REVISTA CHILENA DE ENFERMERÍA RchE FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

ARTIGO ORIGINAL

CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS EM FINAL DE VIDA POR COVID-19 NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS

NURSING CARE TO PEOPLE AT THE END OF LIFE DUE TO COVID-19 IN THE INTENSIVE CARE UNIT: EXPERIENCES OF PROFESSIONALS

CUIDADO DE ENFERMERÍA A LAS PERSONAS AL FINAL DE SU VIDA POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES

Mirele Viégas Moura Krautkenr [1], **Franciele Roberta Cordeiro** [1]
Helena da Cruz Campelo [1]

[1] Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.
[a] **Autora de correspondência:** franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

Como citar: Viégas Moura Krautkenr M, Cordeiro FR, da Cruz Campelo H. Cuidado de enfermagem às pessoas em final de vida por Covid-19 na unidade de terapia intensiva: Experiências de profissionais. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):46-59. https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.69945

Fecha de recepción: 8 de marzo del 2023
Fecha de aceptación: 17 de mayo del 2023
Fecha de publicación: 23 de mayo del 2023

Editor: Rudval Souza da Silva

RESUMO

Objetivo: Conhecer as experiências de profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas em final de vida pela COVID-19 hospitalizadas em unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** Para isso, empreendeu-se uma pesquisa qualitativa, descritiva, que se aproxima do paradigma interpretativo. Entre maio e junho de 2022 foram entrevistados 12 profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva de um hospital filantrópico do Sul do Brasil. Os dados foram gerenciados no programa Atlas.ti e submetidos à análise temática. **Resultados:** Apresentados neste artigo dizem respeito à unidade temática O cuidado de enfermagem diante do final da vida por COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva, que se constituiu pelas subunidades: A possibilidade da morte: "infelizmente não tinha muito o que fazer, com relação a doença, pra reverter aquela situação", "A gente ficava ciente de que o paciente ia morrer": a comunicação entre equipes assistenciais, "A gente fazia tudo para todos": cuidados com o corpo na fase final de vida pela COVID-19, "A gente não tinha muito contato com a família": o distanciamento da equipe de enfermagem e, por fim, "Era eles com eles mesmos": vivência dos pacientes em UTI sob a perspectiva dos profissionais. **Conclusões:**

As experiências descritas reforçam a necessidade de educação das equipes de enfermagem, para os cuidados paliativos, especialmente em UTI. Embora eles não se restrinjam à fase final da vida, podem fazer a diferença entre um morrer com dignidade e um morrer com sofrimento e solidão, sobretudo em períodos de emergência sanitária marcados por grande mortalidade.

Palavras-chave: Estado Terminal; Unidades de Terapia Intensiva; COVID-19; Equipe de Enfermagem; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Objective: To know the experiences of nursing professionals caring for people at the end of life due to COVID-19 hospitalized in an intensive care unit. **Methodology:** For this, we undertake a qualitative, descriptive research, which approaches the interpretative paradigm. Between May and June 2022, we interviewed 12 nursing professionals working in an intensive care unit of a philanthropic hospital in southern Brazil. The data were managed in the Atlas.ti program and submitted to thematic analysis. **Results:** Presented in this article concern the thematic unit Nursing care at the end of life due to COVID-19 in Intensive Care Unit, constituted by the subunits: The possibility of death: "Unfortunately we didn't have much to do to reverse that situation"; "We were aware that the patient was going to die": communication between care teams; "We did everything for everyone"; "We did not have much contact with the family": the distancing of the nursing team and, finally, "It was them with themselves": experience of patients in ICU from the perspective of professionals. **Conclusions:** Experiences described reinforce the need for education to nursing teams, especially in ICU, for palliative care. Although they are not restricted to the final stage of life, they can make the difference between dying with dignity and dying with suffering and loneliness, especially in periods of health emergency marked by high mortality.

Keywords: Critical Illness; Intensive Care Units; COVID-19; Nursing Team; Palliative Care.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado a las personas en final de vida por COVID-19 hospitalizadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). **Metodología:** Para ello, se emprendió una investigación cualitativa, descriptiva, que se aproxima al paradigma interpretativo. Entre mayo y junio de 2022 fueron entrevistados 12 profesionales de enfermería, actuando en UTI de un hospital filantrópico del sur de Brasil. Los datos se gestionaron en el programa Atlas.ti y se sometieron al análisis temático. **Resultados:** Presentados en este artículo se refieren a la unidad temática El cuidado de enfermería ante el final de la vida por COVID-19 en la UTI, que se constituyó por las subunidades: La posibilidad de la muerte: "desafortunadamente no había mucho que hacer para revertir esa situación", "Nos dimos cuenta de que el paciente iba a morir": la comunicación entre equipos asistenciales, "Hicimos todo por todos": el cuidado del cuerpo en la fase final de la vida por COVID-19, "No teníamos mucho contacto con la familia": el distanciamiento del equipo de enfermería y, por último, "Eran ellos mismos": vivencia de los pacientes en UTI desde la perspectiva de los profesionales. **Conclusiones:** Las experiencias descritas refuerzan la necesidad de educación de los equipos de enfermería, especialmente en UCI, para los cuidados paliativos. Aunque no se limitan a la fase final de la vida, pueden hacer la diferencia entre un morir con dignidad y un morir con sufrimiento y soledad, sobre todo en períodos de emergencia sanitaria marcados por gran mortalidad.

Palabras clave: Enfermedad Crítica; Unidades de Cuidados Intensivos; COVID-19; Equipo de Enfermería; Cuidados Paliativos.

