

O CONFORTO SOB A PERSPECTIVA DOS CLIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO AMBULATORIAL¹

Lidiane da Fonseca Moura Louro*
Luiz Carlos Santiago**
Thiago Quinellato Louro***
Yonara Cristiane Ribeiro****
Roberto Carlos Lyra da Silva*****
Carlos Roberto Lyra da Silva*****

RESUMO

A palavra *conforto* se faz presente no vocabulário dos profissionais de enfermagem durante seu processo de trabalho. Diante disso, objetiva-se, nesta pesquisa, descrever os fatores que interferem na percepção de conforto por parte de clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial. Esse estudo descritivo e quantitativo foi realizado em um ambulatório de assistência oncológica privada em saúde, situada na Região dos Lagos, no Estado do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento composto por duas partes: questões sociodemográficas e a Escala de Avaliação de *Conforto* em Doentes a realizar Quimioterapia. Dos 30 entrevistados, 70% corresponde ao sexo feminino e 30% ao sexo masculino. O diagnóstico mais destacado foi a Neoplasia de mama. O contexto sociocultural apresentou a maior média entre os entrevistados (M=31,6; DP=5,048), e o contexto ambiental representou a média mais baixa (M=17,2; DP=3,453). Os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial enfrentam alterações relacionadas ao seu aspecto físico e a fatores psicológicos e sociais que afetam a pessoa doente e sua família.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Oncologia. Conforto do Paciente.

INTRODUÇÃO

Durante o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, a palavra *conforto* se faz presente nas situações comunicativas, integrando expressões como “foi prestado *conforto*”, “o paciente está confortável”, “foi confortado” ou “está confortavelmente instalado”⁽¹⁾.

No decorrer de minha experiência profissional prestando assistência de enfermagem a pacientes portadores de câncer, em sala de infusão de quimioterápicos de uma instituição privada, localizada no Rio de Janeiro, presenciei diversas situações em que a palavra *conforto* era constantemente referida pela equipe de enfermagem durante o processo de cuidar. Diante disso, percebi que tal vocábulo era utilizado nos mais diferentes contextos da prática de enfermagem.

O cliente, no decorrer da pragmática assistencial de enfermagem, pode vivenciar diversas situações desconfortantes; entretanto, se faz mister não perder de vista a prioridade do cuidado de enfermagem, considerando a sua base científica, pois é ela quem conduz à promoção do conforto efetivo⁽²⁾.

Autores que se propuseram a estudar o cuidado que

conforta, no desenvolvimento de uma teoria humanista nesta área, afirmam que o cuidado de enfermagem é uma resposta confortadora de uma pessoa para a outra, num momento de necessidade, a fim de propiciar o desenvolvimento do bem-estar⁽³⁾.

A literatura deixa transparecer que o conforto constitui significativamente o cuidado de enfermagem e está vinculado à sua origem e desenvolvimento, assumindo, ao longo da história, diferentes significados que se relacionam à evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade, além de estabelecer uma estreita relação com o desenvolvimento tecno-científico⁽¹⁾.

Neste sentido, vale ressaltar sucintamente alguns teóricos que se propuseram a pesquisar o conceito de conforto. Leininger e Watson consideram o conforto um componente do cuidar, enquanto Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar, e que o *conforto* é o resultado dessa intervenção. Para Morse, o cuidar é um construto do *conforto*⁽¹⁾. O autor centrou o seu trabalho no processo de *conforto*, ou seja, nas ações dos enfermeiros, sem se referir à avaliação do resultado dessas ações. Já Kolcaba considera que o processo do *conforto* só fica completo

¹Estado da dissertação intitulada “A consulta de enfermagem como instrumento de conforto aos dentes assistidos em ambulatório de oncologia”, apresentada ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR MESTRADO PROFSSIONAL, no ano de 2015.

*Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Bioética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – PPGEN/FUNIRIO, Professora Assistente da Faculdade Cenevista de Rodas Ostras – FACRO, Rodas Ostras, RJ, Brasil. E-mail: lidiane@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3665-0667>.

**Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP, Professor Associado do Departamento de Enfermagem Fundamental UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: luiscs@uol.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9725-4636>.

