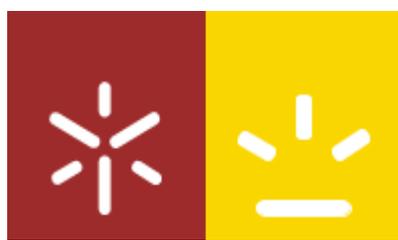


Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Vânia Catarina Lopes Peixoto

Necessidades de conforto da pessoa em situação crítica
submetida a ventilação mecânica invasiva



utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Vânia Catarina Lopes Peixoto

Necessidades de conforto da pessoa em situação crítica
submetida a ventilação mecânica invasiva

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação dos Professores

Rui Manuel Freitas Novais

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

junho de 2021

DECLARAÇÃO DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho.



Atribuição

CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

[Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.]

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

“O conforto é algo a que os seres humanos querem aceder desde que nascem. É por isso que uma criança pára de chorar quando um joelho ferido é beijado, ou um doente idoso se acalma quando é tocado na mão ou ouve palavras delicadas”

(Malinowski & Stamler, 2002)

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado significa o culminar de mais uma etapa da minha vida e, certamente, o início de outras. Apesar de alguns momentos neste percurso terem sido difíceis de superar, tornaram-se verdadeiros desafios.

Dedico o presente trabalho de investigação, bem como todo o tempo investido no percurso desta formação académica:

Ao meu marido pelo apoio, paciência e compreensão; à minha mãe pela dedicação e pelo esforço; e, à memória do meu pai. Foram a essência do sucesso nesta etapa, e são a essência de toda a minha vida.

Aos orientadores científicos Professores Rui Novais e Fátima Martins que me acompanharam nesta etapa de desenvolvimento do meu percurso académico e pessoal. Sem a sua disponibilidade, motivação e interesse não tinha sido possível a realização desta dissertação.

À instituição que me concedeu a autorização para a recolha de dados, tornando possível a investigação.

A todos os amigos, colegas e familiares que me acompanharam ao longo deste percurso.

A todos, o meu mais sincero agradecimento!

Necessidades de conforto da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva

Resumo

A pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva encontra-se num estado de falência ou iminência de falência das suas funções vitais e é sujeita a terapêuticas *lifesaving* extramente invasivas que põem em causa as suas necessidades de conforto. Este facto desafia os enfermeiros a uma prática de enfermagem avançada, alicerçada num conjunto de competências altamente diferenciadas e especializadas, de modo a satisfazer essas necessidades. Desenvolvemos um estudo qualitativo de carácter exploratório e descritivo, tendo como objetivos explorar e descrever as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva. Recorremos à entrevista não estruturada como instrumento de colheita de dados dirigida a nove participantes que foram submetidos a ventilação mecânica invasiva, numa unidade de cuidados intensivos. A análise das narrativas foi realizada com recurso à técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin. Da análise, emergiram os temas *Necessidades de Conforto* e *O Conforto como Estado*. O primeiro integra quatro categorias: contexto físico, contexto psicoespiritual, contexto ambiental e contexto sociocultural. O segundo agrega as categorias: alívio, tranquilidade e transcendência. Os resultados apontam que os participantes manifestaram necessidades de conforto nos quatro contextos da experiência, nomeadamente a nível do autocuidado, da esperança, da temperatura, da responsabilidade económica e social, e da relação interpessoal com a equipa de saúde, entre outras, que podem ser colmatas através das intervenções promotoras do alívio e da tranquilidade. Salienta-se, ainda, que com a ajuda dos profissionais de enfermagem e ancorados na transcendência pessoal, os participantes atingem o estado de calma e, com a força de vontade e superação pessoal, ultrapassam problemas. O conhecimento e a aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba permitem ao enfermeiro especialista em enfermagem à Pessoa em situação crítica uma melhor compreensão das reais necessidades dos doentes, além de conduzir a sua intervenção para um cuidado diferenciado, individualizado, humanístico e confortador.

Palavras chave: Necessidades de conforto; Pessoa em situação crítica; Teoria do conforto de Kolcaba;

Ventilação mecânica invasiva

Comfort needs of critical patients under invasive mechanical ventilation

Abstract

Critical patient under invasive mechanical ventilation is in a state of failure or imminent failure of their vital functions and is subject of invasive lifesaving therapies that jeopardize their comfort needs. This fact challenges nurses to an advanced practice, based on a set of highly differentiated and specialized skills, in order to satisfy these needs. We developed a qualitative, exploratory and descriptive study, aiming to explore and describe the comfort needs experienced by critical patients undergoing invasive mechanical ventilation. We used the unstructured interview as a data collection instrument aimed at nine participants who underwent invasive mechanical ventilation at intensive care unit. The analysis of the narratives was carried out using the technique of content analysis according to Bardin. From this, emerged the themes *Comfort needs* and *Comfort as a state*. The first theme comprises four categories: physical context; psychospiritual context; environmental context and sociocultural context. The second theme brings together the categories: relief, ease and transcendence. The results show that the participants expressed comfort needs in the four contexts of the experience, namely in terms of self-care, hope, temperature, economic and social responsibility, and the interpersonal relationship with the health team, among others, which can be bridges through nursing interventions that promote relief and ease. It should also be noted that with the help of nurses and anchored in personal transcendence, the participants reach a state of calm and with willpower and personal overcoming, rise above problems. The knowledge and application of Kolcaba's Comfort Theory, allows the specialist nurse to care better of critical patient, understanding your real needs, in addition to leading their intervention towards a differentiated, individualized, humanistic and comfort care.

Keywords: Comfort needs; Critical patient; Invasive mechanical ventilation; Kolcaba 's Comfort Theory.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1- A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: NECESSIDADES DE CONFORTO	17
1.1. Ventilação mecânica invasiva	17
1.2. O processo de desmame ventilatório	24
1.3. Conforto: Foco da prática de enfermagem	27
1.4. Teoria do conforto de Kolcaba	32
CAPÍTULO 2 – MATERIAL E MÉTODOS	38
2.1. Abordagem, tipo de estudo e objetivos	38
2.2. Participantes e contexto	39
2.3. Instrumento e procedimentos de colheita de dados	40
2.4. Procedimentos de análise de dados	43
2.5. Considerações éticas	45
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
3.1. Necessidades de Conforto	50
3.1.1. Contexto Físico	50
3.1.2. Contexto Psicoespiritual	55
3.1.3. Contexto Ambiental	59
3.1.4. Contexto Sociocultural	60
3.2. O conforto como estado	63

3.2.1. Alívio.....	63
3.2.2. Tranquilidade.....	64
3.2.3. Transcendência.....	65
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	80
Anexo A - Parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho.....	81
Anexo B - Parecer do Departamento de Ensino Formação e Investigação de um Centro Hospitalar.....	88
Anexo C - Parecer Comissão de Ética para a Saúde de um Centro Hospitalar.....	92
APÊNDICES.....	95
Apêndice A - Guião de Entrevista.....	96
Apêndice B - Consentimento Informado.....	97
Apêndice C - Declaração de compromisso do responsável pela investigação.....	99

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANP - *Atrial natriuretic peptide*

ARDS – *Acute respiratory distress syndrome*

CO₂ – Dióxido de carbono

ECMO – *Extracorporeal membrane oxygenation*

et al. – e outros

e. g – exempli gratia

FRC – *Functional residual capacity*

HSB - *Health seeking behaviour*

IPPV - *Intermittent positive pressure ventilation*

PaCO₂ - Pressão parcial de dióxido de carbono do sangue arterial

PAD – *Pain, agitation and delirium*

PAM – Pressão arterial média

PEEP – *Positive end-expiratory pressure*

PSC – Pessoa em situação crítica

PSV – *Pressure support ventilation*

RNEHR- Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência medicina intensiva

RSBI – *Rapid shallow breathing index*

RVEDV - *Right ventricular end-diastolic volume*

SNG – Sonda nasogástrica

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCIP- Unidade de cuidados intensivos polivalente