INTRODUÇÃO

A Coronavírus disease 2019 (COVID-19) se caracteriza pelo comprometimento respiratório e/ou sistêmico em virtude da infecção pelo vírus Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-Cov-2), que pode variar de leve, quando envolve o trato respiratório superior, até pneumonia grave, que pode evoluir para insuficiência respiratória aguda e, por vezes, à morte.[1] A doença se tornou um problema de saúde mundial, tendo provocado elevado número de óbitos em um curto período, prevalecendo em pessoas com doenças crônicas.[2]

A gravidade e complicações agudas resultantes da COVID-19 exigiu, principalmente no período que antecedeu o início da vacinação, aumento de leitos em unidades de terapia intensiva. A unidade de terapia intensiva (UTI) é marcada pela complexidade clínica dos pacientes, pela realização de procedimentos invasivos e pela densidade tecnológica. No Brasil, historicamente há fragilidade na disponibilidade de leitos hospitalares à população, situação agravada no período pandêmico, que resultou na adaptação e criação de novos leitos de tratamento intensivo frente ao colapso de serviços da rede pública e privada.[3] O aumento no número de casos graves e de leitos repercutiu no processo de trabalho das equipes de UTI, que passou a ser marcado pela sobrecarga, pelo sofrimento mental e pela exaustão.[4]

Nas UTI's, as equipes de enfermagem atuam no cuidado ao paciente e à família, mediando através da presença constante, um cuidado integral, afetivo e efetivo diante do espaço tecnológico.[5] A pandemia de COVID-19 conduziu tais equipes a desafios não vivenciados anteriormente. Embora a enfermagem tenha histórico de atuação em epidemias e pandemias, com a atual as equipes ganharam protagonismo pela demanda de cuidados de enfermagem na atenção primária e hospitalar.[6]

Os profissionais intensificaram os cuidados com a própria segurança e, para atuarem, se tornou imprescindível a utilização de equipamentos de proteção individual, que complexifica a realização de cuidados.[7] Ademais, presenciaram óbitos recorrentes, o que impactou a saúde mental, pois cuidar de alguém em final de vida é estar exposto às vulnerabilidades inerentes à condição humana.[8]

Final de vida é um período que compreende desde o diagnóstico de uma doença como avançada, progressiva, com prognóstico limitado, até o óbito, podendo variar de doze a seis meses ou menos.[9] Embora existam instrumentos que estimam o tempo provável de ocorrência do óbito, profissionais consideram a experiência clínica para determinar este período.[10] Na COVID-19, essa estimativa se baseou na deterioração da saúde, especialmente o agravo das funções pulmonares, circulatórias, cardíacas e renais.[11]

Pessoas em final de vida podem se beneficiar da abordagem dos cuidados paliativos, considerando a multidimensionalidade e multidisciplinaridade que os envolvem. Durante a pandemia, em serviços internacionais, a presença de equipes de cuidados paliativos na UTI proporcionou melhores tomadas de decisões por parte das equipes assistenciais na promoção do conforto aos pacientes e familiares.[12] O uso de tecnologia, como tablets e celulares, viabilizou rituais de despedida ou de agregação.[13] No Brasil, profissionais de uma UTI desenvolveram uma "Caixa de Memória", onde eram colocados os pertences do paciente junto a flores, sendo entregues aos familiares enlutados, constituindo uma estratégia mais humana de acolhê-los, para fazer a devolutiva do corpo, e para preservar a memória do falecido.[14]

Durante a pandemia, foram elaboradas recomendações acerca do modo como os cuidados paliativos poderiam ser ofertados aos pacientes com COVID-19, desde ações para o controle de sintomas até orientações para a tomada de decisão.[15] Apesar disso, as equipes apresentaram limitações para o cuidado de si, dos pacientes e dos familiares. Por isso, este estudo teve como objetivo conhecer as

experiências de profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas em final de vida pela COVID-19 hospitalizadas em unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que se aproxima do paradigma interpretativo, desenvolvido em uma UTI de um hospital filantrópico do Sul do Brasil. Os participantes foram profissionais de enfermagem que atuavam em UTI no cuidado a pacientes com COVID-19. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem com mais de três meses de atuação em UTI, que prestassem cuidados a pacientes com COVID-19, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuaram na UTI COVID-19 durante seu período de existência na instituição. Delimitou-se como critérios de exclusão: profissionais que estavam em algum tipo de licença ou afastamento no período da coleta de dados.

Utilizou-se a amostragem do tipo bola de neve, partindo de um informante-chave que indicou outros possíveis, de diferentes turnos.[16] Buscou-se a seleção de, pelo menos, dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro de cada equipe. Dessa forma, 12 profissionais foram convidados a participar da pesquisa, não havendo recusa.

