow and Dysfunctional family processes. The following clinical variables showed a statistically significant relationship regarding impaired comfort: time of palliative care, pain, tiredness, appetite, sorrow, anxiety and well-being.

Conclusion: an association of the pain, impaired physical mobility, self-care deficit and chronic sorrow Nursing diagnoses with Impaired comfort was identified. Among the clinical variables, there was a relationship between time of palliative care and symptoms.

DESCRIPTORS: Patient comfort. Palliative care. Oncology nursing. Nursing diagnosis. Nursing evaluation. Standardized terminology in nursing. Signs and symptoms.

DETERIORO DE LA COMODIDAD AL FINAL DE LA VIDA: ASOCIACIÓN CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y VARIABLES CLÍNICAS

RESUMEN

Objetivo: analizar las asociaciones entre las variables clínicas y los diagnósticos de enfermería de la Taxonomía II de NANDA-I con la presencia de Confort deteriorado.

Métodos: estudio cuantitativo y analítico de 66 individuos con enfermedad oncológica al final de la vida, ingresados en una institución especializada en el Distrito Federal, Brasil. Los datos primarios se recolectaron entre febrero y noviembre de 2018, y cubrieron variables sociales, demográficas y clínicas, además de tres escalas validadas para identificar diagnósticos de enfermería. Para evaluar la asociación entre el deterioro de la comodidad (variable dependiente) en función de las variables independientes (diagnóstico de enfermería y variables clínicas) se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney y la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, sobre la base de un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: en 66 pacientes se identificaron 960 diagnósticos. Hubo relación positiva entre el Deterioro de la Comodidad y los siguientes diagnósticos de enfermería: dolor crónico; Alteración de la movilidad física; Déficit en el autocuidado (para la alimentación, baño, higiene íntima y vestimenta); Tristeza crónica y Procesos familiares disfuncionales. Las siguientes variables clínicas mostraron una relación estadísticamente significativa con respecto a la alteración de la comodidad: duración de los cuidados paliativos, dolor, cansancio, apetito, tristeza, ansiedad y bienestar.

Conclusión: se identificó asociación entre los diagnósticos de enfermería dolor, deterioro de la movilidad física, déficit en el autocuidado y tristeza crónica y el deterioro de la comodidad. Entre las variables clínicas, hubo relación con la duración de los cuidados paliativos y los síntomas.

DESCRIPTORES: Comodidad del paciente. Cuidados paliativos. Enfermería oncológica. Diagnóstico de enfermería. Evaluación de enfermería. Terminología de enfermería estandarizada. Signos y síntomas.

INTRODUÇÃO

A diminuição da taxa de natalidade associada à maior expectativa de vida e tecnologia do cuidado levaram o mundo à transição demográfica e epidemiológica com aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas. Entre elas, o câncer, doença ameaçadora da vida, que, desde o diagnóstico até a terminalidade, provoca no sujeito e em sua família sofrimento multidimensional, com necessidade de assistência holística e interdisciplinar.¹⁻³

No adoecimento crônico com risco de morte, a assistência e as intervenções devem estar voltadas para o conforto. Isso decorre em razão dos inúmeros sintomas psicossociais, espirituais e físicos dos pacientes em final de vida, que levam ao desconforto e reverberam na piora da qualidade de vida e bem-estar.⁴

Em face disso, a filosofia dos cuidados paliativos e o conforto, como meta de intervenção de enfermagem, é amplamente debatida na literatura.⁵⁻⁶ Discutido por Katharine Kolcaba, a qual fez a conceitualização e operacionalização do constructo, o conforto é experiência imediata, subjetiva e variável com satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência. Além disso, direciona as medidas de intervenção nos quatro contextos da experiência humana, quer seja o físico, o psicoespiritual, o sociocultural e o ambiental, além de compartilhar atributos comuns ao bem-estar e à qualidade de vida.⁷⁻¹⁰

Na taxonomia NANDA-Internacional, o conforto se destaca como abordagem multidimensional. Proposto por Kolcaba, o conforto sobressai como domínio e igualmente como diagnóstico, nas classes física, ambiental e social. Já o diagnóstico “conforto prejudicado” tem como definição a percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.¹¹ Esse conceito também foi ratificado por outros autores, que demonstraram a evolução e caracterização do constructo além da validação do diagnóstico “conforto prejudicado”.^{10,12-13}