***Enfermeiro, Pós-doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEN/FUNIRIO, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal Fluminense – UFF, Rodas Ostras, RJ, Brasil. E-mail: thiago@uol.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-628X>.

****Enfermeira, Doutoranda pelo PPGEN/FUNIRIO, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem – UFF, Rodas Ostras, RJ, Brasil. E-mail: yonara.cristiane@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6968-1629>.

*****Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Coordenador do Curso de Doutorado – PPGEN/FUNIRIO, Rio de Janeiro – RJ, Brasil. E-mail: proflyra@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9416-6625>.

*****Enfermeiro, Doutor em Enfermagem – UFRJ, Diretor de Pós-Graduação – UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: profrolyra@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4327-6272>.

com a avaliação dos resultados e, a partir desse princípio, criou uma teoria de médio alcance na qual o conceito é operacionalizado⁽¹⁾.

Apesar de a filosofia do trabalho de enfermagem destacar a satisfação do cliente, o seu bem-estar físico, emocional, espiritual, social, o de sua família e a valorização dos profissionais de enfermagem, identificamos que a ideia de *conforto*, neste caso, vai muito além do significado de cuidado técnico.

O cuidado prestado pela enfermagem é constituído de conhecimentos técnico-científicos repletos de racionalidade, tanto como ações de sensibilidade, acolhimento, compaixão e expressões de amor ao próximo. Por isso, nem sempre o cuidado de enfermagem perante as bases científicas habituais pode ser suficiente para minimizar a sensação de desconforto do paciente.

Um ambiente de cuidado configura um espaço profissional onde relações profundas e significativas são estabelecidas de um ser para com o outro. Esse ambiente emite uma atmosfera rica em segurança, respeito, zelo, conhecimento, carinho, afeição, compreensão, tolerância e amor pelas pessoas e pela profissão, resultando em confiança, segurança e *conforto*.

Não perder o foco da essência do cuidado de enfermagem no quesito assistencial é fundamental, pois é através do cuidado que se alcança a promoção do *conforto*, mesmo que, em muitas ocorrências, o paciente possa experimentar sensações de desconforto.

Na tentativa de encontrar um conceito para determinar com acurácia a ideia de *conforto*, o profissional de enfermagem necessita de certos atributos comportamentais para oferecer, com excelência, o *conforto* associado aos conhecimentos técnico-científicos, à intuição, à sensibilidade e à emoção. Sendo assim, esse profissional deve prestar um cuidado baseado não apenas na avaliação racional dos fatos, mas também na percepção emocional do contexto⁽⁴⁾.

Diante disso, acreditamos que a assistência de enfermagem que valoriza a subjetividade do cliente, considerando-o em sua individualidade, suas angústias e preocupações, não desconsiderando, obviamente, os aspectos técnico-procedimentais, propicia um melhor enfrentamento da situação vivenciada e influi positivamente na percepção de *conforto*.

Assim, o presente estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: quais fatores associados pelos clientes oncológicos, em tratamento quimioterápico ambulatorial, influenciam na sua percepção de *conforto*?

O estudo se justifica, considerando a escassez de pesquisas que se proponham a evidenciar a percepção de *conforto* pelos clientes, quando submetidos ao tratamento

do câncer, principalmente no processo de infusão de quimioterápicos antineoplásicos em ambiente ambulatorial. Assim, esta pesquisa se destaca por mostrar como tal percepção pode auxiliar no enfrentamento da doença e no alcance de bom resultado terapêutico.

A partir dessas constatações, é esperado que a equipe de enfermagem possa interpretar melhor o indivíduo o qual estiver sendo cuidado e, conseqüentemente, tenha a oportunidade de planejar a assistência a ser implementada, tendo em vista as reais necessidades de seus clientes, em detrimento do enfoque em procedimentos e rotinas mecanizadas.

Diante disso, cabe ratificar que o objetivo da investigação apresentada foi descrever os fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial e relacionados à percepção de *conforto*.

METODOLOGIA

Com vistas a contemplar os objetivos propostos, o delineamento metodológico foi de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa.

O cenário foi uma (01) unidade ambulatorial de assistência oncológica privada em saúde, situada na Região dos Lagos do Estado do Rio de Janeiro. O procedimento foi realizado no período compreendido entre os meses fevereiro a julho do ano de 2015. A escolha do referido serviço deu-se pelo fato de ser a única instituição no município que dispunha do serviço de quimioterapia antineoplásica ambulatorial.