A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2022, por meio de entrevista semiestruturada, mediante protocolo constituído de questões que versavam sobre a atuação dos profissionais junto aos pacientes em final de vida por COVID-19 na UTI.[16] As entrevistas foram registradas em áudio, variando entre 23 e 45 minutos. Os arquivos em áudio foram transcritos em texto no programa Google Docs, em fonte Arial, tamanho 12 e espaço entre linhas de 1,5 cm como formatação. Os arquivos em texto foram gerenciados no programa Atlas.ti e submetidos à análise temática.[17]

A primeira etapa envolve a organização e preparo dos dados para a análise. Na presente pesquisa, esta etapa aconteceu, primeiramente, no Google Drive, em pastas específicas, nas quais foram organizados os arquivos em áudio das entrevistas e, posteriormente, os arquivos em textos oriundos das transcrições. A segunda etapa compreende a leitura dos dados, resultando numa percepção e reflexão sobre as informações. Nesta pesquisa, ela ocorreu concomitante ao processo de coleta de dados, sendo as entrevistas lidas e relidas no gerenciamento dos dados no programa Atlas.ti.[17]

A terceira etapa diz respeito à codificação que, nesta pesquisa, foi operacionalizada no programa Atlas.ti, resultando em 43 códigos oriundos da leitura das entrevistas, distribuídos em 679 excertos. Na quarta etapa, categorização, os códigos e excertos foram agrupados por similaridade, resultando em duas grandes unidades temáticas. Neste artigo, são apresentados somente os dados referentes a uma delas, intitulada "O cuidado de enfermagem diante do final da vida por COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva". A quinta etapa consiste na apresentação dos resultados e a sexta na interpretação. Na presente pesquisa, eles são apresentados de maneira narrativa, a partir dos subtemas que constituíram a unidade temática em questão e interpretados com literatura pertinente ao tema.[17]

Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme disposto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, tendo sido aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 5.372.917. Os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma ficando com eles e outra com a pesquisadora. O anonimato foi garantido, atribuindo-se aos excertos de falas nomes de super-heróis por eles escolhidos.

RESULTADOS

Dentre os 12 profissionais de enfermagem, oito (67%) eram técnicos de enfermagem e quatro (33%) enfermeiros. Quanto aos técnicos, cinco eram do sexo feminino com idade predominante na faixa

etária entre 30 e 40 anos. Já os homens apresentaram idade que variou de 23 a 40 anos. No que concerne aos enfermeiros, duas profissionais eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades que variaram de 27 a 49 anos.

A seguir, apresentam-se as cinco subunidades temáticas que constituíram a unidade intitulada O cuidado de enfermagem diante do final da vida por COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva, a citar: A possibilidade da morte: "infelizmente não tinha muito o que fazer, com relação a doença, pra reverter aquela situação", "A gente ficava ciente de que o paciente ia morrer": a comunicação entre equipes assistenciais, "A gente fazia tudo para todos": cuidados com o corpo na fase final de vida pela COVID-19, "A gente não tinha muito contato com a família": o distanciamento da equipe de enfermagem e, por fim, "Era eles com eles mesmos": vivência dos pacientes em UTI sob a perspectiva dos profissionais.

Elas sintetizam os cuidados priorizados pelos profissionais de enfermagem: as formas de identificação, denominação e registro de pessoas em final de vida; os cuidados com o corpo, notadamente a higiene e a mobilidade; os cuidados com a família; e os cuidados frente à solidão e o medo da morte.

Subunidade temática 1 - A possibilidade da morte: "infelizmente não tinha muito o que fazer, com relação a doença, pra reverter aquela situação".

Segundo os participantes, quando os pacientes internavam na UTI, já estavam ou evoluíam para um quadro de irreversibilidade. Tornando as medidas adotadas insuficientes para evitar a morte.

"Tem outros pacientes que já chegaram num nível gravíssimo, que iam pra UTI, muitas vezes, pra ter um lugar pra morrer" (Batman).

"Paciente que entrava ao meio-dia e de noite já estava intubado. No outro dia a gente chegava e já tinha ido a óbito" (Mulher Maravilha).

A irreversibilidade dos casos era percebida através de sinais durante a hospitalização. A frequência e a continuidade deles resultaram em um padrão de identificação da gravidade do caso e de morte iminente.

"Toma conta de todo pulmão. Daí tu via que mesmo com a ventilação, o pulmão não expandia. [...] As drogas também, sempre altas" (Homem Aranha).

"[...]a função renal também, eu observei pelo menos, que os pacientes começavam a decair a função renal e entrar pra hemodiálise e era praticamente, certo assim, que não se salvaria" (Viúva Negra).

Na tentativa de reversão, ventilação mecânica e hemodiálise foram terapêuticas predominantes.

"A gente já de início começou a observar que os pacientes começavam a não ter diurese, e ficar muito edemaciado e em seguidinha já entrava, começava pra fazer hemodiálise" (Viúva Negra).

"Paciente com COVID, entrava bem, mas aí na madrugada já começava a piorar a saturação, aí tinha que chamar o plantão e o médico já intubava" (Mulher Invisível).

Algumas drogas também foram associadas à possibilidade de morte iminente.

"Ah, e nós entrava com os vasopressores e tu sabia que não ia sair" (Homem Aranha).

"As drogas, tanto sedativas como vasopressoras, cada vez em níveis mais altos" (Thor).

Subunidade temática 2 - "A gente ficava ciente de que o paciente ia morrer": a comunicação entre equipes assistenciais.

Os participantes expuseram que a maioria das informações eram transmitidas verbalmente, na passagem de plantão.

"A gente assumia o plantão, vinha o médico. Ele vinha, sentava do meu lado ali, a gente estava junto ali, conversando e ele dizia: "ó, o leito tal, tal leito, são pacientes que não tem mais o que fazer". E muitas vezes não, muitas vezes o colega, o enfermeiro do turno anterior, na passada de plantão já passava, na passagem de plantão já avisava, já comunicava que esse paciente já não teria mais o que fazer" (Batman).

"Geralmente os médicos faziam como se fosse um round para nós. Eles passavam pra todos nós os quadros clínicos. [...] A passagem de enfermeiro também era conosco, dos técnicos, era tudo muito junto" (Homem Aranha).