VMI- Ventilação mecânica invasiva

V/Q – *Ventilation/perfusion*

VT – Volume total

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura Taxonómica do Conforto	33
Quadro 2 - Vantagens e desvantagens da entrevista	41
Quadro 3 - Características da entrevista não estruturada.....	42
Quadro 4 - Caracterização dos participantes.	48
Quadro 5 - Matriz de redução de dados.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas do desmame ventilatório.....	25
Figura 2 - Critérios para iniciar o desmame ventilatório	26
Figura 3 - Evolução do conceito do conforto na perspectiva da enfermagem	32
Figura 4 - Estrutura Conceptual da Teoria do Conforto.....	34
Figura 5 - Necessidades de conforto da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.....	67

INTRODUÇÃO

Cuidar a pessoa em situação crítica exige a necessidade premente de intervenções especializadas e diferenciadas. Numa unidade de cuidados intensivos, os doentes sob ventilação mecânica invasiva estão sujeitos a diversos procedimentos de diagnóstico e terapêutica que podem causar ansiedade, bem como alteração das necessidades de conforto (Dornelles et al., 2012). Desta forma, o internamento pode ser um processo repleto de experiências intensas, dada a exposição ao *stress* e a diversas ameaças.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco imediato de vida. Estes são prestados de forma contínua, suportando necessidades afetadas e as funções vitais básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo como objetivo a recuperação total da pessoa (Regulamento n. 429, 2018). Os enfermeiros são desafiados a desenvolver uma prática de enfermagem avançada, alicerçada num conjunto de competências altamente diferenciadas e especializadas de modo a satisfazer as necessidades da pessoa em situação crítica com base numa abordagem holística do cuidar.

De acordo com a European Society of Intensive Care Medicine (ESICM, 2012), a ventilação mecânica invasiva é definida como uma forma de assistência ventilatória artificial utilizada essencialmente para promover a oxigenação e a ventilação do doente com insuficiência respiratória, de qualquer etiologia, pelo tempo que for necessário até reversão do quadro. Esta é a razão pela qual a ventilação mecânica invasiva é comumente utilizada como medida de *lifesaving* em Unidades de Cuidados Intensivos.

Todavia, o recurso à ventilação mecânica invasiva, apesar de indispensável à sobrevivência, acarreta um vasto leque de alterações das necessidades da pessoa ventilada causando repercussões no seu conforto que é identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem (Apóstolo, 2009). Vários autores estudaram o conceito de conforto direcionando-o para a tranquilidade, bem-estar, proteção, segurança, entre outros. Na década de 90 do século XX, Katharine Kolcaba dedicou-se à sua concetualização e operacionalização, considerando-o como uma experiência imediata de satisfação das necessidades humanas básicas para o alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e social (Kolcaba & Fisher, 1996) podendo ser definido, ainda, como uma sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (International Council Of Nurses [ICN], 2019).

Deste modo, o conforto considera a experiência da pessoa em ter beneficiado de alguma forma de ajuda e de ter, com isso, adquirido ou potenciado a capacidade individual para enfrentar algo no momento. Este conceito apresenta um elevado interesse e potencial para a enfermagem se devidamente utilizado e valorizado. Este pode ser considerado como um resultado sensível à intervenção do enfermeiro, pelo carácter mais imediato da experiência e pela conotação de valorização da ajuda fortalecedora implícita (Oliveira, 2013).

Assim, consideramos pertinente investigar a experiência da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva de modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Personalizar os planos de cuidados centrados nas reais necessidades é sem dúvida atender à pessoa como um ser holístico e único. A realização deste estudo de investigação surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e emerge da constatação da insuficiência de estudos em Portugal, bem como do interesse da investigadora em cuidar de pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Face a esta problemática, optamos pela realização de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa que responda à questão de investigação: *Quais as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?* e tem como objetivos: *i)* explorar as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva e *ii)* descrever as necessidades de conforto experienciadas da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

A presente dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos. Na introdução explicitamos brevemente a problemática, caracterizamos o tipo de estudo e definimos os objetivos, fazendo-se, ainda, uma alusão à estrutura do trabalho. No primeiro capítulo abordamos o estado da arte relativamente aos temas da ventilação mecânica invasiva, a perspetiva do conforto para a enfermagem e a teoria do conforto de Kolcaba. O segundo capítulo é sede do enquadramento metodológico, iniciando-se com a abordagem de investigação, seguindo-se o tipo de estudo e os objetivos, os participantes, o instrumento e procedimentos de colheita de dados, procedimentos de análise e, por fim, as considerações éticas. A apresentação e discussão dos resultados inserimos no terceiro capítulo. Finalmente, no quarto capítulo enquadrámos as conclusões, limitações do estudo e as implicações para a enfermagem. São ainda, parte integrante desta dissertação as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

A elaboração desta dissertação cumpre as normas para formatação gráfica e depósito no RepositóriUM e as diretrizes da *American Psychological Association* (7.^a edição) para as citações em texto e referências bibliográficas.

CAPÍTULO 1- A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: NECESSIDADES DE CONFORTO

Neste capítulo abordamos os temas ventilação mecânica invasiva e processo de desmame ventilatório bem como, o conceito de conforto e a teoria do conforto de Kolcaba de modo a contextualizar o fenómeno em estudo.

1.1. Ventilação mecânica invasiva

A longevidade é a grande conquista do homem, mas viver mais tempo significa, também, um crescimento exponencial de doenças crónicas e incapacitantes. Em Portugal, constata-se o aumento e complexidade dos acidentes, bem como da violência urbana e dos crimes violentos (Regulamento n.º 361, 2015). Estes fatores contribuem para o aumento do número de pessoas a vivenciar processos de saúde/doença críticos e a necessitar de cuidados de enfermagem altamente diferenciados e de qualidade. A capacidade para abordar de forma global, integrada e multidisciplinar a pessoa em situação crítica, que requer cuidados complexos, é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva, 2017).

A pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n. 429, 2018, p.1362). Neste âmbito, os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica têm evoluído muito nos últimos anos, tornando-se cada vez mais complexos, exigindo profissionais altamente qualificados de forma a responder a situações de doença potencialmente reversíveis que põem em risco a vida das pessoas. Estes cuidados necessitam de uma concentração de meios técnicos e recursos humanos diferenciados capazes de suportar, prevenir e reverter falências com implicações vitais (Regulamento n.361, 2015).

Este facto desafia os enfermeiros a uma prática de enfermagem avançada, alicerçada num conjunto de competências altamente diferenciadas e especializadas de modo a satisfazer as necessidades da pessoa em situação crítica, o que requer sistemas de prevenção, de alerta precoce e de resposta, uma abordagem multidisciplinar e cuidados paliativos, se necessário (Bauchmuller & Faulds, 2015).

Face à gravidade e à complexidade clínica, o doente crítico necessita de internamento numa unidade que permita a monitorização e o apoio das funções vitais de forma contínua. Neste sentido, as Unidades

de Cuidados Intensivos (UCI) são os locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelo doente crítico sujeitando-o a procedimentos invasivos, que causam a alteração das suas necessidades de conforto (Dornelles et al., 2012), bem como o recurso a terapêuticas de *lifesaving*, como é exemplo a ventilação mecânica. De acordo com Jordan et al. (2002), dois terços dos adultos admitidos em UCI necessitam de ventilação mecânica invasiva (VMI), por apresentarem problemas pulmonares e *stress* respiratório.

Fazendo uma breve resenha histórica, importa afirmar que Galeno, filósofo grego do século II d.C., através de dissecações realizadas em animais, presumiu que a anatomia era idêntica à dos humanos e realizou os primeiros estudos acerca da respiração. Este filósofo menciona que o efeito físico da respiração causa o batimento cardíaco. Após esta descoberta, decorreram 1500 anos com escassos avanços na compreensão da ventilação (Slutsky, 2015).

Em 1563, Andreas Vesalius, professor de anatomia, publicou um tratado intitulado *De Humani Corporis Fabrica* fazendo referência, pela primeira vez, à ventilação mecânica por pressão positiva, da forma como é reconhecida nos dias de hoje. Para tal recorreu à insuflação pulmonar com auxílio de um balão com ar, afirmando que a vida de um animal pode ser restabelecida através da realização de uma abertura no tronco da traqueia e da introdução de um tubo ou de uma cana no seu interior. Ao insuflar ar na cana, o pulmão expande novamente porque lhe é injetado ar. Isto descreve essencialmente, nos dias de hoje, uma traqueostomia realizada numa UCI e a aplicação da pressão positiva nas vias aéreas (Slutsky, 2015).

