

Artigo original

Cuidados paliativos em idosos à luz da Teoria do Conforto: perspectivas dos profissionais do cuidado*

Palliative care for older adults in light of the Theory of Comfort: perspectives of healthcare professionals

Cuidados paliativos en personas mayores desde la perspectiva de la Teoría del Confort: puntos de vista de los profesionales sanitarios

Isadora Musolino da Cunha^I , Mirelle Inácio Soares^{II} 

^I Centro Universitário de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil

^{II} Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais Brasil

* Extraído de pesquisa de Iniciação Científica, Centro Universitário de Lavras, 2025

Resumo

Objetivo: analisar a compreensão e a atuação dos profissionais de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sobre os Cuidados Paliativos (CP), à luz da Teoria do Conforto.

Método: estudo descritivo, qualitativo, realizado em uma ILPI com 17 profissionais do cuidado, entre agosto e outubro de 2024. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados pela Análise Temática Reflexiva. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: insipiência do conhecimento sobre os CP pelos profissionais do cuidado: senso comum versus senso científico; parâmetros aplicados para iniciar os CP; e medidas de conforto ofertadas aos idosos correlacionadas às necessidades propostas na Teoria do Conforto.

Conclusão: evidenciou-se a escassez de conhecimento científico sobre os CP e a ausência de ferramentas que validem seu início. Constatou-se que as práticas de conforto habituais na instituição se relacionam com os pressupostos da Teoria do Conforto, porém demonstraram ser insuficientes para a abordagem paliativa.

Descritores: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Equipe de Assistência ao Paciente; Cuidados Paliativos; Conforto do Paciente; Teoria de Enfermagem

Abstract

Objective: to analyze professionals' understanding and practices at a Long-Term Care Facility (LTCF) regarding Palliative Care (PC), in light of the Theory of Comfort. **Method:** descriptive, qualitative study conducted at an LTCF with 17 care professionals, between August and October 2024. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Reflexive Thematic Analysis. **Results:** three thematic categories emerged: lack of knowledge about PC among care professionals; common sense versus scientific knowledge; parameters applied to initiate PC; and comfort measures provided to older adults correlated with the needs proposed in

the Theory of Comfort. **Conclusion:** a lack of scientific knowledge about PC and the absence of tools to validate its initiation were evidenced. It was found that the usual comfort practices at the institution are related to the assumptions of the Theory of Comfort; however, they proved insufficient for a palliative approach.

Descriptors: Homes for the Aged; Patient Care Team; Palliative Care; Patient Comfort; Nursing Theory

Resumen

Objetivo: analizar la comprensión y la actuación de los profesionales de un centro de larga estancia para personas mayores (ILPI) en relación con los cuidados paliativos (CP), desde la perspectiva de la Teoría del Confort. **Método:** estudio descriptivo y cualitativo, realizado en una ILPI con 17 profesionales de la atención, entre agosto y octubre de 2024. Los datos se recopilaban mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron mediante el análisis temático reflexivo.

Resultados: surgieron tres categorías temáticas: escaso conocimiento sobre los CP por parte de los profesionales asistenciales: sentido común frente a sentido científico; parámetros aplicados para iniciar los CP; y medidas de confort ofrecidas a las personas mayores correlacionadas con las necesidades propuestas en la Teoría del Confort. **Conclusión:** se puso de manifiesto la escasez de conocimientos científicos sobre los CP y la ausencia de herramientas que validen su inicio. Se constató que las prácticas habituales de confort en el centro se relacionan con los supuestos de la Teoría del Confort, pero demostraron ser insuficientes para el enfoque paliativo.

Descriptores: Hogares para Ancianos; Grupo de Atención al Paciente; Cuidados Paliativos; Comodidad del Paciente; Teoría de Enfermería

Introdução

Em conformidade com a denominação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos (CP) buscam melhorar a qualidade de vida por meio do alívio do sofrimento dos pacientes e de suas famílias que se defrontam com problemas relacionados a doenças que ameaçam a vida. Desse modo, são considerados uma abordagem sistêmica centrada nas quatro dimensões humanas, dentre elas, as dimensões física, psicológica, social e espiritual.¹

Nessa perspectiva, os CP devem ser implementados desde o diagnóstico da doença até a finitude da vida, estendendo-se aos familiares na fase do luto, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida durante toda a trajetória da pessoa idosa.² Diante disso, os CP possuem princípios que inserem a pessoa com doenças que ameaçam a vida no centro dos cuidados, contemplando o controle dos sinais e sintomas, a atuação multidisciplinar e a ênfase na autonomia, que, quando aplicados na Gerontologia, oferecem subsídios para uma assistência humanizada e de alta qualidade.³

Compreende-se que a senescência acarreta inúmeros desafios decorrentes das múltiplas alterações associadas ao envelhecimento, culminando em maior susceptibilidade às doenças crônicas. Por conseguinte, essa população demanda um cuidado amplo e humanizado, tornando a indicação dos CP essencial.⁴

Nesse sentido, no que tange às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), uma revisão de literatura que analisou estudos nacionais e internacionais sobre o perfil dos idosos institucionalizados identificou uma alta prevalência de comorbidades crônicas, com destaque para a hipertensão arterial, comprometimento cognitivo e importante comprometimento funcional, condições que evidenciam a necessidade de uma abordagem paliativa integrada ao cuidado cotidiano desses idosos.⁵

Sob essa ótica, as ILPI configuram-se como espaços onde a abordagem paliativa é um componente essencial do cotidiano, uma vez que a maioria das pessoas idosas institucionalizadas permanece na instituição até o final da vida.⁶ Além disso, os desejos e as vontades dessas pessoas sobre a terminalidade frequentemente não são contemplados, reforçando a necessidade de qualificar as práticas paliativas nesses cenários.⁷ Tal realidade reflete uma lacuna global, uma vez que, no âmbito mundial, embora os CP venham crescendo, sua oferta permanece bastante escassa, impactando diretamente a qualidade do cuidado ofertado às pessoas idosas institucionalizadas.²