Quanto às formas de registro destas informações, eram digitais e escritas.

"Tem as evoluções sim. Nós tínhamos a evolução informatizada. [...] Então nas evoluções a gente botava: "é paciente, se encontra grave, caso crítico, foi tomada decisão pela medicina, que a partir de tal hora, seria as medidas de conforto". Já no livro, a gente já era um pouco mais agressivo, nas palavras digamos assim" (Batman).

"Era mais assim, de boca a boca mesmo. Era como se fosse passando telefone sem fio assim, sabe" (Homem de Ferro).

"Não, não ficava registrado. Era só verbalmente" (Mulher Gato).

Nos casos de irreversibilidade, algumas terminologias eram aplicadas pelas equipes, na tentativa de classificar e estipular cuidados para cada paciente.

"Tinha paciente que demorava muito tempo depois de 'virar conforto'" (Thor).

"Tinha um paciente que não era, como posso dizer, pra investir, no caso" (Supergirl).

"Popularmente, a gente diz que o paciente é 'SPP' que é o 'Se parar, parou'" (Batman).

Subunidade temática 3 - "A gente fazia tudo para todos": cuidados com o corpo na fase final de vida pela COVID-19.

Evidenciou-se que não houve diferença entre os cuidados destinados aos pacientes em final de vida dos demais pacientes da unidade para os quais havia perspectiva de cura.

"Ah, eu não tinha cuidado diferente. Eu fazia o que geralmente eu fazia em todos" (Tempestade).

Até o fim, independente se o paciente, se é, que é um paciente que deve investir, um paciente que está bem, um paciente que tá no final da vida, um paciente que vai entrar em óbito a horas, a minutos, o cuidado é o mesmo, sempre foi o mesmo" (Batman).

"Geralmente os cuidados não mudam do paciente que é curativo para paciente que é só paliativo. A gente mantém os cuidados" (Thor).

Quanto aos cuidados de enfermagem, eram realizados aqueles relacionados à higiene, conforme a tolerância, além de outras medidas favorecedoras do bem-estar.

"Geralmente, quando eram pacientes que estavam muito graves, a gente não podia mexer muito, porque podia acarretar óbito ali" (Viúva Negra).

"Colocava eles de prona, ofertava oxigênio conforme a necessidade. Muitas vezes, dava comida na boca, dava caldinho de feijão, como eu dei para um paciente, porque ele não tinha condições, água em seringa. [...] Higienizava, fazia higiene oral, troca de cadarço" (Mulher Maravilha).

Os participantes também citaram cuidados relacionados à imagem, além de cuidados com a pele.

"O que eu gostava de fazer, e que geralmente eu fazia em todos, é tipo homens que não faziam a barba, aquela coisa. O colega até mexia comigo: "ah não, vai fazer a barba, já vai morrer, esse aí tá pra óbito" (risos). Mas eu fazia. [...] Só nos que não tinham condições mesmo" (Tempestade).

"Se tinha alguma escara, cuidava conforme a prescrição médica" (Mulher Maravilha).

"A gente fazia as mudanças de decúbito, conforme o protocolo" (Homem de Ferro).

A pronação foi um cuidado repetidamente acionado para favorecer a melhora da expansão pulmonar.

"[...]aqueles pacientes que estavam um pouco melhor, tu pronava e coisa e tal, e dava uma melhora no padrão ventilatório do paciente" (Mulher Gato).

"[...]nós tínhamos que pronar esse paciente e tu tirava ele da prona e ele estava muito ruim" (Homem Aranha).

À medida que os casos se agravavam e as condições físicas dos pacientes deterioraram, cuidados como mudança de decúbito e banho de leito não eram mais priorizados. Isto se dava pelo medo de antecipar o óbito.

"Geralmente é bem complicado de mobilizar, geralmente vai desestabilizar e vai [falecer]..." (Thor).

"Geralmente, quando eram pacientes que estavam muito graves, a gente não podia mexer muito né, porque podia acarretar óbito ali" (Viúva Negra).

Quando o óbito ocorria, algumas práticas eram adotadas ao preparar o corpo até a chegada das funerárias.

"O contato, se pedia a ligação e o médico fazia contato com a família, informando o óbito. Daí a gente preparava o corpo e deixava pronto para a funerária levar" (Thor).

"Iam até a porta [os familiares], mas entrar eles não poderiam" (Mulher Invisível).

Subunidade temática 4 - "A gente não tinha muito contato com a família": o distanciamento da equipe de enfermagem.

No que se refere aos cuidados prestados às famílias, os participantes relataram meios para aproximá-los da pessoa hospitalizada, mesmo com o distanciamento.

"A gente mantinha contato por telefone, pelo WhatsApp, ali, às vezes a gente abria ali pra ver as mensagens. Eles pediam informações, a gente conversava com alguns. Mandavam áudio, pediam pra gente colocar pra pessoa escuta e a gente colocava" (Viúva Negra).

"A única ligação que tinha é quando a gente entrava em contato com eles, pra eles trazerem algum, é, higiene pessoal, alguma coisa do tipo" (Batman).

Uma forma de cuidado às famílias foi a comunicação mediada por vídeo chamada e mensagens por aplicativo.

"A gente também abria uma exceção pra paciente que a gente via que tava muito ruim, que a gente via que ia pra ventilação, que talvez, a gente não sabia se ele ia voltar ou não da ventilação depois, então a gente abria uma exceção, fazia uma chamada de vídeo no turno da manhã" (Homem de Ferro).