Apenas em meados do século XVIII, em 1774, com o desenvolvimento da anestesiologia moderna e através da descoberta do oxigénio e do óxido nítrico, iniciou-se a utilização, por rotina, da anestesia geral por inalação de éter e, posteriormente, clorofórmio, e com isso chegou-se às técnicas de intubação orotraqueal “às cegas”, as quais expandiram os horizontes da ventilação mecânica pulmonar, e no final do século XIX à laringoscopia direta (Matioc, 2016).

No início do século XX, a ventilação mecânica foi realizada com recurso aos denominados ventiladores *iron lung*, por aplicação de pressão negativa. Em 1952, a epidemia de poliomielite em Copenhaga resultou na necessidade de centenas de vítimas serem submetidas a ventilação prolongada, devido à insuficiência respiratória e bulbar, sobrecarregando, deste modo, os serviços de saúde disponíveis, uma vez que neste período havia apenas sete ventiladores ao serviço dos profissionais de saúde. O professor Larsen, médico, pediu auxílio ao Dr. Bjorn Ibsen, anestesista, no sentido de aplicarem a ventilação com pressão positiva intermitente (IPPV) com recurso à anestesia para obterem sucesso no controlo da

insuficiência respiratória, decorrente da poliomielite. Nesse contexto, mais de trezentos doentes foram ventilados manualmente ao longo das vinte e quatro horas, através de traqueostomia por mil estudantes de medicina e de odontologia, mostrando-se esta técnica eficaz. Por este motivo, o Dr. Ibsen foi considerado o “Pai” da medicina intensiva. Os primeiros ventiladores de pressão positiva foram desenvolvidos durante a Segunda Guerra Mundial para oxigenar os pilotos em altitude. A principal diferença entre os dois métodos de ventilação é que os *iron lung* diminuem a pressão intratorácica para sub-atmosférica (sugando ar), enquanto a IPPV, via tubo endotraqueal, aumenta a pressão alveolar acima da atmosférica (soprando ar). Esta simples diferença explica muitos dos efeitos fisiológicos associados à IPPV (Brown & Roberts, 2016).

A ventilação mecânica consiste num método de suporte para o tratamento de pessoas com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, uma vez que substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea, com o objetivo de propiciar trocas gasosas adequadas, reduzir o trabalho da musculatura respiratória e diminuir a sobrecarga metabólica (Melo et al., 2014). Partindo deste pressuposto, a VMI é definida como uma forma de assistência ventilatória artificial utilizada essencialmente para promover a oxigenação e ventilação do doente com insuficiência respiratória, de qualquer etiologia, pelo tempo necessário até reversão do quadro (ESICM, 2012). Esta é a razão pela qual a VMI é comumente utilizada como medida de *lifesaving* em Unidades de Cuidados Intensivos (Besel, 2006, as cited in Saadatmand et al., 2013).

A função respiratória corresponde, assim, a um ato essencial para a manutenção da vida e pode ser definida como a troca gasosa entre a atmosfera e o sangue venoso através da membrana alvéolo-capilar. Para organizar as trocas gasosas, o aparelho respiratório recorre aos mecanismos de ventilação, perfusão, e difusão de gases (Marum & Mata, 2008).

O suporte ventilatório pode ser iniciado em situações de falência respiratória aguda, aumento do trabalho respiratório, em situações em que há redução da *compliance* pulmonar ou aumento das necessidades de oxigénio, como é o caso dos choques séptico e cardiogénico, bem como, na regulação da pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO_2) em pessoas com lesões cerebrais e pressão intracraniana elevada. Neste sentido, os sinais indicadores de uma possível necessidade de VMI, após a avaliação clínica, estão associados a hipoxemia grave ou acidose respiratória, alterações do nível de consciência da pessoa, trabalho respiratório excessivo (taquipneia, adejo nasal ou uso de músculos acessórios), sinais de secreção excessiva de catecolaminas - diaforese, taquicardia e hipertensão (Brown & Roberts, 2016).

A falência respiratória é caracterizada pela hipoxia pulmonar que predomina nas situações de edema pulmonar, aspiração de conteúdo, pneumonia e atelectasias que causam alterações na ventilação/perfusão (V/Q) e *shunt* pulmonar, e pela hipercapnia que pode ser causada por um inadequado aporte de oxigênio alveolar por minuto, inadequado volume corrente, baixa frequência respiratória, provocando danos cerebrais, no sistema nervoso central, ao nível cardiotorácico e pulmonar (Brown & Roberts, 2016).

Segundo Lima (2020), o início da ventilação mecânica invasiva deve ser considerado sempre que se verifique que a pessoa tem a via aérea obstruída ou que é incapaz de manter a respiração espontânea e se observam sinais clínicos e laboratoriais compatíveis com dificuldade ou incapacidade respiratória. Todavia, a decisão de início da VMI deve ser baseada na observação do quadro clínico global, de forma a ser iniciada tão precocemente quanto possível, e não deve ser retardada, face às consequências clínicas resultantes da hipoxigenação. Neste sentido, Kondili et al. (2019) referem que a VMI apresenta algumas finalidades das quais se salientam a diminuição do trabalho respiratório, o apoio nas trocas gasosas e o ganho de tempo, para adequar estratégias ao tratamento das causas da falência respiratória, sendo que o ventilador deve proporcionar uma sincronia perfeita com a pessoa ventilada.

De forma a reduzir o *stress* fisiológico decorrente da falência respiratória e melhorar a tolerância à ventilação mecânica invasiva, os doentes devem ser sedados e analgesiados. A sedação constitui uma componente essencial para a *praxis* em UCI. Durante vários anos foi entendida como uma necessidade indiscutível sendo que a investigação, nas últimas duas décadas, se debruçou sobre os efeitos da sedação no decurso da doença crítica. Os altos níveis de sedação prolongam a ventilação mecânica e, consequentemente, o tempo de internamento na unidade de cuidados intensivos, bem como o aumento da taxa de mortalidade e do *delirium* na pessoa ventilada. A sedação é indicada para uma série de procedimentos realizados na pessoa em situação crítica, nomeadamente na ventilação mecânica invasiva proporcionando-lhe conforto, porém devem existir estratégias para a redução dos níveis da mesma (Gradwohl-Matis et al., 2015).

O termo sedação é frequentemente utilizado para descrever um processo de ansiólise e de falta de resposta semelhante ao estado de anestesia geral. Nas Unidades de Cuidados Intensivos, a sedação é utilizada para: *i)* aliviar a dor; *ii)* melhorar a tolerância da pessoa à presença do tubo endotraqueal; *iii)* facilitar procedimentos que de outra forma se tornariam stressantes ou dolorosos; *iv)* reduzir a ansiedade e controlar a agitação; *v)* produzir amnésia durante o bloqueio neuromuscular e *vi)* como forma de tratamento - convulsões, regular a pressão intracraniana, entre outras (Lonardo et al., 2014). De igual

forma, Bayram and Şancı (2019) anuem que a sedação é aplicada à pessoa sob ventilação mecânica invasiva no sentido de reduzir o desconforto induzido pela entubação endotraqueal, de proteger a pessoa em provocar danos a si mesma, de proporcionar sincronia entre pessoa e ventilador, e para melhor gestão e controlo da dor. Neste sentido, a perfusão contínua de opióides, benzodiazepinas e sedativos é uma prática recorrente que pode variar dependendo da política de cada instituição. O fármaco de eleição para a realização da sedação nas UCI 's é o propofol associado a um opióide ou benzodiazepina (por exemplo, o midazolam). O fentanil é um opiáceo também muitas vezes associado a este processo como adjuvante para a analgesia e tolerância ao tubo endotraqueal. O uso de relaxantes musculares para facilitar a ventilação mecânica invasiva nas UCI 's é cada vez menos utilizado e reservado para situações específicas (Bhandary, 2018). O propofol em perfusão contínua é muito frequente e a evidência mostra que as pessoas sob ventilação mecânica invasiva, com perfusão de propofol, quando comparado com o midazolam, apresentam menos mortalidade, o período de ventilação é encurtado e têm alta mais precoce da UCI (Lonardo et al., 2014).