Quanto à relevância desse assunto, as equipes de Enfermagem nas ILPI encontram-se na linha de frente da assistência, devendo reconhecer a importância dos CP, a fim de oferecer as melhores condições de cuidado associadas à individualidade e às necessidades de cada pessoa idosa residente.⁸

Nessa direção, o conforto destaca-se como componente fundamental dos CP, sendo o seu fornecimento uma atribuição essencial da equipe de Enfermagem. Torna-se necessário alcançar modelos de conforto que se fundamentem em um relacionamento interpessoal capaz de interceder de forma positiva sobre as necessidades da pessoa idosa, promovendo autonomia, integridade e bem-estar.⁹

Em consonância com essa perspectiva, a Teoria do Conforto proposta por Katherine Kolcaba fundamenta a assistência de Enfermagem e propõe um cuidado humanizado instrumentalizado em três estados: "o alívio, a tranquilidade e a transcendência." Esses estados estão inseridos nos cenários físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.⁸

Diante do fato de que os CP pressupõem o atendimento integral das necessidades da pessoa idosa,² torna-se relevante compreender como os profissionais reconhecem e operacionalizam essa abordagem no contexto das ILPI. Ademais, por constituir um elemento central dos CP,² sua promoção requer a articulação das diferentes dimensões do cuidado.⁸ Nesse sentido, a Teoria do Conforto apresenta-se como um referencial capaz de ampliar a compreensão das necessidades da pessoa idosa e subsidiar o planejamento da assistência de Enfermagem.¹⁰

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a compreensão e a atuação dos profissionais de uma ILPI sobre os CP, à luz da Teoria do Conforto.

Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, conduzido conforme as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). A pesquisa qualitativa tem como fundamento a compreensão das experiências e das condutas dos participantes, de modo individual ou em grupos pequenos, com o objetivo de identificar as razões e os significados dos fenômenos para além de sua quantificação.^{7,11}

O cenário do estudo constituiu-se de uma ILPI filantrópica localizada no Sul de Minas Gerais, tendo como finalidade o acolhimento institucional de pessoas idosas carentes, com idade superior a 60 anos, em situação de risco social, abandono e sem família nuclear. A população desta pesquisa foi composta por 17 profissionais do cuidado em atividade na instituição durante o período da coleta, dentre eles, enfermeiro, técnicos de Enfermagem e cuidadores de idosos, todos convidados a participar com vistas a contemplar a perspectiva integral da equipe, os quais também constituíram a amostra da investigação. Não houve recusas.

Foram considerados como critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 18 anos e estar em atividade profissional na ILPI no período de realização da pesquisa. Como critérios de exclusão: profissionais afastados de suas atividades laborais (por licença-maternidade, férias ou motivos de saúde), assim como aqueles com tempo de atuação inferior a um mês na instituição. A participação ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2024. Primeiramente, foi aplicado um questionário

sociodemográfico para a caracterização dos participantes, que continha variáveis como sexo, idade, formação e tempo de experiência profissional.

Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, presenciais, conduzidas pela pesquisadora do sexo feminino, graduanda em Enfermagem. Cabe destacar que a pesquisadora graduanda, durante a realização das entrevistas foi supervisionada pela docente responsável pelo estudo, igualmente do sexo feminino, graduada em Enfermagem, mestra e doutora.

Desse modo, as entrevistas ocorreram na própria instituição, em local que garantisse a privacidade dos participantes, mediante o agendamento prévio de dia e horário, com duração média de aproximadamente 16 minutos, e foram audiogravadas por dispositivos digitais e transcritas na íntegra, como estratégia de garantia do rigor e da confiabilidade dos dados.

O roteiro foi composto por três questões norteadoras: Qual o seu conhecimento sobre os CP? Quais os parâmetros utilizados para iniciar os CP na pessoa idosa? Quais medidas de conforto são priorizadas nos idosos em CP?

A análise dos dados foi realizada por meio da análise temática reflexiva,¹² tendo a Teoria do Conforto⁸ como referencial orientador na interpretação da categoria referente às medidas de conforto. A Análise Temática Reflexiva entende os temas como construções interpretativas elaboradas pelo pesquisador em diálogo reflexivo com os dados, valorizando a subjetividade, a criatividade e a postura crítica.¹²

O processo analítico foi segmentado em seis fases: na primeira, utilizou-se editor de texto para a familiarização com os dados e correção das transcrições; na segunda, realizou-se a codificação inicial, por meio de cores para a identificação dos códigos; na terceira, os códigos foram organizados em temas e subtemas; na quarta, os temas e subtemas foram revisados em dois níveis, verificando sua coerência; na quinta, os temas foram refinados, redefinidos e renomeados; e na sexta, foi elaborado o relatório final, com seleção dos trechos que melhor descreveram as experiências dos participantes.¹²

Desse modo, para garantir o anonimato dos participantes, estes foram caracterizados pelo cargo ocupado, identificado como Colaborador (C), e por uma numeração em algarismo arábico. Dessa forma, serão referenciados de C1 a C17.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na data de 14 de maio de 2024, sob o protocolo CAAE 79652224.2.0000.5116, conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no Brasil.

Resultados

Dos 17 participantes atuantes na ILPI, houve prevalência do sexo feminino (n=11), com idades variando entre 18 e 58 anos e média etária de 39,5 anos. Quanto à formação profissional, a equipe era composta por um enfermeiro, responsável técnico, com graduação e pós-graduação lato sensu em Enfermagem do Trabalho, sete técnicos de Enfermagem e nove cuidadores de idosos. Entre os nove cuidadores, cinco possuíam formação complementar como técnicos de Enfermagem, embora exercessem a função de cuidador na instituição; os quatro restantes eram formados em curso de cuidadores de idosos.

Entre os 17 participantes, o tempo de formação variou de nove meses a 27 anos. Em relação ao tempo de atuação profissional na ILPI, três profissionais possuíam até um ano de experiência na instituição; nove, até sete anos; e cinco, dez anos ou mais.