Os critérios de inclusão definidos foram: clientes que se encontravam em tratamento quimioterápico antineoplásico ambulatorial, submetidos ou não à cirurgia, falantes de língua portuguesa, alfabetizados e com habilidade cognitiva para responder ao questionário. O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico acidental ou de conveniência.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes: a primeira composta por questões sociodemográficas; e a segunda relacionada à aplicação da Escala de Avaliação de *Conforto* em Doentes a realizar Quimioterapia (EACDQ)⁽⁵⁾, construída com base no modelo operacional do *conforto* de Kolcaba.

No que tange às questões da avaliação sociodemográfica, o questionário foi composto por 2 questões dicotômicas, 2 de escolha direcionada e 6 questões abertas.

No tocante à Escala de Avaliação de *Conforto* em Doentes a realizar Quimioterapia (EACDQ), cabe destacar que esse instrumento derivou do questionário

geral de *conforto*, validado por Gameiro e Apóstolo, constituído por 33 afirmações⁽⁴⁾. As afirmações foram apresentadas pela positiva e pela negativa (itens invertidos, questões 2; 5; 7; 8; 11; 15; 16; 17; 21; 22; 23; 24; 27 e 29). Cada afirmação avaliou o *conforto* num estado e contexto específicos de forma a considerar todos os seus domínios, de acordo com a estrutura taxonômica do *conforto* de Kolcaba.

A escala utilizada foi do tipo Likertem que os participantes atribuíram ao grau de *conforto*/desconforto a pontuação de 1 a 5 para cada uma das afirmações, variando da seguinte forma: 1 - Não corresponde nada ao que ocorre comigo / é totalmente falso; 2 - Corresponde pouco ao que ocorre comigo; 3 - Corresponde bastante ao que ocorre comigo; 4 - Corresponde muito ao que ocorre comigo; 5 - Corresponde totalmente ao que ocorre comigo / é totalmente verdadeiro.

Para medir os níveis de *conforto* totais e parciais de acordo com os contextos e estados, facilitar o tratamento dos dados e analisar a correlação das variáveis de caracterização, foram determinados, pelos autores que elaboraram a EACDQ, os valores máximo e mínimo dos *escores* para as 33 questões do questionário. Os resultados obtidos foram: a) *Conforto* Total = o *escore* total, soma nas 33 questões dos *scores*, varia entre 33 e 165 (33 questões); b) Contexto físico, Contexto psicoespiritual e Contexto social-cultural = o *escore* parcial varia entre 9 e 45 (9 questões); c) Contexto ambiental = neste contexto o *escore* varia entre 6 e 35 (6 questões); d) Estado de alívio e Estado de tranquilidade = o *escore* destes estados de *conforto* pode variar entre 12 e 60 (12 questões); e) Estado de transcendência = o *escore* parcial para o contexto físico varia entre 9 e 45 (9 questões).

Os dados foram analisados através de estatística descritiva em que se utilizaram medidas de tendência central e de variabilidade, quais foram: média (M), moda (Md) e desvio padrão (DP).

Após a devida obtenção dos dados, eles foram compilados e analisados com o auxílio do programa Microsoft Excel.

A amostra foi composta por 30 clientes atendidos na unidade de saúde mencionada, que autorizaram suas participações conforme a Resolução 510/2016 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa

Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁵⁾, mediante assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Com isso, foram atendidos os preceitos éticos e legais que circunscrevem a pesquisa que envolve seres humanos. Vale destacar que esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, sendo devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, CAAE: 38846514.9.0000.5285.

RESULTADOS

Na análise sociodemográfica, verificamos que, na amostra de 30 sujeitos, 70% (n=21) dos entrevistados corresponderam ao sexo feminino e 30% (n=9) ao sexo masculino. Em relação à idade, obtivemos uma média de 49,5 anos, com desvio padrão de 14,87, sendo o mínimo de 26 anos e o máximo de 79 anos.