As estratégias para a diminuição da sedação passam pela interrupção diária dos seus níveis, implementação de protocolos geridos pelos enfermeiros e, uma abordagem baseada no controlo da dor e do *delirium* evitando, assim, altos níveis de sedação (Gradwohl-Matis et al., 2015). Efetivamente, são várias as ferramentas disponíveis para monitorizar os níveis de sedação da pessoa sob ventilação mecânica invasiva. Estas podem ser usadas para detetar flutuações ao longo do tempo e orientar intervenções para ajudar a pessoa a alcançar um nível ótimo de sedação.

A ferramenta ideal para medir a sedação deve ser fiável e de fácil utilização. Uma das escalas mais utilizadas é a escala de Richmond intitulada de *Agitation Sedation Scale* (RASS) que categoriza as pessoas mais sedadas com um score de - 5 (incapazes de despertar) até às mais agitadas com um score de + 4 (agitado). Nesta escala, o nível zero representa uma pessoa calma e vígil. A escala RASS é uma das escalas de uso recomendado pelas *guidelines* da *Pain, Agitation and Delirium* (PAD). Existem, porém, outros meios disponíveis para avaliação dos níveis de sedação como é o caso dos monitores de pressão esofágica; dos monitores da variabilidade da frequência cardíaca; do eletroencefalograma (índice bispectral), classicamente utilizados para avaliação dos níveis de anestesia, contudo são adjuvantes para avaliação dos níveis de sedação (McGovern et al., 2018).

No entanto, apesar da enorme evolução dos ventiladores e das modalidades ventilatórias, bem como dos processos de sedação e analgesia dos doentes, da ventilação mecânica invasiva podem advir diversas

complicações. Para Kondili et al., (2019), as principais complicações relacionam-se com as lesões pulmonares, a disfunção diafragmática e a pneumonia associada ao ventilador.

A ventilação mecânica só por si pode provocar lesões pulmonares, mesmo no órgão previamente saudável e esta situação complexa é histologicamente indistinguível da síndrome da dificuldade respiratória aguda (ARDS) sendo denominada por lesão pulmonar induzida pelo ventilador. Durante o processo de ventilação mecânica invasiva, o pulmão é sujeito a volumes e pressões que podem levar ao barotrauma, como é o caso do atelectotrauma, lesão pulmonar inerente ao colapso dos alvéolos causado por repetidas insuflações ventilatórias (Brown & Roberts, 2016). Os diferentes mecanismos que provocam uma estrutura heterogénea do parênquima pulmonar, que é a principal característica do pulmão em ARDS, têm sido reconhecidos como determinantes para a prevenção ou diagnóstico da lesão pulmonar induzida pelo ventilador. A disfunção diafragmática induzida pelo ventilador relaciona-se com a perda da função deste músculo devido ao trabalho exercido pelo ventilador, em virtude do apoio ventilatório excessivo conduzir à atrofia e à disfunção contrátil do diafragma. Esta disfunção é induzida por mecanismos celulares diversos e está associada ao fracasso ou desmame difícil conduzindo ao aumento do tempo de internamento na UCI e à elevação das taxas de mortalidade hospitalar. A pneumonia é associada ao ventilador quando acontece num período superior a 48 horas após o início da entubação endotraqueal e da ventilação mecânica. As microaspirações para a cavidade orofaríngea, a diminuição dos reflexos de deglutição e tosse comprometem a limpeza mucociliar sendo considerados mecanismos patogénicos. À pneumonia, em contexto de UCI, está associada uma morbilidade significativa e o seu diagnóstico é baseado em critérios clínicos e microbiológicos. No entanto, os profissionais de saúde utilizam vários procedimentos para a sua prevenção, de entre os quais se salienta a higienização das mãos e a fricção com uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA), a drenagem contínua da região subglótica, a substituição periódica de filtros, a elevação do leito do doente, a redução da manipulação dos circuitos do ventilador, a trombopprofilaxia e, a mais importante, o desmame ventilatório, o mais precocemente possível (Kondili et al., 2019).

Para além destas complicações, Bhandary (2018) menciona ainda as relacionadas com a via aérea, ventilador e problemas gerais. As condições relacionadas com a via aérea são inerentes ao desposicionamento do tubo endotraqueal ou entubação difícil, obstrução da via aérea devido à presença de secreções, sangue ou de um corpo estranho. Ao nível do ventilador podem ser considerados aspetos como: desconexão de tubos, falhas elétricas ou mecânicas, perda de gás ou da fonte de alimentação, sensores de fluxo inoperáveis ou disfunção do *software*. Os problemas gerais que devem ser

considerados prendem-se com a instabilidade cardiovascular, efeitos colaterais de drogas sedativas e ansiolíticas, íleo paralítico, úlceras gastrointestinais, *delirium*, astenia, trombose venosa profunda e embolia pulmonar, retenção de líquidos e úlceras de pressão.

Por tudo o que foi exposto, a pessoa em situação crítica encontra-se extremamente vulnerável e acresce a este facto a realidade de estar mais suscetível à infeção provocada por organismos multirresistentes. Em contexto de cuidados intensivos, o controlo da infeção passa por medidas tais como: lavagem da boca com uma solução à base de clorhexidina e descontaminação seletiva do intestino em doentes sob VMI, medidas de isolamento em pessoas portadoras de microrganismos que justifiquem essa necessidade, racionalização do uso de antibióticos, assepsia exímia aquando da manipulação de linhas arteriais e cateteres centrais (Bauchmuller & Faulds, 2015).

Paralelamente a todas as complicações descritas, a nível sistémico, podem ser identificadas alterações renais na medida em que o processo de ventilação conduz à redução dos níveis de dióxido de carbono (CO₂), e conseqüente diminuição da pressão arterial média (PAM). Decorrente da VMI, há uma redução da atividade barorecetora que resulta no aumento da atividade simpaticomimética e na ativação do complexo renina-angiotensina-aldosterona através da libertação de vasopressina. A redução da pressão auricular direita conduz a uma diminuição do retorno venoso sendo ativados os recetores auriculares específicos que provocam a redução da excreção do peptídeo natriurético (ANP). Isto gera um aumento da retenção de sódio e água pelo rim. A combinação entre a redução da pressão de perfusão renal (PAM baixa) e a congestão venosa devido à pressão intratorácica elevada pode reduzir a filtração glomerular e potenciar uma lesão renal aguda (Brown & Roberts, 2016).

O fígado é outro órgão cuja função pode ser alterada devido à VMI, uma vez que a perfusão hepática depende do CO₂ e da PAM, que tendem a diminuir durante ventilação artificial. Cerca de 60% da perfusão hepática é realizada através da veia porta que corresponde a um sistema de baixa pressão sendo que a pressão intratorácica elevada pode causar congestão nos vasos do fígado. Quanto maior for a pressão nos vasos hepáticos, maior é a redução do gradiente de pressão para haver circulação de fluidos através do fígado (Brown & Roberts, 2016).

A nível cerebral, a elevada pressão intratorácica pode impedir uma adequada drenagem vascular cerebral. Assim, o aumento do volume venoso intracerebral pode causar aumento da pressão intracraniana que combinada com a diminuição da PAM pode provocar hipoperfusão cerebral. Num cérebro sob VMI este mecanismo pode ser regulado através do aumento criterioso dos níveis da pressão

positiva no final da expiração (PEEP). A interação pulmão/coração pode estar alterada, porque enquanto que na ventilação espontânea a pressão intratorácica negativa leva ao aumento do retorno venoso, na IPPV observa-se a situação inversa. A pressão intratorácica que é transmitida para a aurícula direita é baixa, impedindo o retorno venoso, reduzindo a pré-carga e, portanto, a saída ventricular direita. Em doentes com aumento do volume diastólico final do ventrículo direito, a diminuição da pré-carga conduz à redução do volume diastólico final no ventrículo direito (RVEDV), reduzindo a carga exercida no ventrículo esquerdo e, deste modo, facilitando o enchimento do ventrículo e conseqüente remoção do CO₂ (Brown & Roberts, 2016).