A partir desses dados, foram extraídas três categorias temáticas que representam a percepção e atuação dos CP pelos colaboradores do cuidado na ILPI: a insipiência do conhecimento sobre os CP pelos profissionais do cuidado: senso comum versus senso científico; parâmetros aplicados para iniciar os CP e medidas de conforto ofertadas aos idosos correlacionadas às necessidades propostas na Teoria do Conforto.

A insipiência do conhecimento sobre os cuidados paliativos pelos profissionais do cuidado: senso comum versus senso científico

Nesta categoria, buscou-se identificar a compreensão dos profissionais sobre o que são os CP.

O cuidado no meu entender, é cuidar bem deles, da toda assistência que é necessário; é o que eles pedem, para gente estar podendo arrumar, fazer para eles, o que puder fazer de melhor no meu entender. (C10)

Acho que é saber como o paciente está e como você vai administrar as medicações orais, os horários e dias, para ver o tempo que ele vai estar usando também e como ele está aceitando. Eu entendo assim. (C14)

Os depoimentos evidenciam uma compreensão dos CP associada majoritariamente ao cuidado assistencial e a tarefas práticas, como administração de medicações e assistência direta. Nesse sentido, colaboradores como C10 e C14 relacionam o cuidado às ações cotidianas e às demandas imediatas dos pacientes. Nessa perspectiva, os CP passam a ser compreendidos como meros cuidados básicos do cotidiano institucional, sem distinção em relação à rotina assistencial.

No entanto, para a maioria dos profissionais da instituição, os CP permanecem atrelados à concepção, ainda comum no senso popular, de que devem ser oferecidos apenas a pacientes em fase terminal, especialmente no contexto oncológico:

[...] é algum paciente que está em fase terminal [...] aí não resta muita coisa para ser feita [...]. (C4)

Eu vejo muito falar que a pessoa está em CP quando está com câncer [...] é porque não tem mais o que fazer [...] é um cuidado mais especial, para ficar mais à vontade, para ter uma sobrevivência de vida melhor. (C8)

Também emergiram percepções mais abrangentes, que associaram os CP a medidas de conforto e dignidade, reconhecendo que não se restringem à finitude da vida:

[...] cuidar da melhor forma [...] trazer o conforto para todos os que estão na ILPI. Não só aquele que está sem possibilidade terapêutica de cura. Não, para todos, porque muita gente erroneamente pensa que os CP são só para aqueles que não tem mais nada, possibilidade terapêutica, mas não. (C1)

O que eu entendo como CP [...] dar o máximo de dignidade para a pessoa, o conforto. Não só medicamentoso, mas de alívio da questão dolorosa. Assim também, principalmente visar a dignidade da pessoa humana [...] às vezes pode ser uma questão terminal, ou também se a pessoa está muito debilitada [...]. (C15)

Ratifica-se que o apoio à família, tanto no enfrentamento das doenças de seus entes queridos até a finitude da vida, quanto no suporte subsequente à fase de luto, constitui outra premissa fundamental dos CP. Nessa perspectiva, o participante C6 destacou o apoio ao luto como parte integrante da abordagem paliativista:

[...] ajudar a família, ajudar o paciente, essas coisas mais básicas [...] ajudar a família com o luto. (C6)

Nesse contexto, alguns entrevistados evidenciaram a conduta de não compartilhar o prognóstico da doença com os idosos que possuem doenças que não

respondem ao tratamento modificador, o que contraria outro pilar fundamental dos CP, a comunicação eficaz.

Eu particularmente não informo o paciente, nem comento algum assunto, que está sendo só paliativo, só para manter. Eu sempre dou esperança para ele e cuido assim [...] o paciente não precisa saber o que ele tem, para quê que ele vai sofrer? Aí, o paciente dura e dura, até Deus falar vamos embora. (C11)

Essa postura, embora seja pautada na perspectiva de proteção emocional ao paciente, revela mais uma lacuna no conhecimento sobre os CP.

Parâmetros aplicados para iniciar os cuidados paliativos

Nesta categoria, buscou-se identificar quais os parâmetros utilizados pela equipe da ILPI para dar início aos CP nos idosos residentes. Por meio dos depoimentos, foi possível observar que não existem critérios previamente estabelecidos pela equipe para iniciar a palição nos idosos institucionalizados.

[...] o dia que antecede, quando está fazendo os trâmites para vir para ILPI, eu já acredito que eu vou na casa, antes de conhecer a família e tudo, ali já inicia o CP para mim [...]. (C1)

No caso da saúde bem precária, que ele já está assim bem debilitado. (C10)

É a partir do momento que eles não têm condições de fazer nada. (C12)

Assim, a incompreensão sobre o que são os CP e qual o momento apropriado para iniciá-los demonstra uma fragilidade na prática assistencial aos residentes, podendo comprometer seu bem-estar e qualidade de vida. O colaborador C7, ao ser questionado sobre a existência de residentes que retornavam dos hospitais com a orientação médica de receberem CP e quais instruções recebiam, evidenciou uma perspectiva centrada no prolongamento da vida, expressando a ideia de que cuidar é, necessariamente, manter a vida a qualquer custo.

Sim, já veio paciente que estava internado em hospital e aí a gente continuou cuidando, para prolongar, como diz, os dias de vida [...] vamos supor, se eu não cuidar ali da pessoa [...] você para de comer, e não vai querer mais viver, está interrompendo, menos dias de vida que você vai viver [...]. (C7)

Ainda que existam instrumentos capazes de auxiliar na indicação de pacientes para os CP, observa-se que tais ferramentas não são utilizadas de forma sistemática na prática da ILPI. Nota-se que, embora a maioria dos relatos aponte critérios pouco definidos para o início dos CP, um colaborador destacou a relação entre a funcionalidade, a independência e a autonomia como parâmetros relevantes.