O diagnóstico mais destacado foi a Neoplasia de Mama com 14 sujeitos, seguido da Neoplasia de Cólon e do Linfoma Não Hodgkin com 3 cada um. A Neoplasia de Pâncreas, a de Ovário e o Linfoma Hodgkin foram apontados por 2 participantes cada. E, por fim, identificamos 1 sujeito, em cada uma das seguintes neoplasias: testículo, pulmão, útero e Sarcoma de Ewing.

O tempo, em meses, de diagnóstico da doença apresentou média de 21, com desvio padrão de 31,61, sendo o mínimo de 2 e o máximo de 118. Já no tempo de tratamento quimioterápico, identificamos média de 17, com desvio padrão de 27,70, sendo o mínimo de 1 e o máximo de 118.

Com relação à análise do nível de *conforto* total (tabela 1) por meio dos tipos de contexto, buscamos verificar em que âmbito existem níveis de *conforto* mais ou menos elevados.

De acordo com a tabela abaixo, o contexto social-cultural apresentou a maior média entre os entrevistados (X=31,6; S=5,04), e o contexto ambiental representou a média mais baixa (X=17,2; S=3,45).

Na análise descritiva do nível de *conforto* para cada uma das 33 questões da escala, verificou-se que em todas foram assinalados os valores máximo e mínimo, respectivamente 5 e 1.

Tabela 1. Distribuição do *Conforto* Total estratificado por contexto. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

CONTEXTO	MÍNIMO	MÁXIMO	X	S
Físico	17	36	27,36	5,33
Psicoespiritual	18	40	28,43	4,43
Ambiental	10	25	17,26	3,45
Sociocultural	19	43	31,6	5,04

Fonte: os autores.

Na análise descritiva do nível de *conforto* para cada uma das 33 questões da escala, verificou-se que em todas foram assinalados os valores máximo e mínimo, respectivamente 5 e 1.

A seguir, estão apresentados os resultados em relação aos contextos do *conforto*, em que suas análises levam em consideração que, compondo cada um desses contextos, existem questões positivas e negativas, inversamente proporcionais. Considera-se que, desta forma, é possível identificar as necessidades de *conforto* expressadas pelos sujeitos.

A tabela 2 apresenta o nível de *conforto* no contexto

Tabela 2. Distribuição do *Conforto* no Contexto Físico segmentado por questão do formulário EACDQ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

QUESTÃO	X	M ₀	S
EACDQ 2	2	2	1,17
EACDQ 4	3,6	5	1,49
EACDQ 8	2,2	1	1,51
EACDQ 13	3,6	5	1,37
EACDQ 14	4,1	5	1,08
EACDQ 21	2,4	1	1,52
EACDQ 31	3,3	4	1,53
EACDQ 32	3,3	3	1,34
EACDQ 33	3,4	5	1,5

Fonte: os autores.

Na tabela 3, são apresentadas as questões referentes ao contexto psicoespiritual, em que podemos destacar as questões negativas que obtiveram as médias maiores: Q15 “As alterações que tenho vivido deixam-me receosa” (X=2,6; M₀= 2; S=1,39) e Q29 “Tenho medo

físico, no qual se pode verificar que as maiores médias das questões negativas foram: Q2 “As náuseas são difíceis de suportar”(X=2; M₀=2; S=1,17); Q8 “Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico”(X=2,2; M₀=1; S=1,51)e Q21 “Sinto uma má disposição física que me impede de descansar”(X=2,4; M₀=1; S=1,52).

Nas positivas, encontramos as menores médias nas questões a seguir: Q31 “Sinto o meu corpo relaxado” (X= 3,3; M₀=4; S=1,53); Q32 “Neste momento já me sinto com energia e vigor físico” (X=3,3; M₀=3; S=1,34); Q33 “Sinto-me fisicamente bem” (X=3,4; M₀=5; S=1,5).

do que possa acontecer a seguir” (X=2,6; M₀=2; S=1,54). Em contrapartida, temos uma questão positiva que merece destaque: Q1 “Sei que o meu mal-estar é passageiro”, na qual verificamos uma menor média (X=3,8; M₀=5; S=1,48).