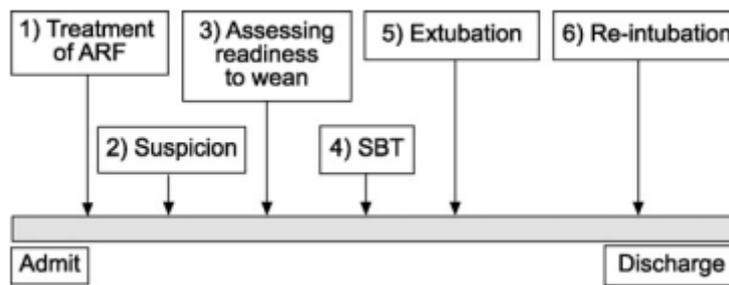
As estratégias de ventilação para a prevenção das complicações associadas à ventilação mecânica invasiva passam pelo controlo do *stress* e tensão para proteção do pulmão, estratégias de ventilação para a diminuição da heterogeneidade do parênquima pulmonar, estratégias sem ventilação, posição prono, *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), e bloqueio neuromuscular (Brown & Roberts, 2016).

Em suma, a ventilação mecânica invasiva é um tratamento *lifesaving* essencial à sobrevivência de inúmeras pessoas em situação crítica. Contudo, não é isenta de efeitos colaterais e é importante que seja descontinuada e se proceda ao desmame o mais cedo possível (Kondili et al., 2019) de forma a reduzir as complicações que lhe estão associadas.

1.2. O processo de desmame ventilatório

A descontinuação da VMI pode ser definida como a interrupção brusca ou gradual do suporte ventilatório, representando um dos aspetos mais importantes dos cuidados à pessoa em situação crítica (Peñuelas et al., 2015). O desmame ventilatório corresponde à expressão, consensualmente, utilizada para descrever o processo de descontinuação da VMI sendo definido como todo o processo de retirar a pessoa do suporte ventilatório e extubação, processo este que representa cerca de 40 % do tempo total de ventilação (Figura 1). Este consiste num processo de transição da ventilação artificial para a respiração espontânea nos doentes que permaneceram submetidos a VMI por um período igual ou superior a vinte e quatro horas (Oliveira et al., 2019). É um processo complexo que implica a continuação de cuidados centrados no doente crítico e um conhecimento profundo de cada um, realçando o papel da enfermagem no processo (Crocker, 2009, as cited in Lavelle & Dowling, 2011).

Figura 1 - Etapas do desmame ventilatório



Fonte: Boles et al (2007)

A maioria dos doentes são facilmente desmamados do ventilador, todavia para outros o desmame ventilatório torna-se um processo mais difícil e prolongado, dependendo o seu sucesso das estratégias de respiração espontânea utilizadas e dos protocolos de desmame das UCI's (Boles et al., 2007).

Em 2005, uma conferência internacional sobre o desmame ventilatório aprova uma classificação do desmame em função da sua duração e do número de provas de respiração espontânea (PRE) precedentes à extubação bem-sucedida (Boles et al., 2007). Esta classificação foi aprovada pela *European Respiratory Society*, *American Thoracic Society*, *Society of Critical Care Medicine* e a *Société de Réanimation de Langue Française*, encontrando-se ainda em vigor (Camporota & Rubulotta, 2012). Com base nesta classificação, considera-se que o desmame é fácil, quando os doentes são extubados à primeira tentativa (o que ocorre em 70% dos casos), difícil quando são necessárias até três tentativas de PRE ou o processo perdura até sete dias e prolongado quando se excede as três tentativas de PRE ou quando o desmame se prolonga para além dos sete dias.

A falência do desmame é definida como a incapacidade em conseguir a autonomia respiratória da pessoa mesmo após a aplicação das estratégias de respiração espontânea ou da necessidade de reintubação ou de ventilação não invasiva num período inferior a 48 horas após a extubação, sendo esta situação encarada como um resultado falhado (Kondili et al., 2019). Assim, a capacidade de cada pessoa para a realização do desmame ventilatório deve ser avaliada diariamente pelos profissionais de saúde de acordo com critérios específicos. A ESICM (2012) estabeleceu guias orientadores com o intuito de facilitar e sistematizar a identificação dos doentes com capacidade para respirar espontaneamente. Essencialmente, esses critérios consistem na melhoria da causa da falência respiratória aguda e na estabilidade hemodinâmica, respiratória e mental do doente (Figura 2).

Figura 2 - Critérios para iniciar o desmame ventilatório

- Melhoria da causa da falência respiratória;
- Adequada oxigenação: PaO₂/FiO₂>150mmHg ou SpO₂≥90% com FiO₂≤40% e PEEP≤5, PaO₂=50-60mmHg com FiO₂<50%;
- pH>7,25;
- Fr<35c/m, VT>5ml/Kg, Vm<10-15l/m;
- Compliance=TV/(Pplateau – PEEP tot)= 60-100ml/cmH₂O;
- Resistência = (Ppico - Pplateau)/fluxo = < 5 cmH₂O/l por seg;
- Capacidade de o doente iniciar o esforço respiratório
- P_{imax} ≤ - 30mmH₂O (ou mais negativa);
- Estabilidade hemodinâmica sem isquemia do miocárdio;
- Hgb ≥7-10gr/l;
- Temp ≤38-38,5°C;
- Estado mental/neurológico em que o doente está desperto e alerta ou facilmente despertável;
- Tosse eficaz e ausência de secreções excessivas.

Fonte: Camporota and Rubulotta (2012)

No que reporta aos métodos utilizados para se proceder ao desmame, ao longo da história da VMI, verifica-se a existência de uma considerável variação dos mesmos. As estratégias de respiração espontânea simulam a capacidade da pessoa em respirar espontaneamente sem qualquer auxílio. Apesar da controvérsia que existe acerca das estratégias de respiração espontânea mais adequadas, os autores consideram que estas devem ser realizadas com peça em T ou com os modos de ventilação assistida (sem PSV ou PEEP), pois ambos os métodos simulam o trabalho respiratório no período pós-extubação (Kondili et al., 2019). Na maioria dos casos, trinta minutos de respiração espontânea é o suficiente para garantir o sucesso das manobras de respiração espontânea, à exceção das pessoas com maior risco de reintubação por terem comorbilidades associadas (*e.g.*, doença pulmonar obstrutiva crónica, desordens neuromusculares) que devem permanecer em ventilação espontânea por um período superior a cento e vinte minutos para garantir o sucesso do desmame. Para além da aplicação das técnicas de respiração espontânea, o sucesso do desmame pode estar comprometido devido a mecanismos patofisiológicos intrínsecos, de entre os quais: hipoxemia, aumento do trabalho respiratório, diminuição da capacidade muscular, disfunção cardíaca, alterações psíquicas e, alterações do equilíbrio hidroelectrolítico, ácido-base e endócrino (Kondili et al., 2019).

De modo a atenuarem sentimentos de solidão, de insegurança da pessoa sob VMI, e de forma a garantir o sucesso do processo de desmame, os profissionais de saúde carecem de compreender, acompanhar e ajudar a pessoa através da satisfação das suas necessidades. A interação com os profissionais de saúde no processo de desmame do ventilador é essencial para a preparação da pessoa e para o sucesso

deste procedimento (Merchán-Tahvanainen et al., 2017). Desta forma, a pessoa em situação crítica pode ter as suas necessidades de conforto alteradas durante todo o período de ventilação mecânica. Sendo o conforto uma área de atenção relevante, importa abordar este conceito como foco importante da prática de enfermagem.

1.3. Conforto: Foco da prática de enfermagem

O conforto é um conceito fundamental para a prática de enfermagem. Ao longo dos tempos, este tem assumido diferentes significados relacionados com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade, bem como, com a evolução tecnocientífica, essencialmente das ciências da saúde de um modo geral e da enfermagem em particular (Apóstolo, 2009).

O verbo “confortar”, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer e revigorar. Deste modo, o enfermeiro é aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo (Apóstolo, 2009). Segundo o ICN (2019), o termo conforto corresponde à sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.