[...] quando ela não consegue mais fazer as atividades diárias, compromete bastante as tomadas de decisões. Porque muitas vezes ela vai ter autonomia, mas não vai ter independência para fazer e vice-versa [...] aqui eu vejo muito isso no idoso [...] acho que quando a pessoa não consegue mais alimentar sozinha, se vestir, entra o paliativo. Não tomando a decisão por ela. Sempre respeitando a dignidade [...] caso ela não possa tomar mais essas decisões, a gente entra usando o bom senso para o bem-estar da pessoa. (C15)

Medidas de conforto ofertadas aos idosos correlacionadas às necessidades propostas na Teoria do Conforto

A Teoria do Conforto de Kolcaba compreende três estados: o alívio, correspondente à redução imediata de um desconforto; a tranquilidade, entendida como um estado contínuo de calma e bem-estar; e a transcendência, que representa a capacidade de superar o sofrimento mesmo diante de sua persistência, os quais se manifestam nas dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.⁸

Nessa perspectiva, as ações de conforto ofertadas pelos profissionais da ILPI aos residentes em condição de palição indicam esses estados e dimensões, visto que a maioria dos participantes percebeu que o conceito de conforto ultrapassa o âmbito físico, contemplando também os aspectos psicoespirituais, sociais e ambientais.

Em se tratando do conforto físico, os relatos demonstraram que as medidas de conforto mais frequentemente mencionadas se referem ao cuidado corporal, entendido como parte da rotina básica de assistência ao idoso.

[...] tem a fisioterapia que é extremamente importante, mudanças de decúbito, um leito melhor para eles, um colchão pneumático [...]. (C1)

[...] a mudança de decúbito, pegar e fazer a higienização certinha, não deixar o paciente molhado [...] não deixar o paciente ficar com ferida [...]. (C7)

[...] em um paciente paliativo, dependendo da gravidade, o que acontece? É só ir hidratando, cuidando, fazendo as mudanças de decúbito. (C12)

Além dos cuidados preventivos e de manutenção, o colaborador C15 destacou o alívio da dor como aspecto relevante no processo de palição. Em seguida, o colaborador C13 relatou as medidas específicas referentes à dor que são aplicadas aos idosos institucionalizados.

E apesar das medicações que curam a parte física [...] a gente for fazer uma massagem de conforto. Além da massagem, eu ponho a minha vontade naquilo. Que aquilo dê um alívio realmente [...]. (C15)

Primeiro, a gente pergunta, dá um pouco de água para ver se não é coisa da cabecinha deles e aí a gente já passa para o RT e fala onde o paciente está sentindo dor, qual é o nível de dor do paciente. O enfermeiro chefe colhe mais algumas informações com o paciente e dá a medicação correta para ele, senão é encaminhado para um hospital. (C13)

Observa-se, contudo, que as medidas mencionadas não se diferenciam de forma clara daquelas empregadas na assistência rotineira, não havendo referência específica a práticas direcionadas exclusivamente aos idosos em CP.

Sobre o conforto psicoespiritual, os depoimentos retrataram a valorização dos aspectos emocionais e espirituais no âmbito dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados, mencionando práticas que incluem gestos de afeto, diálogo, atenção individualizada, resgate de memórias e respeito à integralidade da pessoa.

Holisticamente, cuido deles como um todo, mental, espiritual, tudo [...]. (C1)

Independente de ele estar em uma situação que você já sabe que é irreversível, mas a gente prioriza isso, o respeito, o diálogo, a compreensão, uma dignidade, isso a gente não perde nunca [...] eu agradeço, rezo, converso espontaneamente [...]. (C2)

Todo mundo fala: "ah, vamos dar remédio", mas às vezes nem é remédio que a pessoa precisa, mas um carinho, às vezes um abraço, o que muitos aqui gostam, um pouco de atenção [...] muitas vezes é emocional [...] buscar coisas antigas deles para trazer para o dia de hoje para eles lembrarem, para eles terem uma lembrança boa. (C16)

O colaborador C1 elencou a espiritualidade como forma de contemplar o cuidado ao residente em condição de palição, enquanto o colaborador C11 apontou o conforto espiritual com ênfase nos cuidados no final da vida. Nessa mesma direção, o

colaborador C12 revelou uma perspectiva de ressignificação da morte, percebendo-a como parte integrante e significativa do processo de cuidar.

[...] sempre estou buscando ali o líder espiritual de cada um, a gente tem aqui essa grande preocupação [...] para estar atendendo da melhor forma possível. (C1)

[...] todo ser humano percebe quando está indo [...] quando eu estou perto da pessoa que está indo, eu sempre falo para a pessoa ir em paz, que ela já cumpriu a sua missão, agora vai embora, vai descansar [...]. (C11)

Aí você reza, você pede [...] aqui é uma casa de muito cuidado, é forte, entendeu? Aqui desencarna muita gente [...], mas você vê que também é uma coisa bonita, não é uma coisa doente [...]. (C12)

Observa-se, portanto, que os colaboradores destacaram tanto as manifestações de cuidado emocional e afetivo quanto a importância do suporte espiritual, sobretudo no contexto da finitude.

No âmbito do conforto sociocultural, o relato do colaborador C11 destacou a importância de considerar aspectos religiosos na rotina dos idosos, garantindo espaço para práticas e símbolos considerados sagrados.

[...] a religião desde que o mundo é mundo tem. Cada um com a sua [...] aqui teve uma senhora que ela era da Umbanda e conviveu a vida inteira nisso, os netos dela passou para ser crente e tirou a mulher do centro [...]. Deus a tenha, ela entrou em sofrimento, até que um dia ela falou assim para mim: você conhece a mãe Leia? [...] porque ela disse que precisava conversar com uma pessoa assim [...] eu a trouxe aqui, e as duas conversaram, e aí passou umas duas semanas, a doninha morreu. Assim, é essencial. (C11)

Quanto à essa dimensão, os relatos também evidenciaram a relevância das relações interpessoais, familiares e das tradições na rotina dos idosos:

[...] a gente verifica que está faltando o perdão [...] eu busco a família de alguma forma, até para estar ajudando-os nesse processo, nessa vida que é totalmente diferente do que ele tinha com os familiares. (C1)

[...] a família vem e ficam mais contentes naquele dia que vê a família [...] aqui tem um monte de coisa, tem brincadeiras, tem as festinhas que eles gostam muito, final do ano eles ganham muitos presentes, você vê o sorriso, a alegria deles. O profissional entra também junto, na atenção, na brincadeira, tem uns que gostam de dançar, de conversar, tem uns que são mais sérios. (C8)

[...] eles ficam sempre buscando alguma coisa que eles gostam [...] de comer, assim, tudo buscando alguma coisa que agradou eles no passado, e você sente

que eles ficam muito bem, através dessa união que a gente tem com eles, como se fosse da família da gente mesmo. Aí eles se sentem bem acolhidos. (C14)

Em relação ao conforto ambiental na ILPI, os colaboradores destacaram alguns componentes, sendo *eles*: o *jardim*, a televisão, a temperatura e a luminosidade do ambiente, organização e roupas limpas.