Diante da Taxonomia, para chegar a um diagnóstico com foco no problema é necessário identificar as manifestações clínicas ou sinais e sintomas e os fatores relacionados ou etiológicos. Entre os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem (DE) “conforto prejudicado” estão os aspectos ligados às condições ambientais; já as condições associadas envolvem o regime de tratamento e sintomas relacionados à doença. A NANDA-I ainda destaca os sinais e sintomas, como incapacidade de relaxar, medo, desconforto com a situação, irritabilidade, entre outros.¹¹ Ainda sobre a taxonomia do diagnóstico, em estudo de validação das características definidoras evidenciou-se maior expressividade das manifestações físicas de desconforto, ansiedade, relato de sintomas de angústia, medo, relato de sentir-se desconfortável, inquietação, incapacidade de relaxar, padrão de sono perturbado e relato de sentir-se limitado.¹²

O fato é que, no panorama da transição de vida, a identificação das características definidoras desconfortantes, associada ao acolhimento e à preparação para a morte são condições imprescindíveis para o conforto na terminalidade.¹⁴ Nesse contexto, o estudo inova ao investigar outros diagnósticos associados ao “conforto prejudicado” em doentes oncológicos no fim de vida, trazendo uma perspectiva futura de desenvolver um diagnóstico tipo síndrome.

Desse modo, o estudo permite a reflexão sobre a prática do enfermeiro a partir do diagnóstico de enfermagem, possibilitando maior sensibilidade no ato de diagnosticar, culminando em maior visibilidade e reconhecimento da profissão enquanto ciência e campo do saber. Assim, foi estabelecido como objetivo deste estudo analisar as associações entre as variáveis clínicas e os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia NANDA-I com a presença do “conforto prejudicado”.

MÉTODO

Estudo analítico e quantitativo realizado em hospital referência no atendimento de alta complexidade para pacientes oncológicos em fim de vida. A unidade é composta por 19 leitos, todos destinados a pacientes oncológicos adultos sem possibilidade de cura física da doença.

A fim de definir uma amostra significativa e com validade externa, considerou-se a proporção conforto entre os expostos de 60% em um teste monocaudal. Um estudo-piloto e as admissões do ano anterior no mesmo período (80 internações) contribuíram para o cálculo da amostra. Logo, assumindo a margem de erro de 5% e nível de confiança de 90%, a amostra consistiu em 66 indivíduos.

Os critérios de inclusão adotados foram: indivíduos oncológicos em cuidados de fim de vida, lúcidos, em condições clínicas de participar plenamente do estudo, entre fevereiro e novembro de 2018. Já os critérios de exclusão foram indivíduos realizando quimioterapia ou radioterapia paliativa. Essa restrição minimizou possíveis vieses de seleção, já que não inclui indivíduos com repercussões clínicas e psíquicas decorrentes do tratamento.

A seleção foi realizada na admissão ou até 48 horas após a internação, e os indivíduos selecionados por amostragem probabilística aleatória simples eram convidados a participar da pesquisa. Após anuência, coletaram-se os dados primários a partir de um instrumento que continha dados sociais, demográficos e clínicos, além de escalas validadas.

No instrumento de coleta de dados, além das escalas, avaliação social e demográfica, também foram contemplados dados subjetivos e objetivos que fundamentavam o raciocínio diagnóstico. Esse foi criado pelas autoras, a partir da teoria do conforto de Katharine Kolcaba e revisado por especialistas da área de oncologia, processo de enfermagem e cuidados paliativos.

Dentre as escalas validadas, todas de domínio público, que embasaram a tomada de decisão clínica e na identificação do DE, foram utilizadas: a ESAS-r (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton) de confiabilidade de 0,70 a 0,95, a qual avalia dor, cansaço, náusea, sonolência, falta de apetite, falta de ar, bem como depressão, ansiedade e bem-estar em escala tipo *Likert* de zero a dez, onde zero representa ausência de sintoma e dez sintoma intenso; e a Escala de Performance Paliativa (PPS), cuja finalidade é fazer a avaliação funcional do paciente com índices que variam de 100% (sem evidência da doença) a 0 (morte), a partir da análise da deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível da consciência.