De acordo com os registos históricos, no início da era cristã e da Idade Média, os cuidados de saúde encontravam-se ligados à Igreja Católica Romana, cujas práticas eram desvinculadas das atividades médicas, sendo a enfermagem obra de misericórdia para a salvação da alma e o conforto era o seu objetivo. Eram prestados cuidados ao corpo (higiene, curativos, alimentação) como obra de caridade e de conforto espiritual, não com o intuito de obter a cura (Mussi, 2005). Entre os séculos XVII e XIX, devido a mudanças na medicina e nos hospitais, a noção de conforto sofre modificações. O médico dedica-se cada vez mais ao estudo do corpo, deixando as questões do ambiente para as enfermeiras. Estas, passam a cuidar do ambiente e já não tanto do espírito, e a executar as ordens médicas. As tarefas do conforto passam a estar dependentes das prescrições dos clínicos (Mussi, 2005).

Florence Nightingale, em *Notas Sobre Enfermagem*, fez vastas referências ao conceito, ao valorizar os cuidados de higiene e conforto prestados pelos enfermeiros aos seus doentes privilegiando o seu bem-estar:

“O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal

de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia”
(Nightingale, 2005, p.132).

Destacou, ainda, a observação como um instrumento importante na promoção do conforto dos doentes, bem como o resultado confortante dos cuidados de enfermagem ao nível físico, psicológico e social (Apóstolo, 2009).

Mais tarde, no início do século XX, o conforto foi assumido como o principal objetivo da enfermagem, muito devido ao pouco efeito curativo da Medicina neste período (Apóstolo, 2010). Efetivamente, entre 1900 e 1980, o conforto sofre uma evolução e pode ser dividido em três categorias cronológicas para a enfermagem: *i)* entre 1900 e 1929, foi considerado como o foco central e prioritário da enfermagem; *ii)* nas décadas de 30 a 50 foi reconhecido como uma estratégia para alcançar os aspetos fundamentais dos cuidados de enfermagem deixando de representar a meta final e absoluta da enfermagem; *iii)* nas décadas de 60 a 80, o conforto tornou-se um objetivo menor dos cuidados de enfermagem em detrimento do foco nos cuidados físicos (Mcilveen & Morse, 1995). Porém, a atenção sobre os cuidados a nível emocional recaía nas situações em que já não era possível a cura, ou seja, a nível dos cuidados paliativos. Os avanços na Medicina neste período permitiram o alcance da cura para muitas doenças e daí o conforto não se revestir de um aspeto essencial. A evolução e o papel do conforto vão progredindo na história da Enfermagem devido às linhas orientadoras da educação da enfermagem e da medicina, à evolução tecnológica, e ao desenvolvimento e implementação de modelos conceituais em Enfermagem.

Em 1908, Aikens mencionou que não havia nada tão pequeno relativamente ao conforto do doente para ser ignorado. O conforto era, assim, a primeira e última consideração da enfermeira. Uma boa enfermeira deveria ter a capacidade de pôr os seus doentes confortáveis e a provisão do conforto surge da sua habilidade e personalidade (Kolcaba, 2003). Harmer, em 1926, discutiu a importância da enfermeira proporcionar conforto ambiental aos seus doentes através de uma “atmosfera geral de conforto” e observou que o alívio da dor e do desconforto eram fundamentais para as boas práticas de enfermagem (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Por sua vez, Goodnow, em 1935, referiu que o conforto do doente é da responsabilidade da enfermeira e considera que este é tanto físico quanto mental e a responsabilidade de uma enfermeira não termina com os cuidados físicos. Sendo assim, o conceito de conforto é positivo e implica que a pessoa se sinta bem e, em alguns casos, indica uma melhoria de um estado ou condição anterior, contudo o seu significado é pouco explícito, oculto e muitas vezes ambíguo (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Todavia, foi a partir da segunda metade do século XX que a literatura em enfermagem evidencia estudos desenvolvidos sobre o conforto, de entre as quais se destacam Hildgard Peplau, Ida Orlando, Calista Roy, Patricia Benner, Jean Watson, Medeleine Leininger, Josephine Peterson, Loretta Zderard, Joan Hamilton, Afaf Meleis, Janice Morse e Katharine Kolcaba. De facto, estas autoras contribuíram para o desenvolvimento da disciplina e para a perceção e significado do conceito de conforto (Apóstolo, 2010).

Peplau considerou o conforto como central na ação dos enfermeiros e satisfação das necessidades humanas (Oliveira, 2011). Tal como Roy, Peplau deixa o conceito implícito, no seu modelo de Adaptação, ao estudar as necessidades de conforto psicológico e as respetivas medidas para o aumentar. Considerou, ainda, que a obtenção de um maior nível de conforto é o objetivo único da intervenção, que se centraliza na promoção da adaptação das pessoas, contribuindo desta forma para a saúde e qualidade de vida (Apóstolo, 2007).

Orlando (1961) descreveu o conforto como um aspeto central para satisfazer as necessidades humanas, argumentando que o papel da enfermagem se deve focar em tudo o que possa interferir com o conforto físico e mental dos doentes. Por sua vez, Benner, em 1984, fez referência à mensuração do conforto no domínio da prática da enfermagem (*Helping role*), no qual abordou oito competências interrelacionadas de primordial importância sendo holísticas e facilitadoras do processo de cura, esperança e paz dos doentes, que representavam a arte da Enfermagem. Essas competências consistiam em: *i)* criar um ambiente propício ao compromisso com a cura; *ii)* medir o nível de conforto e preservar a singularidade da pessoa nos momentos de dor e de colapso extremo; *iii)* estar presente; *iv)* incentivar a participação da pessoa no seu processo de cura; *v)* interpretar os diferentes tipos de dor e aplicar intervenções adequadas de controlo da dor; *vi)* proporcionar conforto e comunicar através do toque; *vii)* dar informação e suporte emocional à família da pessoa e *viii)* fornecer estratégias à pessoa no sentido da mudança e do seu desenvolvimento emocional. Por isso, o conforto é uma competência do enfermeiro e o resultado da sua intervenção (Kolcaba, 2003).

A Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger (1995) e a Teoria Humana do Cuidar de Watson (2002) abrangem a essência do que é a enfermagem e a noção de conforto. O conforto é um construto “major” da taxonomia do cuidar, ou seja, é uma parte do cuidar. Torna-se fundamental inseri-lo no contexto cultural, tendo em conta o significado que cada pessoa, família ou comunidade lhe atribui para que se possa prestar cuidados de qualidade holísticos, culturalmente congruentes, de acordo com as necessidades (Leininger, 1988, 1995).

A teoria de Watson tem uma orientação fenomenológica, existencial e espiritual. Neste contexto, o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a obter um grau de harmonia ao nível da “mente-corpo-espírito” que gera autoconhecimento, autorrespeito, autocura, transcendência e processos de autocuidado. De igual modo, o conforto é uma variável resultante do cuidado, que os enfermeiros podem parcialmente controlar, através de atividades de suporte, proteção ou correção do ambiente interno e externo em que a pessoa está inserida. Por isso, é um resultado do cuidado e uma área de intervenção no processo de cuidar, particularmente suportada pelo oitavo fator de cuidado proposto pela autora. Os dez fatores do cuidar que têm subjacente uma componente dinâmica e relacionam-se com a satisfação das necessidades e o conforto da pessoa: *i)* formação de sistema de valores humanístico-altruista; *ii)* instilação da fé- esperança; *iii)* cultivo da sensibilidade para consigo próprio e para com os outros; *iv)* desenvolvimento de uma relação de cuidar, ajuda-terapêutica; *v)* expressão de sentimentos positivos e negativos; *vi)* processo de cuidar criativo na resolução de problemas; *vii)* promoção do ensino-aprendizagem interpessoais; *viii)* ambiente sustentador, protetor, e/ou corretivo mental, físico, social, cultural e espiritual; *ix)* assistência às necessidades humanas e *x)* permissão de forças fenomenológicas-existenciais (Watson, 2002). O conforto é então designado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa e uma variável externa que o enfermeiro pode controlar. O conforto promovido pelo enfermeiro deverá ajudar a pessoa a funcionar de uma forma eficaz (Watson, 1988).