"Quando tinha a possibilidade, a gente fazia chamada de vídeo com o paciente, no caso com a família ali, o paciente via o familiar, conversava, dentro da possibilidade dele (Supergirl).

Alguns pacientes negavam a realizar este tipo de contato, por não quererem que os familiares percebessem sua condição crítica.

"Tinham alguns pacientes ali, que não queriam ser vistos naquele estado. Então, eles não queriam fazer ligação, porque eles não queriam que a família ficasse preocupada" (Super Homem).

"Oferecíamos para fazer uma chamada de vídeo pro familiar, e, às vezes, tinha alguns que não queriam. E aqueles que aceitavam, choravam" (Mulher Invisível).

Subunidade temática 5: "Era eles com eles mesmos": vivência dos pacientes em UTI sob a perspectiva dos profissionais.

O medo da morte pelos pacientes foi evidenciado nas entrevistas quando os profissionais reproduziram suas falas.

"Eu não quero ser intubado, eu não quero morrer, eu não quero perder minha família" (Homem de Ferro).

"Não me deixa morrer, quero ver meus filhos" (Thor).

"Eu não quero ser intubado" (Hulk).

Dentre os fatores que mais causavam ansiedade estava a intubação.

"Alguns alterava, alterava sinais, pressão, frequência cardíaca, dava uma alterada neles, até por estar longe da família. Querer ver, muitos, às vezes, não sabiam se iam sair dali. Sem conseguir ver a família novamente. Então, sim, alguns sofriam bastante e desestabilizavam mesmo" (Supergirl).

"Tipo parada cardíaca, com o paciente do lado, a gente fazia todo o manejo ali, e, tu olhavas pro lado, o paciente chorando, que agora ia ser ele" (Hulk).

"E eles sabiam que não tinha muita escapatória a não ser a ventilação" (Homem de Ferro).

Os participantes também perceberam o estado de solidão dos pacientes, relatando formas de apoio para amenizá-lo.

Isso ajudava eles, porque eles ficavam literalmente sozinhos. Era eles com eles mesmos. Por mais que a gente tivesse ali, a equipe tivesse na volta, conversando, não podia estar dando toda atenção. Ficar conversando só ali na beira deles. Os poucos que tinham lúcidos…, mas a gente não podia ficar só dando atenção pra aquele pessoal que estava mais lúcido. Então acho que não saciava, mas dava um alento (Tempestade).

"[...] Eles entravam ali, muitos saiam e só vendo a gente ali, todos os dias. E os que não saiam, o último contato deles era nós, não tinha família, não tinha enterro depois, não tinha velório, não tinha velório na verdade. Então, o último contato deles seria nós" (Supergirl).

"Geralmente se tentava conversar, se tentava acalmar, mostrar que cada situação era uma situação diferente, que cada caso era um caso. Talvez pedisse para o médico algum remédio pra acalmar o paciente, pra tentar manter ele mais tranquilo" (Thor).

DISCUSSÃO

Na fase mais grave da pandemia, embora fossem utilizadas máquinas, medicamentos e procedimentos invasivos, dificilmente órgãos vitais tinham suas funções recuperadas, representando aos profissionais a irreversibilidade dos casos.

Frente ao agravamento, medidas de reanimação nem sempre eram adotadas, tendo em vista o estado crítico dos pacientes. A decisão sobre reanimar necessita envolver o paciente, família e a equipe, sendo estes últimos os responsáveis pela avaliação clínica deste paciente, preconizando a qualidade de vida, a dignidade e o sofrimento.[18] No que se refere à função renal, a elevação dos níveis séricos de creatinina culminou em situações de insuficiência renal aguda, tratadas mediante hemodiálise. Ainda, elevados níveis de Troponina I contribuíram para lesões cardíacas.[19] Quanto às intervenções densamente tecnológicas, as ventilações mecânicas não invasiva e invasiva foram utilizadas, sendo a invasiva predominante nas UTI's, e por consequência, associada às maiores taxas de mortalidade na COVID-19.[20]

Medicamentos como Midazolam e Fentanil foram utilizados em grande escala dentro das UTI's devido ao significativo número de pacientes sob ventilação mecânica, que por consequência, precisavam permanecer sedados. Anestésicos, como Midazolam, estavam em falta no pico pandêmico, evidenciando o desabastecimento deste insumo em UTI's de diversos estados brasileiros. Com isto, alertou-se para a fragilidade na produção destes insumos e na evidência de que países com

maior capacidade organizacional e financeira, possuem maior potencial de enfrentamento de emergências de saúde pública.[21]

No que tange aos registros de informação mantidos no período, houve contradição, ressaltando-se, em uma fala, a existência de um caderno de anotações para registro de informações mais objetivas quando da constatação da irreversibilidade dos casos. Em outra, destacou-se que estas informações eram transmitidas apenas verbalmente. Esclarece-se que, por determinado momento utilizou-se o caderno como forma de arquivo, porém, o aumento da demanda de cuidados na unidade impossibilitou que este permanecesse sendo utilizado. Assim, as informações passaram a ser transmitidas de forma verbal e registradas em sistema digital, nas evoluções.