[...] coloca uma música da época deles, outros gostam de música de igreja, a gente conversa e pergunta. Teve um que estava muito mal agora há pouco tempo [...] ele pediu Agnaldo Timóteo [...] aí eu coloquei Agnaldo Timóteo para ele [...]. (C1)

[...] se for o caso também a gente conduz a cadeira até o jardim, um ambiente mais arejado [...] “essa luz incomoda a noite, vamos pôr, citando um exemplo, uma mais clara no banheiro e deixar essa do quarto apagada”, porque a gente precisa estar entrando, mas não acender a luz direto [...]. (C2)

[...] olha, eles gostam muito de ficar perto da televisão, mas não veem televisão, a gente leva lá para o jardim para gente conversar [...]. (C14)

[...] questões de temperatura, às vezes pode estar calor para mim, mas para a pessoa não está. Observar sempre isso, usar o bom senso [...]. (C15)

[...] o quarto, o ambiente, que eles tenham um bom repouso, seja sempre organizado, as roupas deles sejam sempre organizadas, sempre limpas do jeito que eles gostam também. Isso tudo é incluído no CP [...]. (C17)

Os dados apresentados sintetizam o panorama dos CP na ILPI investigada. Evidencia-se uma realidade marcada pelo empirismo, pela falta de critérios formais para a tomada de decisão e pela oferta de medidas de conforto atreladas majoritariamente ao cuidado rotineiro e às percepções individuais dos colaboradores.

Discussão

A insuficiência do conhecimento sobre CP entre os participantes do estudo reflete um problema estrutural que extrapola o contexto investigado. A escassa abordagem da temática nos currículos da formação em saúde² contribui para que profissionais atuantes em ILPI reproduzam concepções fragmentadas e culturalmente arraigadas sobre o processo de cuidar diante do adoecimento e da morte.

Nesse sentido, um estudo internacional avaliou e comparou a qualidade da morte em 81 países, considerando parâmetros como gastos com saúde, campanhas de

conscientização pública sobre cuidados de fim de vida, estratégias nacionais de CP, disponibilidade de opioides, entre outros, e classificou o Brasil como o terceiro pior país para se morrer com qualidade.¹³ Esse dado situa os achados desta pesquisa em um cenário mais amplo de fragilidade sistêmica, e não apenas institucional.

Embora a formação profissional exerça papel importante nesse cenário, uma revisão sistemática internacional apontou que a implementação dos CP em ILPI também é influenciada por fatores organizacionais, como insuficiência de recursos institucionais, desafios relacionados à tomada de decisão no contexto dos cuidados de fim de vida e elevada carga de trabalho das equipes.¹⁴ Tais condições podem dificultar a incorporação dos princípios paliativistas à rotina assistencial, contribuindo para a manutenção de compreensões restritas acerca dessa abordagem.

Nessa perspectiva, os depoimentos dos participantes evidenciaram que os CP ainda são frequentemente associados ao fim da vida e, em alguns casos, ao contexto oncológico. Entretanto, tais conceitos sofreram transformações ao longo do tempo. Atualmente, preconiza-se que os CP sejam implementados de forma concomitante ao tratamento modificador da doença, sendo gradualmente intensificados à medida que o quadro progride e se esgotam as possibilidades de modificar o percurso da enfermidade, com o objetivo de aliviar o sofrimento e promover maior qualidade de vida ao paciente.

Ressalta-se, ainda, nesta pesquisa, a perspectiva de um participante que defende a não revelação do prognóstico aos idosos institucionalizados. Tal postura reforça o modelo paternalista, no qual os profissionais assumem decisões verticalizadas e unilaterais. Essa conduta contrapõe-se ao modelo mutualista, que valoriza a decisão compartilhada entre os profissionais, pacientes e familiares, buscando definir, de forma conjunta, o que é mais adequado para o paciente em sua trajetória.¹⁵ Nessa direção, o diálogo honesto e sensível, adaptado ao nível de compreensão do paciente, fortalece o vínculo terapêutico e contribui para um processo de morte mais digno e alinhado aos valores individuais.

A compreensão restrita dos CP observada entre os participantes deste estudo também tem sido descrita na literatura. Uma pesquisa realizada em uma ILPI brasileira identificou lacunas no conhecimento dos profissionais de saúde sobre os CP, evidenciando fragilidades conceituais e necessidade de maior qualificação para sua aplicação na prática assistencial.¹⁶ De forma semelhante, um estudo internacional conduzido em ILPI apontou

limitações na compreensão dessa abordagem por profissionais que atuam nesses contextos, especialmente no que se refere ao reconhecimento de seus princípios e à sua integração no cuidado de pessoas idosas em fase avançada de doença.¹⁷

Diante desse cenário, torna-se fundamental que os profissionais do cuidado desenvolvam seu conhecimento sobre os princípios, da filosofia e as terapêuticas apropriadas no que concerne ao controle dos sintomas, à comunicação eficaz, às decisões compartilhadas e ao apoio aos familiares, com extensão à fase do luto.¹⁸