Numa outra perspetiva, Paterson e Zderad (1988), influenciadas pela filosofia existencialista e num contexto do modelo de enfermagem psiquiátrica humanista, consideram o conforto como o estado no qual o doente é livre para ser e para se transformar, planeando e controlando o seu destino, tendo em conta o seu potencial num determinado espaço temporal e situacional. Para estas autoras, o conforto engloba conceitos tais como: saúde, crescimento, abertura e liberdade. Assumem a existência de um *continuum* “conforto-desconforto” apresentando quatro critérios para identificar o estado da pessoa ao longo deste processo: a relação com os outros, a adaptação emocional ao ambiente, a compreensão do presente em relação ao passado e o reconhecimento da sua capacidade em relação ao futuro (O’ Connor, 1993). Devido ao facto de Paterson e Zderard serem enfermeiras de psiquiatria, o seu modelo denota uma falta de abordagem acerca das necessidades físicas dos doentes, centralizando-se nos aspetos psicoterapêuticos e na capacidade dos enfermeiros em promoverem e serem elementos facilitadores do conforto. No entanto, consideraram que os desconfortos mentais podem levar a desconfortos físicos (Tutton & Seers, 2003; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Por sua vez, Hamilton, em 1989, observa que o termo conforto é utilizado pelos enfermeiros na sua prática diária para descrever intervenções de enfermagem, um resultado e um objetivo, tendo este um significado vago para os doentes. Por isso, desenvolveu um estudo qualitativo, emergindo deste estudo seis temas do conforto: *i)* o conforto está relacionado com o processo de doença, ou com o conforto físico, em que a dor e os aspetos físicos são os que mais põe em causa o conforto; *ii)* a presença de objetos pessoais pode tornar o ambiente mais familiar e assim aumentar o conforto da pessoa doente. O ambiente é algo que o enfermeiro pode manipular de forma a torna-lo mais adequado e confortável para a pessoa; *iii)* a promoção da autoestima relacionada com o conforto psicoespiritual; *iv)* a abordagem e atitudes dos enfermeiros, no que diz respeito à qualidade dos cuidados e aos aspetos relacionais, promovendo o conforto social; *v)* a existência de três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência e *vi)* considera que todos os cinco temas são essenciais para a promoção do conforto e que cada um tem a sua preferência relativamente a intervenções aplicadas pelos enfermeiros. Concluiu, por isso, que o conforto é multidimensional e com significados diferentes para cada pessoa (Kolcaba, 2003).

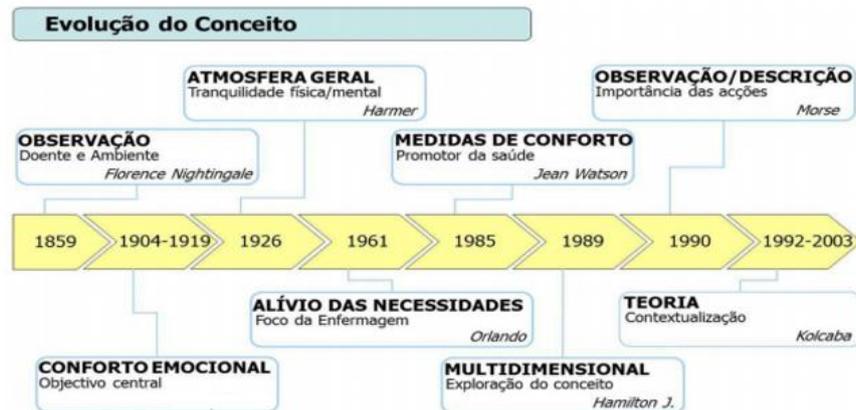
Todavia, é a partir dos anos 80 que o tema do conforto se reveste de uma importância acrescida para a enfermagem devido à profundidade dos estudos de Janice Morse e de Katharine Kolcaba. Os trabalhos de Morse deram visibilidade ao conceito de conforto no contexto da enfermagem contemporânea, centrando-se essencialmente nas ações de confortar. Numa análise etnocientífica do conforto, concluiu que tocar e falar são dois componentes *major* e ouvir é um componente *minor* do processo de conforto. Esta autora usou frequentemente os termos *comfort*, *comforting*, *comfortable* e *comforted interchangeably*, sem construir, porém, uma semântica específica para o conforto (Kolcaba, 2003).

A partir dos anos 90, Katharine Kolcaba dedica-se à sua conceitualização e operacionalização (Apóstolo, 2010). Kolcaba (2003) centra-se na avaliação do conforto e considera que este é um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o *distress*, criando deste modo uma estrutura taxonómica que permite operacionalizar os resultados das intervenções dos enfermeiros.

Em suma, afirma-se que apesar de ser consensual que o conforto é um tema central da enfermagem, resultante da ação dos enfermeiros, transparecerem diferentes perspetivas nas várias teorias da enfermagem, sobretudo na conceção de Watson, Leininger, Morse e Kolcaba. Nas teorias de Watson e Leininger, o cuidar assume uma importância central e o conforto é um componente do cuidar. Enquanto que Morse considera o cuidar como um construto do conforto, Benner entende-o uma competência do enfermeiro e Meleis como uma terapêutica de Enfermagem. Morse e Kolcaba concordam que a

intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto surge como resultado dessa intervenção. A Figura 3 sintetiza as principais etapas cronológicas acerca da evolução do conceito do conforto para a enfermagem.

Figura 3 - Evolução do conceito do conforto na perspectiva da enfermagem



Fonte: Ribeiro (2012)

No subcapítulo que se segue, aborda-se a teoria de Katharine Kolcaba sobre o conforto.

1.4. Teoria do conforto de Kolcaba

Na década de 90 do século XX, Katharine Kolcaba dedicou-se à conceptualização e operacionalização do conceito de conforto em enfermagem. Para Kolcaba (1991, 1994), o conforto é um resultado dinâmico, um processo resultante das intervenções de enfermagem, onde são satisfeitas as necessidades básicas. Neste âmbito, constitui uma necessidade básica das pessoas e é acentuada nos doentes que vivenciam situações de internamento hospitalar, sendo que, proporcionar conforto requer várias condições nomeadamente, um ambiente adequado e a colaboração entre doentes, enfermeiros e família.

Da relação que estabelece entre os estados de conforto e os contextos emerge a estrutura concetual do conforto, composta por doze células desenvolvendo, deste modo, uma definição técnica para o conceito holístico do conforto como demonstrado no Quadro 1 (Apóstolo et al., 2012).

Quadro 1 - Estrutura Taxonómica do Conforto

Estados / Contextos	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Alívio Físico	Tranquilidade Física	Transcendência Física
Psicoespiritual	Alívio Psicoespiritual	Tranquilidade Psicoespiritual	Transcendência Psicoespiritual
Ambiental	Alívio Ambiental	Tranquilidade Ambiental	Transcendência Ambiental
Sociocultural	Alívio Sociocultural	Tranquilidade Sociocultural	Transcendência Sociocultural

Fonte: Kolcaba (1991)

O conjunto destas células representa a forma total do conforto holístico. Cada célula reflete a síntese dos significados das dimensões *Estado* e *Contexto* e representa cada uma *per se*, uma dimensão diferente do conforto. Importa salientar, ainda, que uma mudança numa das células provoca uma mudança nas outras (Apóstolo et al., 2012).

O conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto e corresponde à experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades relacionadas com três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 1994).

No que reporta ao contexto do conforto, o contexto físico relaciona-se com as sensações corporais, mecanismos homeostáticos, função imunológica, entre outros. O contexto psicoespiritual inclui a consciência interna do “eu”, a perceção de identidade, sexualidade, estima e o significado que cada um lhe atribui, bem como a relação com uma ordem ou ser superior. O contexto ambiental engloba as experiências da pessoa com o ambiente externo (*e.g.*, temperatura, luz, sons, cheiros, paisagens). Finalmente, o contexto sociocultural pertence ao globo das relações interpessoais, familiares e sociais (*e.g.*, finanças, escolaridade, cuidados de saúde), mas também à necessidade de informação, bem como às tradições familiares, rituais e práticas religiosas (Kolcaba & Fisher, 1996).