O uso de terminologias para identificar os pacientes em situações clínicas irreversíveis esteve atrelado predominantemente à decisão pela não reanimação cardiorrespiratória, como, por exemplo, "se parar, parou", e à expressão "conforto", compreendida como o controle da dor e limitação ou suspensão de terapias medicamentosas. Nessa direção, é válido apontar que tais terminologias estão em desacordo ao proposto por instituições da área dos cuidados paliativos, as quais preconizam a utilização de "doença que ameaça à vida", ou "doença que não responde ao tratamento modificado", para se referir à condição da doença que acomete a pessoa, evitando-se, assim, reduzir a pessoa à sua condição patológica, também afastando a ideia de que não há nada mais a ser feito.[22]

O banho de leito foi apontado como promotor do conforto, além de uma forma de cuidado com a pele, mantendo sua integridade por meio do favorecimento da circulação sanguínea. Ele auxilia na prevenção de infecções e na sensação de bem-estar, no entanto, se trata de um procedimento complexo, que em muitas situações, se torna inviável frente à gravidade dos pacientes. Pacientes hemodinamicamente instáveis, podem apresentar queda na saturação, alterações na temperatura corporal e na frequência cardíaca, sendo responsabilidade do enfermeiro a avaliação e adaptação dos cuidados de higiene em cada caso.[23,24]

Algumas reações dos profissionais em relação aos cuidados com o corpo e à identidade dos pacientes, como nos momentos de risos, ou ainda quando indicaram que colegas dizem que pacientes em final de vida não merecem determinados cuidados pois irão morrer, podem ser analisadas como negação ou defesa.

Independente da fase do adoecimento, pessoas com doenças que não respondem mais ao tratamento modificador precisam ser assistidas em acordo com os objetivos de cuidado, por meio de comunicação adequada, avaliação constante, não abandono e atenção à família.[25] A UTI se distingue dos demais setores do hospital por abrigar tecnologias que acabam se tornando o centro do agir profissional da equipe de saúde. Contudo, é preciso resgatar a ética e o respeito ao corpo que, neste espaço, tem sua nudez e sua privacidade invadidas. Sua identidade, moralidade e valores invisibilizados. Um corpo que merece e deve ser considerado em sua individualidade, ter sua biografia respeitada, visando à dignidade nos últimos momentos da vida.[26]

Cuidados com a mudança de decúbito e o reposicionamento também tiveram destaque. Pacientes em final de vida apresentam falência de órgãos à medida que a doença progride, sendo um deles, a pele. Nesta fase, deve-se ponderar a utilização de determinadas coberturas, revisar a questão nutricional, bem como o posicionamento no leito, o qual deve ser adaptado à tolerância do paciente, tanto em termos de frequência, como em termos de posição.[27] Destaca-se que, no contexto do vivenciado pelos participantes desta pesquisa, o alto fluxo de atendimentos dificultou a adaptação dos cuidados a necessidade de cada paciente, levando à homogeneização desse cuidado.

A posição prona foi mencionada pelos profissionais como um importante cuidado. Ela foi adotada nas UTI's COVID-19 diante da insuficiência respiratória, na tentativa de evitar a ventilação mecânica

ou melhorar a expansão pulmonar em pacientes já em uso desta terapêutica, os quais poderiam permanecer em um tempo variável entre 12 e 16 horas contínuas.[28]

O controle da dor também teve ênfase, principalmente, durante o banho e o reposicionamento. Em estudo realizado com 19 pacientes de UTI foi constatado que após o banho no leito, o nível de dor aumenta significativamente. Para pacientes em coma induzido é recomendado atentar para a má sedação e analgesia, que pode ser corrigida pela associação de drogas como o Midazolam e o Fentanil.[29]

Diante dos óbitos, os corpos eram preparados pelas equipes em acordo com as diretrizes nacionais, bloqueando-se a drenagem de secreções de lesões e de inserção de dispositivos, removendo-se secreções de orifícios e bloqueando-os para evitar extravasamentos e acomodando-se os corpos em sacos impermeáveis.[25] Tais sacos simbolizaram a morte e a despersonificação dos ritos de passagem no final da vida diante do potencial risco de contaminação pelo vírus SARS-Cov-2. A supressão desses ritos afetou diretamente a elaboração do luto pelas famílias.[30]

No que se refere ao cuidado com as famílias, os participantes reconheceram que este foi deficiente, pelo fato de necessitarem estar afastados. Os momentos em que tinham contato físico eram aqueles para entrega de materiais de higiene. Apesar disso, relataram ter tentado aproximá-los dos pacientes através de tecnologias digitais, como vídeo chamadas e ligações telefônicas. Essa era a maneira pela qual informaram sobre o estado de saúde dos pacientes, além de, em muitos casos, ser a estratégia para viabilizar o último adeus.

Na urgência de organizar uma frente de trabalho, com espaços físicos, profissionais capacitados e aquisição de insumos e equipamentos, durante a pandemia a comunicação entre as equipes e as famílias se fragilizou, limitando a assistência humanizada. Em muitas situações, a própria comunicação do óbito foi realizada na porta das UTI's, sem o devido acolhimento.[31]

Assim, o vínculo entre as famílias e a equipe não foi considerado forte pelos participantes da presente pesquisa, tendo em vista a falta de apoio, especialmente, no momento de perda. Na tentativa de lidar com os danos causados pelo luto, existem estratégias imediatas e a longo prazo que podem ser utilizadas pelas equipes. Caracterizam-se estratégias imediatas aquelas em que se proporciona às famílias a vivência do luto antecipado, através de chamadas telefônicas, gravações de áudios e/ou cartas. Quanto às estratégias a longo prazo, são aquelas que perdurarão por um período, até que haja o alívio do sofrimento, como, por exemplo, acompanhamento contínuo com reabilitação e aconselhamento especializado.[32] Na presente pesquisa, foi identificado predomínio do uso de estratégias de apoio imediato pelos profissionais.