Tabela 3. Distribuição do *conforto* no contexto psicoespiritual segmentado por questão do formulário EACDQ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

QUESTÃO	X	M ₀	S
EACDQ 1	3,8	5	1,48
EACDQ 5	2,5	2	1,47
EACDQ 9	4,6	5	0,97
EACDQ 11	2,1	1	1,33
EACDQ 15	2,6	2	1,39
EACDQ 16	2,1	1	1,47
EACDQ 18	4,6	5	0,96
EACDQ 25	4,2	5	1,22
EACDQ 29	2,6	2	1,54

Fonte: os autores.

Na tabela 4, podemos verificar que o nível de *conforto* para o contexto ambiental apresentou média mais elevada na seguinte questão negativa: Q7 “Os barulhos perturbam-me” (X=2,3; M₀=1; S=1,62). Em relação à

questão positiva, destacamos: Q20 “Os cheiros já não me incomodam”, sendo a questão afirmativa que apresentou uma média mais baixa neste contexto (X=3,2; M₀=5 S=1,61).

Tabela 4. Distribuição do *conforto* no contexto ambiental segmentado por questão do formulário EACDQ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

QUESTÃO	X	M ₀	S
EACDQ 7	2,3	1	1,62
EACDQ 17	1,6	1	1,37
EACDQ 20	3,2	5	1,61
EACDQ 27	1,6	1	1,28
EACDQ 28	4,3	5	1,15
EACDQ 30	4,7	5	0,84

Fonte: os autores.

Apresentamos, na tabela 5, o nível de *conforto* em relação ao Contexto Sociocultural, cujas médias ficaram acima do *escore* 4 para todos os itens positivos. Sendo a Q26 “O estado de espírito das pessoas que me rodeiam dá-me alento” ($X=4,2$; $M_0=5$; $S=1,27$) aquela que obteve

a menor média, com maior variância dentre as outras. No entanto, o item negativo que apresentou a maior média foi a Q24 “Sinto-me dependente dos outros” ($X=2,1$; $M_0=1$; $S=1,45$).

Tabela 5. Distribuição do *conforto* no contexto social-cultural segmentado por questão do formulário EACDQ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

QUESTÃO	X	M ₀	S
EACDQ 3	4,3	5	1,18
EACDQ 6	4,3	5	1,24
EACDQ 10	4,7	5	0,84
EACDQ 12	4,6	5	0,73
EACDQ 19	4,8	5	0,73
EACDQ 22	1,7	1	1,3
EACDQ 23	1,9	1	1,59
EACDQ 24	2,1	1	1,45
EACDQ 26	4,2	5	1,27

Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

Em relação ao Contexto Físico, alguns autores apontam que o emagrecimento, associado à fadiga e à fraqueza, atinge com grande frequência os pacientes oncológicos⁽⁶⁻⁸⁾.

Estudos têm relacionado a fadiga às consequências da doença que dependem do tratamento e do momento do tratamento. Alguns mecanismos somáticos têm sido associados à fadiga, como desnutrição provocada pela anorexia, alterações no metabolismo, vômitos, diarreia e anemia, que pode levar ao cansaço durante o dia⁽⁷⁾. As náuseas e os vômitos podem ocorrer horas depois da sessão de quimioterapia, mesmo com o uso da medicação antiemética, pois as células do trato gastrointestinal são afetadas. A severidade do vômito pode variar conforme a medicação e a dose da quimioterapia; além disso, a sua frequência pode fazer com que o paciente se torne anorético, perca peso e se desidrate⁽⁶⁾.

A fadiga talvez seja a mais comum e debilitante resposta ao tratamento das pessoas acometidas pelo câncer, porque interfere diretamente na realização das atividades do dia a dia. Ao discutir a etiologia da fadiga, a possibilidade da influência dos fatores psicológicos se faz presente, como a depressão oriunda da preocupação diária com a fatalidade da doença. Logo, a depressão e a fadiga podem ocorrer concomitantemente⁽⁸⁾.

A doença e o tratamento são os responsáveis pelas alterações patológicas nos pacientes portadores de neoplasia maligna, pois atingem o sistema nervoso central no centro da fome e da saciedade, podendo estimular a ingestão alimentar ou inibir a fome e, conseqüentemente, resultar na perda de peso e fraqueza⁽⁶⁾.