Para avaliação do conforto, utilizou-se o questionário de conforto com relação ao planejamento para fase final de vida, criado pela enfermeira Katharine Kolcaba e validado para o português, cujo Cronbach's alpha é de 0.98. Empregou-se essa escala como padrão ouro para o diagnóstico de "conforto prejudicado". O instrumento dispõe de 28 questões positivas e negativas, a partir de uma escala de *Likert* com cinco itens, na qual o maior valor a ser alcançado é de 140 pontos, relacionado a maior conforto, e o menor valor, de 28 pontos. Escores abaixo de 96 indicaram "conforto prejudicado". Esse ponto de corte baseou-se no estudo-piloto como também em artigo de avaliação do conforto em pacientes com insuficiência cardíaca.¹⁵

Na identificação dos diagnósticos de enfermagem, utilizou-se o raciocínio baseado no processo de Risner¹⁶ e na Taxonomia II da NANDA-I. A inclusão dos diagnósticos combinou três critérios: ratificação do diagnóstico a partir das escalas validadas, legitimação do indivíduo quanto à presença dos diagnósticos e concordância entre as pesquisadoras e validador perito, esse último com experiência de mais de 20 anos com diagnóstico de enfermagem, doutoramento na área e membro da NANDA-I. As conciliações entre pesquisadoras e validador eram feitas separadamente a partir do instrumento de coleta de dados e totalmente às cegas.

Analysaram-se os dados através do *software* SPSS. Inicialmente, rejeitou-se a hipótese nula de normalidade dos dados clínicos, avaliada através do teste Kolmogorov Smirnov, utilizando o teste

não paramétrico U de Mann-Whitney. Para análise da relação do diagnóstico de enfermagem “conforto prejudicado” (variável binária, categórica e dependente) em função das variáveis independentes (outros diagnósticos de enfermagem associados), utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. Consideraram-se significativos todos os efeitos e relações associadas a valores de $p < 0,05$.

Foram obedecidos todos os princípios éticos regidos pela pesquisa com seres humanos. Nesse sentido, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a obtenção da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características gerais dos 66 participantes com avaliação de associação com o “conforto prejudicado”. Desses, 52% eram do sexo feminino, com idade média de 58,64 anos, baixa escolaridade com nível fundamental completo (62,1%). Quanto à religiosidade, a maioria se intitulou católica (43,9%) e tinha como cuidador o próprio familiar (77,7%). A indicação de internação predominante foi a dor (46,9%), seguida de dispneia (24,2%). A localização primária do tumor mais prevalente foi o gastrointestinal (36,3%), seguido do câncer de sistema reprodutivo (28,78%). Nenhuma das variáveis qualitativas tiveram associação com a variável dependente.

Tabela 1 – Análise de associação das variáveis qualitativas associadas ao Conforto prejudicado de pacientes oncológicos em fim de vida. Brasília, DF, Brasil, 2018. (n=66)

Variáveis	Conforto Prejudicado		P*
	Não n (%)	Sim n (%)	
Sexo			0,745
Masculino	11 (45,8)	21 (50,0)	
Feminino	13 (54,2)	21 (50,0)	
Escolaridade			0,340
Analfabeto	5 (20,8)	8 (19,0)	
Fundamental	16 (66,7)	25 (59,5)	
Médio	2 (8,3)	9 (21,4)	
Graduação	1 (4,2)	0 (0,0)	
Estado civil			0,081
Solteiro	3 (12,5)	12 (28,6)	
Casado	10 (41,7)	21 (50,0)	
Divorciado	8 (33,3)	4 (9,5)	
Viúvo	3 (12,5)	5 (11,9)	
Religião			0,092
Sem religião	5 (20,8)	6 (14,3)	
Católico	7 (29,2)	22 (52,4)	
Evangélico	10 (41,7)	13 (31,0)	
Espírita	2 (8,3)	1 (2,4)	
Cuidador			0,684
Abandono	2 (8,3)	7 (16,7)	
Família	20 (83,3)	31 (73,8)	
Sem grau de parentesco	2 (8,3)	4 (9,5)	