Nessa conjuntura, na percepção dos participantes desta pesquisa, os cuidados paliativos e o conforto estiveram centrados exclusivamente no alívio da dor ou na prevenção dela. No entanto, cuidados paliativos se estendem às famílias, pois visam à redução do sofrimento para além daquele experienciado pelo paciente, sobretudo quando essas são abordadas mediante comunicação terapêutica e acolhimento. Durante a pandemia de COVID-19, ofertar cuidados paliativos em UTI COVID-19 representou um desafio frente às altas taxas de internações, demanda de procedimentos, sobrecarga dos profissionais e carência ou deslocamento de profissionais especializados em cuidados paliativos. Evidenciou-se, assim, a necessidade de educação com o objetivo de disseminar ainda mais essa filosofia de cuidados, de modo a favorecer sua capilaridade entre os serviços, mesmo em cenários pandêmicos.[33]

Por fim, frente à ansiedade e ao medo da morte manifestados pelos pacientes, os profissionais deste estudo se sentiram como o único e último amparo diante da dor, da solidão, do morrer e da morte, reconhecendo a presença e a escuta como uma importante forma de cuidado. Convergindo, estudo [34]

identificou que com a ausência familiar durante a internação na pandemia, profissionais se tornaram uma extensão da família, compreendendo que deveriam desenvolver empatia e resgatar a humanidade durante os cuidados.[34] Divergindo, estudo evidenciou que ao identificarem sentimentos de medo da morte demonstrados por pacientes com COVID-19 em UTI, profissionais de saúde ocultavam seus sentimentos e utilizavam o distanciamento emocional com os pacientes como mecanismo de defesa, gerando sobrecarga emocional para si.[35]

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu conhecer as experiências de profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas em final de vida pela COVID-19 hospitalizadas em UTI. Constatou-se que esses cuidados eram, em sua maioria, complexos, exigindo esforço físico e psicológico dos profissionais ao desempenhar suas funções em grande escala de atendimento.

Tal fato inviabilizou considerar a biografia dos pacientes, repercutindo na uniformização e despersonalização de alguns cuidados prestados, limitando a oferta de cuidados paliativos, em sua essência. Apesar disso, houve momentos possíveis de realizar a escuta, demonstrar atenção e cuidado com a aparência e a identidade, o que fez os profissionais se sentirem únicos e a exclusiva forma de apoio aos pacientes durante a hospitalização até a morte.

Quanto às limitações da pesquisa, se destaca o fato da primeira autora, à época da coleta de dados, ser funcionária da instituição, o que pode ter interferido em algumas respostas. Também, as entrevistas aconteceram durante os turnos de trabalho, o que pode ter repercutido na disponibilidade de tempo dos profissionais. Outrossim, o estudo foi realizado em uma única UTI e somente com profissionais de enfermagem.

Apesar disso, as experiências aqui apresentadas reforçaram a necessidade de educação das equipes de enfermagem, especialmente em UTI, para os cuidados paliativos. Embora eles não se restrinjam à fase final da vida, eles podem fazer a diferença entre um morrer com dignidade e um morrer com sofrimento e solidão, sobretudo em períodos de emergência sanitária marcados por grande mortalidade. Por isso, acredita-se na importância das políticas públicas em institucionalizar e fomentar (equipes de) cuidados paliativos nos diferentes contextos e serviços de saúde, de modo a torná-los prática constante e qualificadora do viver e do morrer.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO: Sem financiamento.

AUTORIA:

MVMK, FRC: Conceituação, Curadoria de dados, Administração de projetos, Programas, Escrita rascunho original.
MVMK, FRC, HDCC: Análise formal, Investigação, Metodologia, Recursos, Validação, Visualização
FRC: Supervisão.
FRC, HDCC: Escrita y Revisão, Edição.

REFERÊNCIAS

1. Zou F, Ting Y, Ronghui D, Guohui F, Ying L, Zhibo L, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet 2020;395(10229):1054-1062. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3