A imagem corporal positiva também foi destacada

pelos sujeitos da pesquisa como uma necessidade, pois os pacientes com câncer lidam com alterações na sua aparência ao longo da doença e do tratamento. A cirurgia, a queda dos cabelos, o emagrecimento e as alterações cutâneas são alguns dos efeitos que podem surgir, ameaçando a autoestima desses pacientes⁽⁹⁾.

O ser humano, ao planejar sua vida, vislumbra um futuro feliz e promissor, almejando saúde e dinamismo. No entanto, quando se vê inserido em uma realidade diferente que interfere na sua vaidade, autonomia, vontade de viver, autoconfiança e, principalmente, que provoca mudanças significativas em sua imagem corporal, ele se sente derrotado perante o mundo⁽¹⁰⁾.

A quimioterapia potencializa a possibilidade dos doentes prosseguirem com a vida; no entanto, os efeitos adversos são responsáveis por transformações nos corpos que resultam em alterações na sua imagem corporal e autoestima. E, por conseguinte, o tratamento quimioterápico pode trazer maior vulnerabilidade aos clientes, seguida de sentimentos conflituosos de dor, sofrimento, medo, frustração, angústia e desespero⁽⁹⁾.

O paciente oncológico, ao vivenciar uma doença que traz consigo a probabilidade concreta de morte, tem para si aberto dois caminhos: fugir para o esquecimento, isto é, entregar-se à doença e se perder na banalidade cotidiana; ou imprimir seu poder de transcendência sobre o mundo e sobre si mesmo, assumindo seu estar autêntico no mundo^(7,11). Assim, existir no mundo com câncer é percorrer um caminho que se inicia com o diagnóstico da doença e continua por toda a vida. Estendendo-se para além das restrições do tempo e espaço do tratamento, é um ir e vir em busca da esperança de cura⁽¹¹⁾.

O sofrimento oriundo do câncer proporciona significados de força e fraqueza, de vulnerabilidade e

determinação, de resignação e coragem. Nessa condição, as pessoas voltam-se a Deus pela primeira vez, ou mais frequentemente do que antes, pois acreditam que Ele sempre ajuda⁽¹²⁾.

O significado que os pacientes atribuem ao fato de terem vivenciado o câncer, o que os faz se aproximar de Deus parece também sugerir uma necessidade ou vontade crescente de se aproximar dos outros, já significando uma forma de enfrentamento⁽¹²⁾. Com isso, a busca por ajuda e *conforto* do paciente na fé, se existente, deve ser encorajada, pois a religião traz força e coragem para dar continuidade ao tratamento e sequência às atividades do dia a dia⁽¹²⁾.

Viver e conviver com câncer continua sendo um fato social significativo, pois possui conotações malélicas, gerando modificações importantes nas relações sociais do doente e na dinâmica familiar⁽¹³⁾. O doente e sua família buscam, nas suas potencialidades individuais, o apoio que necessitam para seguir a vida e superar os obstáculos impostos pela doença.

A família é a principal instituição social em que o indivíduo inicia suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Essa relação familiar apresenta-se de forma interligada, como se fosse uma extensão um do outro⁽¹²⁾. Então, o surgimento de uma doença grave, responsável por modificações no modo de pensar, sentir e agir das pessoas, faz o apoio familiar se intensificar e ser essencial para os obstáculos que poderão surgir. Neste sentido, a presença constante e o carinho de familiares e amigos fazem o paciente portador de câncer sentir não só a proximidade como também o apoio deles. Esse estreitamento dos laços familiares encoraja o paciente, diminuindo a sensação de vulnerabilidade e incapacidade provocada pela doença⁽¹²⁾. Enfim, o acolhimento da família ao indivíduo com câncer se faz elemento fundamental no processo de enfrentamento à doença, pois fornece segurança ao paciente, contribuindo para sua autoestima, autoconfiança, recuperação física e retorno às atividades sociais⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, os achados do presente estudo podem propiciar aos profissionais de enfermagem que atuam no respectivo setor um repensar sobre suas condutas e, conseqüentemente, auxiliá-los no desenvolvimento de um olhar mais apurado sobre as alterações psicoemocionais dos pacientes oncológicos. Definitivamente, essas condutas possibilitam mais eficiência na assistência e favorecem a

oferta de um cuidado que propicie *conforto*⁽¹⁵⁾.