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	Conforto Prejudicado		P*
	Não	Sim	
	n (%)	n (%)	
Localização primária do tumor			0,614
Respiratório	5 (20,8)	10 (23,8)	
Gastrointestinal	7 (29,2)	17 (40,5)	
Reprodutivo	9 (37,5)	10 (23,8)	
Cabeça e pescoço	1 (4,2)	2 (4,8)	
Sistema nervoso central	2 (8,3)	1 (2,4)	
Tumor não sólido	0 (0,0)	2 (4,8)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Já a Tabela 2 apresenta as variáveis quantitativas associadas ao Conforto prejudicado. As variáveis com relação estatisticamente significativa ao diagnóstico foram ESAS-total e seus componentes de dor, cansaço, apetite, tristeza, ansiedade e bem-estar e o tempo de admissão nos cuidados paliativos.

Tabela 2 – Análise de associação das variáveis quantitativas com o Conforto prejudicado de pacientes em fim de vida. Brasília, DF, Brasil, 2018. (n=66)

Variáveis	Conforto prejudicado		P*
	Não	Sim	
	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	
Idade	59,5 (15,8)	59,5 (24,0)	0,487
Tempo de diagnóstico (meses)	15,0 (33,0)	10,0 (20,3)	0,513
Tempo de cuidados paliativos (meses)	1,5 (2,0)	1,0 (1,0)	0,048
Tempo de internação (dias)	16,5 (15,0)	11,0 (23,2)	0,217
ESAS [†] Total	36,5 (18,8)	59,0 (15,5)	<0,001
ESAS Dor	4,5 (3,8)	7,0 (3,5)	0,019
ESAS Cansaço	6,0 (5,8)	8,0 (3,5)	0,049
ESAS Sonolência	5,0 (2,0)	7,0 (4,0)	0,075
ESAS Náusea	2,0 (5,0)	4,0 (4,0)	0,328
ESAS Apetite	6,0 (5,75)	8,0 (4,0)	0,012
ESAS Dispneia	3,5 (6,5)	4,0 (6,5)	0,264
ESAS Depressão	2,0 (7,8)	6,0 (3,5)	0,005
ESAS Ansiedade	4,5 (4,0)	8,0 (2,0)	0,003
ESAS Bem-Estar	4,0 (4,8)	8,0 (2,0)	<0,001
PPS [‡]	40,0 (7,5)	30,0 (10,0)	0,178

*P: Nível de significância, Teste U de Mann-Whitney, [†]ESAS: Edmonton Symptom Assessment System, [‡] PPS: Palliative Performance Scale.

Quanto à avaliação dos diagnósticos de enfermagem, os participantes (66) apresentaram 960 DE (considerando, claro, que os DE se repetem entre os pacientes), sendo listados 53 diferentes rótulos da Taxonomia II da NANDA-I com foco no problema, distribuídos em 9 domínios da NANDA-I. A média de DE por indivíduo foi de 14,54, com desvio padrão de 3,24. Em números absolutos, foi identificado o mínimo de 7 DE por indivíduo e o máximo de 23.

Os diagnósticos de contexto físico com foco no problema mais prevalentes foram: insônia (77%), constipação (76%), nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais (70%), Fadiga (68%), náusea (59%), dor crônica (56%) e mobilidade física prejudicada (50%). Já os diagnósticos de contexto psicoespiritual de maior prevalência foram: ansiedade relacionada à morte (48%), seguido da baixa autoestima crônica (38%), tristeza crônica (36%), medo (35%) e sofrimento espiritual (33%). No contexto sociocultural, os diagnósticos mais prevalentes foram: processos familiares disfuncionais (32%) e tensão no papel do cuidador (30%).

Extrapolando a avaliação descritiva, na Tabela 3 é possível analisar os diagnósticos de enfermagem com incidência maior ou igual a 30% em relação ao diagnóstico “conforto prejudicado”. Como todos os diagnósticos de enfermagem são variáveis categóricas binárias (sim/não), foi possível calcular a razão de chance (RC).