Por conseguinte, os resultados deste estudo evidenciaram também que a insuficiência de conhecimento sobre os CP repercute diretamente na compreensão dos participantes sobre o momento adequado para iniciar sua aplicação, visto que não havia parâmetros estabelecidos pela ILPI. A literatura aponta que a ótica curativista presente na Medicina, influenciada pela formação profissional e pelo avanço de tecnologias que prolongam a vida, contribuiu para que os profissionais relutassem em reconhecer a finitude, gerando dificuldades quanto à abordagem dos CP. Entretanto, muitos pacientes ainda recebem uma assistência inadequada.¹⁹

No contexto das ILPI, a identificação oportuna de residentes com necessidades de CP constitui um desafio, considerando a complexidade clínica associada ao envelhecimento e à presença de condições crônicas. Nesse sentido, instrumentos de triagem podem auxiliar os profissionais de saúde no reconhecimento de pessoas idosas que apresentam necessidades paliativas não atendidas, favorecendo a implementação oportuna dos CP.²⁰

Entre os instrumentos descritos na literatura para a identificação de pacientes elegíveis para CP, a Palliative Care Screening Tool (PCST) é uma das ferramentas utilizadas nesse cenário. Trata-se de uma escala que, por ser mais abrangente, pode avaliar com precisão os critérios de paliatividade. A ferramenta contempla quatro parâmetros: patologias de base, patologias associadas, estado funcional do indivíduo e situação pessoal.²¹

Desse modo, em relação ao estado funcional da pessoa idosa, sabe-se que a perda da funcionalidade está associada à piora do prognóstico e ao aumento da dependência de auxílio para a realização das atividades básicas da vida diária. Essa percepção foi evidenciada ao menos por um participante da pesquisa.

Uma vez identificados os residentes elegíveis para CP, intensifica-se a atenção para a promoção do conforto, elemento fundamental no cuidado ao idoso

institucionalizado, reconhecido como uma necessidade humana essencial e uma intervenção crucial em diferentes teorias e práticas profissionais.⁸ Sua implementação eficaz, sobretudo na Enfermagem, exige uma assistência pautada em referenciais teóricos que orientem avaliações sistemáticas e decisões clínicas fundamentadas.²²

A Teoria do Conforto de Kolcaba é uma das principais contribuições nesse campo, ao conceber o conforto nas dimensões de alívio, tranquilidade e transcendência, manifestadas nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.⁸

Evidências internacionais apontaram ampla aplicação desse referencial em diferentes cenários assistenciais, com predominância de intervenções voltadas ao domínio físico, incluindo educação em saúde, exercícios, terapias térmicas, massagens e outras estratégias complementares de alívio de sintomas.²³ Nesse conjunto, observa-se maior diversidade e sistematização das práticas de conforto quando comparadas ao contexto da ILPI estudada.

Desse modo, em conformidade com a teoria sobre o contexto físico, Kolcaba descreveu que o conforto se relaciona às sensações corporais e à homeostasia, podendo também estar vinculado ao controle dos sintomas decorrentes de possíveis diagnósticos.²⁴

Nessa direção, os discursos evidenciaram uma convergência parcial com a literatura, uma vez que também predominaram medidas de conforto na dimensão física. Contudo, essas medidas se concentraram, em sua maioria, em ações voltadas às necessidades diárias básicas das pessoas idosas em CP, pois se ressalta que os profissionais não identificaram as medidas de conforto diferenciadas para os residentes em condição de palição, mas se concentraram em cuidados básicos, como mudanças de decúbito, higienização e uso de colchões pneumáticos.

Acrescenta-se o fato de que, embora alguns profissionais tenham mencionado o uso de medicação para dor, não se observa uma referência à avaliação e ao controle sistemático de outros sintomas, aspecto fundamental na abordagem paliativa e que, nos achados, aparece de forma pontual e sem evidências de monitoramento da resposta terapêutica.

Esse cenário pode ser compreendido à luz da literatura, que aponta que as avaliações e as intervenções de conforto são complexas, dinâmicas e altamente individualizadas, sendo influenciadas por fatores como a experiência do paciente, o papel da família, as ações da equipe e o próprio ambiente clínico. Além disso, alguns estudos indicaram que os profissionais de Enfermagem relataram dificuldades na

avaliação sistemática das necessidades de conforto, o que impacta diretamente o planejamento das intervenções e sua efetividade na prática assistencial.²³

Entretanto, ao se considerar os domínios da Teoria do Conforto, é possível inferir que as medidas de conforto físico relatadas possam favorecer o estado de alívio, indicando redução imediata do desconforto e algum nível de efetividade no conforto do paciente.

Ademais, Kolcaba destacou que a promoção do conforto deve ir além de apenas posicionar o paciente corretamente, aliviar a dor, garantir a alimentação e a higiene. Refere-se à vivência de fornecer auxílio e incentivo, assistir às necessidades do paciente em toda a sua multidimensionalidade e atenuar o sofrimento.⁸ Nessa perspectiva, diante do diagnóstico de uma enfermidade que ameaça a continuidade da vida, emergem nos pacientes sentimentos diversos, associados a perdas, fragilidades e à percepção da própria incapacidade diante da situação.²⁵

Quanto à relevância desse assunto, o contexto psicoespiritual proposto por Kolcaba enfatizou o significado da existência do indivíduo e a autoconsciência, englobando autoestima, conceito de si, sexualidade e espiritualidade.¹⁰ Além disso, a autora ressaltou a importância de oferecer segurança, escuta atenta e resgate de memórias.²⁶ Alguns participantes deste estudo também evidenciaram percepções que dialogam com esses elementos, especialmente no que se refere à espiritualidade, à escuta atenciosa e ao resgate de memórias.