Diante dessa perspectiva, faz-se indiscutível a necessidade de capacitação e especialização dos profissionais de saúde, sobretudo os de enfermagem que atuam na área, uma vez que a complexidade do tratamento quimioterápico e as conseqüências oriundas dos eventos adversos exigem uma prática mais qualificada no que diz respeito à assistência de enfermagem em oncologia⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

Os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial enfrentam alterações relacionadas ao seu aspecto físico e a fatores psicossociais que afetam também a sua família.

O câncer, quando é diagnosticado, normalmente vem acompanhado de sintomas físicos e de alterações corporais e psíquicas que levando à perda da autonomia, gerando, conseqüentemente, por parte do indivíduo acometido, a dependência de alguém. Esta problemática é muito particular e exige cuidados que vão ao encontro das necessidades dos pacientes.

Além das atividades técnico-científicas que permeiam a prática profissional da enfermagem, a equipe deve adotar medidas de auxílio no alívio da ansiedade, da tensão, do medo e da angústia tanto dos pacientes, quanto de seus familiares. Esses fatores influenciam diretamente no processo assistencial, uma vez que constituem importantes obstáculos no desenvolvimento da relação enfermeiro/cliente.

Assim, acreditamos que a enfermagem deve prestar um cuidado holístico, utilizando ferramentas terapêuticas para a promoção de *conforto* e de bem-estar. Para isso, os cuidados devem conter intervenções no âmbito das alterações ou dos sintomas físicos, na gestão de emoções, na preparação para as alterações da rotina e a eventual modificação no papel familiar e social, permitindo que o paciente possa se adaptar a uma nova condição de saúde e de vida.

FINANCIAMENTO

Programa Nacional de Pós Doutorado, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – PNPd/CAPEs.

COMFORT FROM THE PERSPECTIVE OF CANCER CLIENT UNDER GOING OUT PATIENT CHEMOTHERAPY TREATMENT

ABSTRACT

The word *comfort* is present in the vocabulary of nursing professionals during their work process. Therefore, the objective of this study is to describe the factors that interfere in the perception of comfort by oncological clients in outpatient chemotherapy treatment. This descriptive and quantitative study was performed in a private oncology health care outpatient clinic located in the Lakes' Region in the State of Rio de Janeiro. A two-part instrument was used for the data collection: sociodemographic questions and the Patients' *Comfort* Evaluation Scale to those undergoing Chemotherapy. Out of the 30 interviewees, 70% were females, and 30% were males. The most prominent diagnosis was breast neoplasm. The socio-cultural context presented the highest mean among interviewees ($M = 31.6$, $SD = 5.048$), and the environmental context presented the lowest mean ($M = 17.2$, $SD = 3.453$). Cancer patients in outpatient chemotherapy treatment face alterations related to their physical appearance and psychological and social aspects that affect patients and their families.

Keywords: Nursing care. Medical oncology. Patient Comfort.

CONFORT DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CLIENTES CON CÁNCER SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA

RESUMEN

La palabra *confort* se hace presente en el vocabulario de los profesionales de enfermería durante su proceso de trabajo. Frente a esto, el objetivo de esta investigación fue describir los factores que interfieren en la percepción de confort por parte de clientes oncológicos en tratamiento quimioterápico ambulatorio. Este estudio descriptivo y cuantitativo fue realizado en un ambulatorio de atención oncológica privada en salud, ubicado en la *Região dos Lagos*, en el Estado de Rio de Janeiro-Brasil. Para la recolección de datos, se utilizó un instrumento compuesto por dos partes: cuestiones sociodemográficas y la Escala de Evaluación de *Confort* en Enfermos sometidos a Quimioterapia. De los 30 entrevistados, 70% corresponde al sexo femenino y 30% al sexo masculino. El diagnóstico más destacado fue la Neoplasia de mama. El contexto sociocultural presentó el mayor promedio entre los entrevistados ($M=31,6$; $DP=5,048$), y el contexto ambiental representó el promedio más bajo ($M=17,2$; $DP=3,453$). Los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico ambulatorio enfrentan alteraciones relacionadas a su aspecto físico y a factores psicológicos y sociales que afectan a la persona enferma y a su familia.

Palabras clave: Atención de enfermería. Oncología. Confort del Paciente.