Pacientes com “conforto prejudicado” apresentaram 9,01 ($\frac{1}{0,111}$) e 12,20 ($\frac{1}{0,082}$) vezes mais chances de apresentar déficit no autocuidado (para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se) e dor crônica, respectivamente, em relação aos pacientes com conforto. Os pacientes com “conforto prejudicado” também apresentaram 7,58 ($\frac{1}{0,132}$), 4,76 ($\frac{1}{0,210}$) e 4,54 ($\frac{1}{0,220}$) vezes mais chances de apresentar mobilidade física prejudicada, processos familiares disfuncionais e tristeza crônica, respectivamente, em relação aos pacientes com conforto.

Tabela 3 – Análise de associação dos Diagnósticos de Enfermagem em relação à ausência do Conforto prejudicado de pacientes em fim de vida. Brasília, DF, Brasil, 2018. (n=66)

	Conforto Prejudicado		P*	RC†	IC‡ (95%)
	Não n (%)	Sim n (%)			
Constipação					
Sim	18 (75,0)	32 (76,2)	0,914	0,938	0,292 - 3,006
Não	6 (25,0)	10 (23,8)			
Déficit no autocuidado (para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se)					
Sim	4 (16,7)	27 (64,3)	<0,001	0,111	0,032 - 0,386
Não	20 (83,3)	15 (35,7)			
Dor crônica					
Sim	5 (20,8)	32 (76,2)	<0,001	0,082	0,024 - 0,277
Não	19 (79,2)	10 (23,8)			
Fadiga					
Sim	16 (66,7)	29 (69,0)	0,842	0,897	0,307 - 2,618
Não	8 (33,3)	13 (31,0)			
Insônia					
Sim	20 (83,3)	31 (73,8)	0,374	1,774	0,496 - 6,349
Não	4 (16,7)	11 (26,2)			
Mobilidade física prejudicada					
Sim	5 (20,8)	28 (66,7)	<0,001	0,132	0,041 - 0,426
Não	19 (79,2)	14 (33,3)			
Náusea					
Sim	14 (58,3)	25 (59,5)	0,925	0,952	0,344 - 2,637
Não	10 (41,7)	17 (40,5)			

Tabela 3 – Cont.

	Conforto Prejudicado		P*	RC†	IC‡ (95%)
	Não n (%)	Sim n (%)			
Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais					
Sim	15 (62,5)	31 (73,8)	0,336	0,591	0,202 - 1,733
Não	9 (37,5)	11 (26,2)			
Padrão respiratório ineficaz					
Sim	9 (37,5)	22 (52,4)	0,244	0,545	0,196 - 1,519
Não	15 (62,5)	20 (47,6)			
Ansiedade relacionada à morte					
Sim	8 (33,3)	24 (57,1)	0,063	0,375	0,132 - 1,067
Não	16 (66,7)	18 (42,9)			
Baixa autoestima crônica					
Sim	8 (33,3)	17 (40,5)	0,565	0,735	0,258 - 2,099
Não	16 (66,7)	25 (59,5)			
Medo					
Sim	6 (25,0)	17 (40,5)	0,204	0,490	0,161 - 1,488
Não	18 (75,0)	25 (59,5)			
Sofrimento espiritual					
Sim	6 (25,0)	16 (38,1)	0,278	0,542	0,178 - 1,651
Não	18 (75,0)	26 (61,9)			
Tristeza crônica					
Sim	4 (16,7)	20 (47,6)	0,012	0,220	0,064 - 0,755
Não	20 (83,3)	22 (52,4)			
Processos familiares disfuncionais					
Sim	3 (12,5)	17 (40,5)	0,017	0,210	0,054 - 0,817
Não	21 (87,5)	25 (59,5)			

*P: Teste Qui-quadrado de Pearson, †RC: Razão de Chance, ‡IC: Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo se caracteriza por mulheres, adultos e idosos com nível fundamental incompleto. Já o diagnóstico clínico predominante é o câncer em trato digestório. Destas características destacam-se o sexo, a idade e o diagnóstico médico que são bem documentados pelos censos anuais e corroboram a presente amostra.^{3,17}