A partir dessa perspectiva, aborda-se o campo da espiritualidade, que pode ser compreendido como a habilidade da pessoa de estabelecer uma relação consigo, com os outros indivíduos e com um ser superior, bem como a habilidade de alcançar a autotranscendência, no tempo e no espaço.²⁷

Nesse sentido, a abordagem das necessidades espirituais no contexto dos CP pode contribuir para os processos de tomada de decisão, uma vez que crenças e valores espirituais influenciam as escolhas relacionadas ao cuidado em saúde. Além disso, maiores níveis de bem-estar espiritual estão associados à redução de conflitos decisórios, a um maior suporte percebido e a uma melhor qualidade de vida durante a trajetória de adoecimento.²⁸

Desse modo, compreende-se o papel crucial do profissional do cuidado no contexto do conforto e a possibilidade de contemplar o domínio da transcendência descrito por Kolcaba. A religiosidade, nesse contexto, representa uma forma específica

de vivenciar a espiritualidade e pode favorecer o processo de transcendência. Para muitas pessoas, as práticas religiosas oferecem ferramentas que auxiliam no sustento interno e na transposição dos desconfortos materiais impostos pelas doenças.

Esse aspecto também foi evidenciado nos depoimentos, como no relato de uma participante que destacou o sofrimento de uma idosa afastada de sua prática religiosa, o qual foi amenizado quando ela pôde retomar esse contato, reforçando a relevância da religiosidade para o conforto e a ressignificação do sofrimento no processo de finitude.

Entretanto, não ficou claro se há atenção à dimensão espiritual dos idosos que não possuem religião. Essa reflexão se torna relevante, uma vez que a literatura aponta que a espiritualidade e a religiosidade não são conceitos equivalentes, embora frequentemente sejam tratados como sinônimos no contexto da assistência em saúde.²⁷

No que se refere ao contexto ambiental, este engloba fatores externos que influenciam a experiência de conforto da pessoa idosa. Dessa forma, a adequação do ambiente de cuidado às necessidades do idoso constitui uma estratégia importante para promover o conforto.¹⁰

Nesse sentido, os relatos dos participantes evidenciaram que aspectos como a organização do quarto, o uso de roupas limpas, a adequação da luminosidade e da temperatura, bem como o acesso à televisão, à música e ao jardim, configuram estratégias ambientais que podem favorecer sensações de acolhimento, familiaridade e bem-estar.

A presença contínua de fatores ambientais positivos na rotina da ILPI favorece o domínio da tranquilidade entre as pessoas idosas residentes, proporcionando maior satisfação ao terem suas necessidades atendidas de forma consistente.

Ainda que o contexto ambiental componha um dos domínios propostos pela Teoria do Conforto, essa dimensão foi a menos evidenciada nos discursos dos participantes. Um achado semelhante foi identificado em uma revisão de escopo sobre a aplicação da Teoria do Conforto, na qual o contexto ambiental figurou entre os aspectos menos explorados nos estudos analisados.²³

Esse resultado sugere que, apesar de sua relevância teórica, os aspectos ambientais tendem a ser menos valorizados ou menos explicitados na prática assistencial, o que pode indicar uma ênfase maior em outras dimensões do cuidado em detrimento do ambiente institucional.

Diante dos achados e da literatura, evidencia-se que a implementação dos CP no contexto das ILPI demanda investimento contínuo na qualificação profissional e na estruturação de práticas de conforto pautadas em referenciais teóricos, de modo que as intervenções sejam sistematizadas e orientadas para a promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Cabe mencionar que as limitações desta pesquisa estão relacionadas ao seu recorte, realizado em uma única ILPI e com número restrito de profissionais participantes. Dessa forma, os achados não podem ser generalizados para outros contextos de CP. Além disso, a população limitada pode não refletir totalmente a diversidade de conhecimentos e práticas profissionais, reforçando a necessidade de investigações futuras em diferentes instituições.

A investigação também evidencia contribuições importantes para a prática, destacando a relevância da formação em CP e da construção de ações que priorizem o conforto em todas as suas dimensões. Enfatiza-se a utilização da Teoria do Conforto como referencial que permite organizar e direcionar as intervenções profissionais, ampliando sua efetividade e promovendo uma assistência humanizada, centrada nas necessidades dos idosos.

Conclusão

Os achados deste estudo possibilitaram compreender que há uma compreensão limitada sobre o que são, de fato, os CP, muitas vezes associados apenas à finitude da vida. A escassez de conhecimento técnico-científico, aliada à predominância do senso comum, repercute diretamente na forma como esses cuidados são aplicados, revelando dificuldade para compreender formalmente o alívio do sofrimento e o controle dos sintomas como fundamentos da abordagem paliativa, bem como a ausência de ferramentas que validem o início desses cuidados aos idosos institucionalizados.

No que se refere às práticas de conforto, observou-se convergência parcial com a Teoria do Conforto de Kolcaba. Contudo, as ações relatadas concentram-se em cuidados básicos da rotina assistencial, sem diferenciação específica para residentes em condição de palição e sem evidências de avaliação e monitoramento sistemático de sintomas. Apesar disso, observou-se sensibilidade em aspectos interpessoais e

espirituais, como escuta atenta, vínculo afetivo, incentivo à religiosidade, valorização de memórias e atenção ao ambiente, elementos que dialogam com os pilares da teoria e revelam potencial para uma assistência mais integral.