REFERÊNCIAS

1. Moura LF, Louro TQ, Ribeiro YC, Silva RCL, Figueiredo NMA, Silva CRL. The comfort in oncologic nursing: literature review. *Revenferm UFPE online* [on-line]. 2016 [citado em 2018 set]; 10(10), 3898-3906. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11458/13287>.
2. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA. Environment and technology: a reflection about care and confort provided by nursery in hospitalar. *Revesquicuid fundam* (Online) [on-line]. 2010 [citado em 2015 jan]; 2(2):883-8. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/313>.
3. Paterson J, Zderad L. *Humanistic nursing*. New York: John Wiley & Sons, 1976.
4. Apostolo JLA, Batista ACM, Macedo CMR, Pereira EMR. Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Referência* [on-line]. 2006 [citado em 2015 10 mar]; 2(3):55-64. Disponível em: https://rr.escenf.br/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&cid_artigo=108&cid_revista=4&cid_edicao=5.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 510. Distrito Federal; 2016 [citado em 2018 set]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
6. Cataldo JK, Paul S, Cooper B, Skeman H, Alexander K, Aouizerat B et al. Differences in the symptom experience of older versus younger oncology outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer* [on-line]. 2013 [citado em 2015 ago]; 3:136. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-6>.
7. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. *RevEscEnferm USP* [on-line]. 2013 [citado em 2015 ago]; 47(2):355-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200012>.
8. Fischer SM, Kline DM, Min SJ, Okuyama-Sasaki S, Fink RM. Effect of Apoyo con Cariño (Support With Caring) Trial of a Patient Navigator Intervention to Improve Palliative Care Outcomes for Latino Adults With Advanced Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol* [on-line]. 2018 [citado em 2018 out]. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.4014>.
9. Yang Y, Sun H, Liu T, Zhang J, Wang H, Liang W et al. Factors associated with fear of progression in chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables. *J Psychosom Res* [on-line]. 2018 [citado em 2018 out]; 114:18-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.003>.
10. Pereira C, Pinto B, Muniz R, Cardoso D, Wexel W. Falling ill and surviving breast cancer: the experience of mastectomized woman. *Revesquicuidfundam* (Online) [on-line]. 2013 [citado em 2018 out]; 5(2):3837-3846. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2003>.
11. Popim RC, Boemer MR. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. *Ver latinoam enferm* (Online) [on-line]. 2005 [citado em 2015 ago]; 13(5):677-685. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500011>.
12. Silva S, Araujo J, Chaves M, Vasconcelos E, Cunha N, Santos R. Social representations about the disease of women with cervico-uterine cancer. *Revesquicuid fundam* (Online) [on-line]. 2016 [citado em 2018 out]; 8(1):3667-3678. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3667-3678>.
13. Teston EF, Silva ACP, Marcon SS. Perception of oncogeriatric patients on family functionality. *REME – Rev Min Enferm* [on-line]. 2017 [citado em 2018 out]; 21:e-1032. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170042>.
14. Pereira APS, Cameiro CC, Pinto MH, Martins MRI, Netinho JG, Cesarino CB. Perceptions of ostomy patients concerning stoma after surgery. *CiencCuidSaude* [on-line]. 2015 [citado em 2015 ago]; 14(2):1051-1057. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i2.21692>.
15. Gozzo TO, Souza SG, Moysés AMB, Carvalho RADO, Ferreira SMA. Knowledge of a nursing team about chemotherapy adverse effects. *CiencCuidSaude* [on-line]. 2015 [citado em 2018 dez]; 14(2):1058-1066. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i2.25040>.
16. Regino PA, Elias TC, Silveira CF, Pissetti CW, Pereira GA, Silva SR. Anxiety, depression and quality of life of patients with breast or gynecological cancer undergoing chemotherapy. *CiencCuidSaude* [on-line]. 2018 [citado em 2018 dez]; 17(4) e40246. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i4.40246>.

Endereço para correspondência: Thiago Quinellato Louro. Endereço: Rua Recife, Lotes 1-7 - Jardim Bela Vista, Rio das Ostras - RJ, CEP: 28895-532. Telefone: (22) 2764-9604. E-mail: thiagolouro@hotmail.com.

Data de recebimento: 19/08/2018

Data de aprovação: 20/12/2018