Quanto aos fatores clínicos associados significativamente ao “conforto prejudicado”, chama atenção o tempo de admissão nos cuidados paliativos e sintomas mal controlados. É notório que pacientes e familiares com maior período de atendimento com equipe interdisciplinar têm maior sensação confortável, a partir de intervenções multidimensionais.¹⁸ Inúmeros estudos também apontam a efetividade de inserção precoce de indivíduos com doença grave e progressiva nos cuidados paliativos, cujo cuidado interdisciplinar baseado no conforto minimiza sintomas, internações e custos.¹⁸⁻¹⁹

No tocante à associação entre o diagnóstico de enfermagem “conforto prejudicado” com outros diagnósticos, ratifica-se o uso da terminologia NANDA-I. Os achados demonstram a harmonia da

classificação com a complexidade do constructo, constatando a associação de diagnósticos de vários domínios ao “conforto prejudicado”. Sob esse aspecto, observou-se associação positiva de diagnósticos presentes no domínio atividade/repouso, domínio enfrentamento, papéis e relacionamentos, princípios da vida e o próprio domínio conforto, todos da Taxonomia II da NANDA-I com o “conforto prejudicado”. Os resultados aqui apresentados corroboram a avaliação transversal de 127 pacientes, na qual a qualidade de vida foi influenciada pela função física, desempenho de papéis, saúde global e sintomas como fadiga, insônia, perda de apetite e dor.²⁰

Reconhecidos como fatores que impactam significativamente o conforto durante a progressão da doença, os sintomas infligem ao doente um sofrimento multidimensional.^{12,18,19} Nesse sentido, entre os sintomas que mais reverberam no fim de vida está a dor.²¹⁻²² Dessa forma, o presente estudo indicou a partir do Diagnóstico de Enfermagem dor crônica a relação positiva com o “conforto prejudicado”. Em consenso brasileiro, evidencia-se a importância do bom manejo da dor para a melhor qualidade de vida e maior sobrevivência, e essa avaliação deve ser multidimensional.²¹ Esse fato é ratificado em avaliação longitudinal com pacientes portadores de doença oncológica em estágio avançado, na qual evidenciou-se alta prevalência de dor como também reverberação no conforto, qualidade de vida e bem-estar.²²

Outro diagnóstico associado ao “conforto prejudicado” foi a tristeza crônica. Apesar da tristeza, traduzida pela depressão, ter grande acometimento em toda a população mundial, os pacientes vítimas de doença oncológica têm duas vezes mais riscos no seu desenvolvimento e a prevalência é de 69% com repercussão importante no conforto.²³⁻²⁴ Mais diagnósticos identificados devido à grande extensão da doença, porém pouco associados, na literatura, ao “conforto prejudicado” foram mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado (para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se).

Definido como “limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades” pela NANDA-I 2018¹¹, a mobilidade física prejudicada é um diagnóstico mais amplo, podendo abarcar várias condições associadas à imobilidade ou dificuldade de realização de transferências ou locomoção, sendo encontrado em 50% da amostra. Já o déficit no autocuidado envolve a incapacidade de realização de pelo menos uma das atividades de vida diária de maneira independente, como alimentar-se, completar as atividades de limpeza do corpo, realizar tarefas associadas à eliminação urinária ou intestinal, vestir ou retirar as roupas de forma independente.¹¹

Em estudo qualitativo sobre a repercussão da imobilidade e a dependência física, evidenciou-se reverberação importante da funcionalidade na vida social, quando o sujeito com mobilidade prejudicada se sente um fardo.²⁰ Esse sentimento contribui para o aumento da dor, fadiga e ansiedade. Há, entretanto, adaptações mentais que cada sujeito faz sobre suas atividades significativas e com esses ajustamentos garantem-se mais autonomia e independência, além de promover um senso de propósito e significado na vida, com a sensação de ser mais saudável e independente.²⁵

Outro estudo, com 47 participantes vítimas de doença oncológica grave e progressiva, evidenciou relação positiva entre a funcionalidade e a mobilidade com o humor, a sobrevivência e o conforto.²⁶ Há, ainda, estudo que trata sobre a relação positiva entre o aumento da percepção da dignidade e a autonomia e independência.²⁷ Assim, o presente estudo compartilha da compreensão, a partir de escala especializada, sobre a influência da dependência funcional no humor e na dignidade repercutindo no conforto.