2. Yi P, Xiang Y, Cheng D, Yanfei C, Kaijin X, Qing N, et al. Risk factors and clinical features of deterioration in COVID-19 patients in Zhejiang, China: a single-centre, retrospective study. BMC Infect Dis 2020; 943(943). https://doi.org/10.1186/s12879-020-05682-4
3. Campos FCC de, Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. Saúde debate 2020;44(spe4):146–60. https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409
4. Noronha KVM de S, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cad Saúde Pública 2020;36(6):e00115320. https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320
5. Brusamarello T, Da Silva SS, Machado EM. Cuidado de enfermagem a familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Saúde e Pesquisa 2019;12(3):630-638. https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p629-638
6. Padilha MI. From Florence Nightingale to the covid-19 pandemic: the legacy we want. Texto contexto - enferm 2020;29(29):e20200327. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0327
7. Souza TM, Lopes GS. Assistência de enfermagem em terapia intensiva ao paciente com COVID-19: um relato de experiência. REAEnf 2021;9:e6118. https://doi.org/10.25248/reaenf.e6118.2021
8. Luz DCRP, Campos JRE, De Oliveira PSB, Campos JBR, Nascimento AMV, Brito AB. Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19: revisão sistemática com metanálise. Nursing 2021;24(276):5714–5725. https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725
9. Hui D, Noorudin Z, Didwaniya N, Dev R, Cruz M D L, Kim S H, et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. J Pain Symptom Manage 2014;47(1):77-89. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021
10. Cordeiro FR, Oliveira S, Giudice JZ, Fernandes VP, Oliveira AT. Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: a scoping review. Enfermeria 2020; 9(2): 205–228. https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2317
11. Cecconi M, Piovani D, Brunetta E, Aghemo A, Greco M, Ciccarelli M, et al. Early predictors of clinical deterioration in a cohort of 239 patients hospitalized for Covid-19 infection in Lombardy, Italy. J Clin Medicine 2020;9(5):1548. https://doi.org/10.3390/jcm9051548
12. Rao A, Kelemen A. Lessons learned from caring for patients with COVID-19 at the end of life. J palliat med 2021;24(3):468-471. https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0251
13. Ann-Yi S, Azhar A, Bruera E. Dying alone during a pandemic. J palliat med 2021; 24(12):1905-1908. https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0718
14. Luiz TSC, Silva Filho OC da, Ventura TCC, Dresch V. Caixa de memórias: sobre possibilidades de suporte ao luto em unidade de terapia intensiva durante a pandemia de COVID-19. Rev bras ter intensiva 2020;32(3):479–80. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200079
15. Gomes SA, Crispim D, Franco MH, Achette D. Manejo do óbito e luto no contexto de COVID-19 em adultos em cuidados paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2020. https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/FINAL_ANCP_Ebook_Manejo-do-%C3%B3bito-e-luto-no-contexto-de-COVID-19-em-adultos-em-cuidados-paliativos.pdf
16. Polit D F, Beck C T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
17. Creswell J W. Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
18. Oliveira H C, Sauthier M, Silva M M, Crespo M D A, Seixas A P R, Campos J F. Ordem de não reanimação em tempos da COVID-19: bioética e ética profissional. Rev gaúcha enferm 2021;42(1):e20200172. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200172

19. Qian Z, Lu S, Luo X, Chen Y, Liu L. Mortality and Clinical Interventions in Critically ill Patient With Coronavirus Disease 2019: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Med 2021;8:1-15. https://doi.org/10.3389/fmed.2021.635560
20. Serafin RB, Póvoa P, Souza-Dantas V, Kalil AC, Salluh JIF. Curso clínico e resultado de pacientes críticos com infecção por COVID-19: uma revisão sistemática. Clin microbiol infect 2020;27(1):47-54. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.10.017
21. Chaves LA, Osorio-de-Castro CGS, Caetano MC, Silva RA, Luíza VL. Desabastecimento: uma questão de saúde pública global. Sobram problemas, faltam medicamentos. Nota técnica. Fiocruz. 2020. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42974/2/Desabastecimento_medicamentos.pdf
22. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 ed. São Paulo: ANCP; 2012.
23. Costa GS, Souza CC, Diaz FBBS, Toledo LV, Ercole FF. Banho de leito em cuidados críticos: uma revisão integrativa. Rev baiana enferm 2018;32. https://doi.org/10.18471/rbe.v32.20483
24. Avilar CTA, Andrade IMA, Nascimento CS, Viana LVM, Amaral TLM, Prado PR. Cuidados de enfermagem para banho de leito em pacientes com COVID-19: revisão integrativa. Rev bras de enferm 2022; 75(1):e20200704. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0704
25. Brasil, Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020. https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/manejo-de-corpos-no-contexto-da-covid-19
26. Cordeiro FR, Zillmer JGV, Luiz MB, Silva, NK, Campelo HC. Experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev chilena enferm 2022;4(1):72-108. https://doi.org/10.5354/2452-5839.2022.66269
27. Cordeiro FR, Tristão FS, Zillmer JGV, Padilha MAS, Fonseca ACF, Fernandes VP. Avaliação e cuidados com a pele no final de vida. Rev Evident 2019;16: e12334. http://ciberindex.com/c/ev/e12334
28. Flor MA, Oliveira KDL, Oliveira AF. Efeitos da posição prona em pacientes com COVID-19. Brazilian Journal of Health Review 2022; 5(1):3342-49. https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-294
29. Taets GGC, Figueiredo N M A. Uma pesquisa quase experimental em enfermagem sobre dor em pacientes em coma. Rev bras de enferm 2016; 69(5):927-32. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0121
30. Grisotti M, Granada D, Detoni PP, Oliveira MC, Diehl EE. A morte contaminada: a experiência da morte por COVID-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML, editores. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz; 2022. p. 309-319.
31. Lysakowsko S, Machado KPM, Wyzykowski C. A comunicação da morte em tempos de pandemia por COVID-19: relato de experiência. Saberes Plurais Educ Saúde 2022;4(2):71-77. https://doi.org/10.54909/sp.v4i2.108467
32. Estrela FM, Silva AF, Oliveira ACB, Magalhães JFR, Soares CFC, Peixoto TM, et al. Enfrentamento do luto por perda familiar pela COVID-19: estratégias de curto e longo prazo. Pers bioét 2021;25(1):e2513. https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.3
33. Florêncio RS, Cestari VRF, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TMM, et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de covid-19 desafios e contribuições. Acta Paul enferm. 2020;33:eAPE20200188. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886
34. Sharpe T S. Você não vai morrer sozinho: tecnologia e compaixão na pandemia COVID-19. Enferm. foco (Brasília) 2020;11(2):52-54. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.3707

35. Clem L, Hoch VA. A morte dizendo olá: vivência dos pacientes internados em leitos UTI COVID-19, um olhar a partir dos profissionais de saúde. APEsmo 2021:6e:29799. https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/29799