Ratifica-se que todas as medidas de conforto priorizadas pelos profissionais atuantes na ILPI são vistas como relevantes para o bem-estar da pessoa idosa. Entretanto, é essencial que se reconheça os obstáculos existentes na prática, bem como a necessidade de ampliação dos cuidados, para que a assistência seja pautada em uma visão global do ser humano, consoante com as reais necessidades existentes em cada indivíduo, a fim proporcionar conforto em toda a dimensão humana, para que se tenham as melhores experiências no caminho do adoecimento até a finitude da vida.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2017 [cited 2025 Mar 01]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care>.
2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). ANCP e cuidados paliativos no Brasil [Internet]. Ribeirão Preto: ANCP; 2023 [acesso em 2026 jun 11]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>.
3. Faria MR, Merçon JCA, Malveira LL, Correa KFR, Oliveira Júnior GC. Cuidados paliativos em geriatria: um estudo dos princípios e práticas dos cuidados paliativos para idosos, com foco na melhoria da qualidade de vida e no alívio do sofrimento. *Braz J Implantol Health Sci*. 2023;5(5):460-72. doi: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p460-472.
4. Oliveira LMS, Almeida MLS, Silva CPV, Rosa DO, Gomes NP, Pereira LC. Aspectos éticos do cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos. *Enferm Foco*. 2021;12(2):e3321. doi: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321.
5. Tessmann PV, Frozza R, Kipper LM, Furtado JC, Hartwig JA. Perfil dos idosos institucionalizados: uma revisão de literatura com estudos nacionais e internacionais. *Aracê*. 2024;6(4):14110-31. doi: 10.56238/arev6.n4.179.
6. Alves MB, Silva VA, Almeida ARLP, Pereira RCD, Barbosa LC, Silva RS. Cuidado à pessoa idosa institucionalizada na perspectiva de um fim de vida pacífico. *Ciênc Cuid Saúde*. 2023;22:e65964. doi: 10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65964.
7. Possati FM, Cogo SB, Perline NMOG, Venturini L, Leite MT, Tier CG. Desejos e vontades de pessoas idosas institucionalizadas sobre a terminalidade de vida. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2024;27:e230177. doi: 10.1590/1981-22562024027.230177.pt.
8. Martins AG, Sousa PP, Marques RM. Conforto: contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e85214. doi: 10.5380/ce.v27i0.85214.
9. Lucena SLF, Farias FS, Cordeiro LM, Coutinho DTR, Silva LF, Freitas MC. Cuidado de enfermagem à idosa com síndrome da fragilidade fundamentado na teoria do conforto. *Enferm Foco*. 2020;11(5):20-9. doi: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3417.

10. Cardoso RB, Souza PA, Caldas CP, Bittencourt GR. Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Referência*. 2020;5(4):e20066. doi: 10.12707/RV20066.
11. Rocha DG, Nunes NRA, Espírito-Santo G, Bosi MLM. Formação em pesquisa qualitativa nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva: panorama no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(8):e000000. doi: 10.1590/0102-311XPT116723.
12. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2019;11(4):589-97. doi: 10.1080/2159676X.2019.1628806.
13. Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, et al. Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying. *J Pain Symptom Manage*. 2022;63(4):e419-29. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015.
14. Liu X, Chang YC, Hu WY. The effectiveness of palliative care interventions in long-term care facilities: a systematic review. *J Pers Med*. 2024;14(7):700. doi: 10.3390/jpm14070700.
15. Vidal EIO, Kovacs MJ, Silva JJ, Silva LM, Sacardo DP, Bersani ALF. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(9):e00130022. doi: 10.1590/0102-311XPT130022.
16. Alves LP, Fernandes NA, Zica LS, Alvarenga JV, Guimarães LC, Rosa EB, et al. O conhecimento de profissionais da saúde sobre cuidados paliativos em instituição de longa permanência para idosos. *Foco (Vila Velha)*. 2023;16(9):e2899. doi: 10.54751/revistafoco.v16n9-093.
17. Evenblij K, Koppel M, Smets T, Widdershoven GAM, Onwuteaks-Philipsen BD, Pasman HRW. Are care staff equipped for end-of-life communication? A cross-sectional study in long-term care facilities to identify determinants of self-efficacy. *BMC Palliat Care*. 2019;18:84(1). doi: 10.1186/s12904-018-0388-z.
18. Alves MA, Martins RD. A importância da formação em cuidados paliativos na graduação em enfermagem. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2023;97(3):1-7. doi: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.3-art.1961.
19. Maingué PCPM, Spanzerla A, Guirro UBP, Perini CC. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Rev Bioét*. 2020;28(1):135-46. doi: 10.1590/1983-80422020281376.
20. Cole CS, Roydhouse J, Fink RM, Ozkaynak M, Carpenter JG, Plys E, et al. Identifying nursing home residents with unmet palliative care needs: a systematic review of screening tool measurement properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24(5):619-28.e3. doi: 10.1016/j.jamda.2023.02.112.
21. Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(5):e190143. doi: 10.1590/1981-22562019022.190045.
22. Bizutti NS, Antunes RF, Melo RNR, Jensen ISS, Camargo JD. Evolução histórica do conforto no cuidado de enfermagem a pacientes oncológicos em fim de vida: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2024;70(1):e-104437. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4437.
23. Lin Y, Zhou Y, Chen C, Yan C, Gu J. Application of Kolcaba's Comfort Theory in healthcare promoting adults' comfort: a scoping review. *BMJ Open*. 2024;14(10):e077810. doi: 10.1136/bmjopen-2023-077810.
24. Castro MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, Chagas MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200311. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200311.

25. Glória FP, Tavares PE, Coriat JA, Fernandes RNL, Portela TWS. Cuidados paliativos como terapêutica no conforto do paciente. *Rev Eletrônica Acervo Saude*. 2022;15(7):e10753. doi: 10.25248/REAS.e10753.2022.
26. Alencar LLTV, Santos MS, Jesuino FM, Silva AN. A importância da espiritualidade como construtora do processo de individuação. *Rev Pro UniverSUS*. 2021;12(1):94-9. doi: 10.5752/P.1983-2478.2023v18n2e182e01.
27. Esperandio MRG, Souza CFB. A integração da dimensão espiritual no cuidado em saúde faz sentido? *Interações (Uberlândia)*. 2023;18(2):e182e01. doi: 10.5752/P.1983-2478.2023v18n2e182e01.
28. Rego F, Gonçalves F, Moutinho S, Castro L, Nunes R. The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):22. doi: 10.1186/s12904-020-0525-3.

Contribuições de autoria

1 – Isadora Musolino da Cunha

Autor Correspondente

Graduanda em Enfermagem – musolino.isa@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

2 – Mirelle Inácio Soares

Enfermeira, Doutora, Professora – mirelleenfermagem@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Associado: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Como citar este artigo

Cunha IM, Soares MI. Palliative care for older adults in light of the Theory of Comfort: perspectives of healthcare professionals. *Rev. Enferm. UFSM*. 2026 [Access at: Year Month Day]; vol.16, e24:1-21. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769293334>