Finalmente, o Diagnóstico de Enfermagem processos familiares disfuncionais, o qual demonstrou associação com o “conforto prejudicado”. Em estudo transversal, evidenciaram-se os impactos social, físico e psicoespiritual do adoecimento em 309 familiares.²⁸ Tais impactos levam a estratégias de enfrentamento ineficazes, acarretando menor apoio e culminando em ainda mais sofrimento ao doente.^{17,29}

Assim, diagnósticos do contexto físico, psicoespiritual e sociocultural, abarcando os domínios da teoria do conforto de Kolcaba, foram capazes de apoiar o diagnóstico de enfermagem “conforto prejudicado”. Essa avaliação ampliou o conhecimento existente sobre o conforto, auxiliando na atuação do enfermeiro para o diagnóstico, planejamento e implementação de suas intervenções. Além disso, contribuiu para fomentar futuras pesquisas sobre revisão do nível de evidência do diagnóstico de enfermagem “conforto prejudicado”, que hoje é 2.1, como também a perspectiva de desenvolver um diagnóstico tipo síndrome.

Diante dos resultados apresentados, a limitação da presente pesquisa está relacionada à metodologia observacional e mensuração única do estudo. Essa metodologia não estabelece associação com alto nível de evidência entre as chances de possuir determinada característica definidora e o “conforto prejudicado”, levando à limitação nas conclusões. Além disso, outro fator limitante foi a ausência de diagnósticos do contexto ambiental na pesquisa por condição limitante da teoria com a Taxonomia NANDA-I.

CONCLUSÃO

As variáveis clínicas dor, cansaço, apetite, tristeza, ansiedade e bem-estar são ratificadas como variáveis significativas para o “conforto prejudicado”. Houve ainda o aperfeiçoamento do raciocínio clínico a partir da Taxonomia II da NANDA-I, ao associar o diagnóstico “conforto prejudicado” aos diagnósticos de enfermagem dor crônica, tristeza crônica, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado (para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se) e Processos familiares disfuncionais. Assim, o presente artigo proporcionou a identificação de associações importantes entre variáveis clínicas e diagnósticos de enfermagem à condição de conforto, mais especificamente ao “conforto prejudicado”, a partir de uma teoria de enfermagem de médio alcance e do processo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Agarwal R, Epstein AS. Advance care planning and end-of-life decision making for patients with cancer. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 08];34(3):316-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.012>
2. Awal AA. Application of Katharine Kolcaba comfort theory to nursing care of patient. *Int J Sci Res Publ* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 08];7(3):104-7. Disponível em: <http://www.ijsrp.org/research-paper-0317/ijsrp-p6314.pdf>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. [Internet] 2019 [acesso 2020 Abr 08]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
4. Wilson O, Avalos G, Dowling M. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *Br J Nurs* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Abr 08];25(11):600-5. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.11.600>
5. Lafond DA, Bowling S, Fortkiewicz JM, Reggio C, Hinds PS. Integrating the comfort theory into pediatric primary palliative care to improve access to care. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Abr 08];21(5):382-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000538>
6. Sanches KS, Rabin EG, Teixeira PTO. The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 08];52:e03336. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017009103336>
7. Ponte KMDA, Silva LDF. Comfort as a result of nursing care: an integrative review. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Abr 08];7(2):2603. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3569>

8. Pinto S, Fumincelli L, Mazzo A, Caldeira S, Martins JC. Comfort, well-being and quality of life: discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomed J* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 08];2(1):6-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.11.003>
9. Puchi C, Paravic-Klijn T, Salazar A. The comfort theory as a theoretical framework applied to a clinical case of hospital at home. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 08];32(5):228-39. <https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000275>
10. Pereira CSCN, Mercês CAMF, Lopes ROP, Souza JF, Souto JSS, Brandão MAG. Analysis of the concept of comfort: contributions to the diagnosis of readiness for enhanced comfort. *Esc Anna Nery*. 2020 [acesso 2020 Abr 08];24(2):e20190205. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0205>
11. Herdman TH, Kamitsuru S. *Nursing Diagnoses definitions and classifications 2018-2020*. New York (US): Thieme; 2018.
12. Gonçalves MCS, Brandão MAG, Duran ECM. Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis impaired comfort in oncology. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Abr 08];29(1):115-24. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600016>
13. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. A Systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Abr 08];30(1):14–24. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600016>
14. Krikorian A, Maldonado C, Pastrana T. Patient's Perspectives on the notion of a good death: a systematic review of the literature. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Abr 08];59(1):152-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033>
15. Trotte LAC, Lima CFM, Pena TLN, Ferreira AMO, Caldas CP. Cross-cultural adaptation of the end of life comfort questionnaire-patient to Brazilian Portuguese. *Rev Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Abr 08];22(4):461-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001700009.4>
16. Risner PB. 1990. Nursing diagnosis: diagnostic statements. In: Christensen PJ, Kenney JW, eds. *Nursing process: application of conceptual modes*. 3a ed. St. Louis (US): Mosby. p. 121-151.
17. Siegel R, Ward E, Jemal A. cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Abr 08];57(1):43–66. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/canjclin.57.1.43>
18. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Abr 08];316(20):2104-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840>
19. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 08];178(6):820-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0750>
20. Freire MEM, Costa SFG, Lima RAG, Sawada NO. Health-related quality of life of patients with cancer in palliative care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 08];27(2):e5420016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>
21. Wiermann EG, Diz MPE, Caponero R, Lages PSM, Araujo CZS, Bettega RTC, et al. Consenso Brasileiro sobre o manejo da dor relacionada ao câncer. *Rev Bras Oncol Clínica* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Abr 08];10(38):132-43. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/38/artigo2.pdf>
22. Campbell CL, Kelly M, Rovnyak V. Pain management in home hospice patients: a retrospective descriptive study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 08];19(3):381-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nhs.12359>

23. Alt-Epping B, Seidel W, Vogt J, Mehnert A, Thomas M, Van Oorschot B, et al. Symptoms and needs of head and neck cancer patients at diagnosis of incurability - prevalences, clinical implications, and feasibility of a prospective longitudinal multicenter cohort study. *Oncol Res Treat* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Abr 08];39(4):186-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000445307>
24. Jho HJ, Choi JY, Kwak KS, Chang YJ, Ahn EM, Park EJ, et al. Prevalence and associated factors of anxiety and depressive symptoms among bereaved family members of cancer patients in Korea. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Abr 08];95(22):e3716. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000003716>
25. Deckert AL, Gheihman G, Nissim R, Chung C, Schimmer AD, Zimmermann C, et al. The importance of meaningful activity in people living with acute myeloid leukemia. *Leuk Res* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 08];67:86-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.leukres.2018.02.009>
26. Santos DZ, Cristina I, Leite G, Guerra MR. Functional status of patients with metastatic spinal cord compression. *Support Care Cancer*. 2018 [acesso 2020 Abr 08];26(9):3225-3231. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4182-5>
27. Franco ME, Salvetti MG, Donato SCT, Carvalho RT, Franck EM. Perception of dignity of patients in palliative care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Abr 08];28:e20180142. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0142>
28. Yu H, Li L, Liu C, Huang W, Zhou J, Fu W, et al. Factors associated with the quality of life of family caregivers for leukemia patients in China. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 08];15(1):55. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0628-6>
29. Azevedo C, Dias J, Pessalacia R, Lourdes E, Pavone C. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 8];51:e03245. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese - Cuidado Baseado no Conforto, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade de Brasília, em 2020.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Reis KMC, Jesus CAC.

Coleta de dados: Reis KMC.

Análise e interpretação dos dados: Reis KMC.

Discussão dos resultados: Reis KMC.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Reis KMC, Jesus CAC.

Revisão e aprovação final da versão final: Reis KMC, Jesus CAC.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, parecer n. 2.136.574, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 66315117.0.0000.0030.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini, Elisiane Lorenzini, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 09 de abril de 2020.

Aprovado: 15 de junho de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Karine Costa Marques dos Reis
karinereisdf@gmail.com