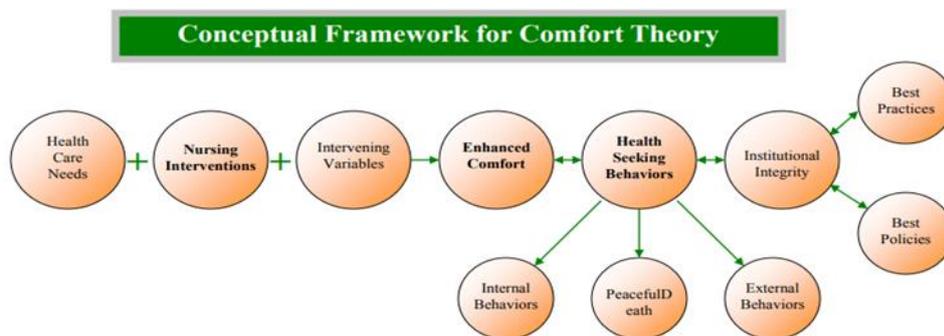
Em relação ao estado de conforto, o *alívio* é definido como a sensação da pessoa ter uma necessidade de conforto específica satisfeita; a *tranquilidade* caracteriza-se por um estado de calma ou de contentamento; e a *transcendência* como uma condição na qual alguém consegue um estado de conforto que está acima de qualquer problema ou dor (Kolcaba & Fisher, 1996).

Pelo facto de não existir uma teoria de enfermagem de grande alcance que pudesse suportar e fundamentar a sua conceção teórica, Kolcaba necessitou de uma estrutura concetual mais abstrata que pudesse albergar a sua teoria de médio alcance. Deste modo, fundamentou-se na teoria da personalidade da pressão humana de Murray que em 1933 sintetizou uma teoria de grande alcance para a psicologia acerca das necessidades humanas (Apóstolo, 2010).

A teoria de Kolcaba assenta em necessidades que emergem de situações ou estímulos, que causam tensões negativas na pessoa. As necessidades de conforto carecem de ser identificadas e as intervenções de enfermagem têm como finalidade deslocar as tensões para o sentido positivo, através de estratégias ou forças facilitadoras. Assim, os enfermeiros devem avaliar se o conforto como resultado foi atingido (Kolcaba, 2003). Na sua ótica, as forças obstrutivas correspondem às necessidades de cuidados de saúde, as forças facilitadoras às intervenções de conforto implementadas pelos enfermeiros e as forças interativas às variáveis intervenientes que interferem com o processo de saúde e de cuidados (Kolcaba, 2001, 2003).

Partindo destes pressupostos, (Kolcaba, 2001) propõe, assim, uma estrutura conceptual da teoria do conforto (Figura 4).

Figura 4 - Estrutura Concetual da Teoria do Conforto.



Fonte: Kolcaba (1997)

Esta teoria alude que:

- Os enfermeiros identificam necessidades de conforto da pessoa/família não satisfeitas;
- Os enfermeiros implementam intervenções dirigidas às necessidades não satisfeitas que visam aumentar o conforto da pessoa/família;

- As variáveis intervenientes devem ser consideradas aquando da conceção das intervenções de enfermagem tendo o objetivo do aumento do conforto e/ou *Heath Seeking Behaviours* (HSB);
- Se as intervenções forem efetivas as pessoas são fortalecidas e envolvem-se em comportamentos de busca de saúde;
- Quando os pacientes se envolvem em comportamentos de busca de saúde como resultado de serem fortalecidos por ações de conforto, enfermeiros e doentes estão mais satisfeitos com os cuidados de saúde;
- Quando as pessoas estão satisfeitas com os cuidados de saúde de uma instituição específica, essa instituição mantém sua integridade (boas práticas e boas políticas de saúde).

Acresce, ainda, a existência de variáveis intervenientes que podem influenciar o alcance do conforto. Estas correspondem a fatores sobre os quais os enfermeiros não têm controlo e afetam a direção ou o sucesso, tais como o prognóstico, a situação financeira, a extensão do apoio social, entre outros (Kolcaba, 1997). Contudo devem ser tidas em consideração aquando da implementação de intervenções de enfermagem promotoras do conforto.

Na primeira parte da teoria, Kolcaba (1997) sugere a aplicação prática do processo de enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro carece de proceder à avaliação holística das necessidades de conforto da pessoa, à implementação de intervenções de modo a satisfazer as necessidades, à mensuração do conforto antes e após a sua implementação, e à posterior avaliação da sua eficácia. Na segunda parte relaciona o conforto (resultado holístico) com os comportamentos de procura de saúde de acordo com objetivos da pessoa/família. A consequência do aumento do conforto gera na pessoa um comprometimento na procura dos HSB. O conceito de HSB corresponde a atitudes desenvolvidas de forma consciente ou inconscientemente pelas pessoas com o intuito de atingirem o conforto ou alcançarem uma morte serena. Os HSB podem ser internos (cura, função imunológica, número de células T) e externos (atividades relacionadas à saúde, estado funcional, processo de reabilitação). O direito a uma morte serena implica o conforto adquirido pela prestação de cuidados paliativos efetivos e ocorre quando os conflitos estão resolvidos, os sintomas negativos bem geridos e o processo aceite pacificamente pela pessoa/família. O resultado do envolvimento na procura de comportamentos de saúde através do cuidado confortador repercute-se na satisfação do enfermeiro e doente com os cuidados prestados, na melhoria dos resultados em saúde (Kolcaba, 1997).

Na terceira parte da teoria do conforto, Kolcaba (2003) relaciona a eficácia do verdadeiro cuidado confortador com a integridade institucional que pode ser definida como a qualidade ou estado em que a

organização dos cuidados de saúde é tida como completa, holística, vertical, profissional e ética na prestação de cuidados à pessoa, família ou comunidade. O aumento de conforto proporcionado pelos enfermeiros traduz-se na promoção da saúde e na conseqüente melhoria dos resultados institucionais pelas boas práticas e políticas organizacionais (aumento da satisfação dos doentes com os cuidados de saúde, diminuição da morbidade e mortalidade, boa reputação das instituições, entre outros). Quando as pessoas e os enfermeiros estão satisfeitos com os cuidados de saúde prestados numa instituição, melhores são os resultados de saúde alcançados. Por isso, o cuidado confortador baseia-se numa filosofia do cuidar com enfoque na satisfação das necessidades físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais da pessoa englobando três componentes: implementação de intervenções atempadas e adequadas; a empatia e o *caring* do enfermeiro durante prestação dos cuidados; e, a intenção de confortar como objetivo principal (Kolcaba, 1995).

O cuidado confortador abrange três tipos de medidas de conforto: medidas técnicas do conforto, o *coaching*, e, o *comfort food for soul*. As medidas técnicas do conforto são todas as intervenções implementadas com o intuito de manter a homeostasia corporal e o controlo da dor, tais como avaliação de sinais vitais e monitorização de parâmetros bioquímicos e administração de analgésicos. Estas medidas do conforto são implementadas no sentido de ajudar a pessoa a manter ou recuperar as funções fisiológicas, o conforto e a prevenir complicações (Kolcaba, 2003). O *coaching* corresponde a uma medida do conforto projetada no sentido de diminuir os níveis de ansiedade devido à escuta ativa, inspirar confiança à pessoa, dar informação que a pessoa necessita, ter um plano adequado para a pessoa no sentido da sua recuperação e integração, ou proporcionar-lhe uma morte digna. Para o *coaching* ser efetivo deve ser bem aplicado de modo a captar a atenção da pessoa e conduzi-la à aceitação de novos mecanismos (Benner, 1984, as cited in Kolcaba 2003). O alimentar o conforto da alma (*Comfort food for soul*) tem como objetivo o alcance da transcendência e tal como a *comida de conforto*. Neste caso, as intervenções aplicadas de forma personalizada estimulam a força interna de cada pessoa cuidada e podem incluir massagens, adaptações ambientais suscetíveis de gerarem paz e tranquilidade, musicoterapia e segurar a mão da pessoa. Nos dias de hoje, muitos dos enfermeiros não têm tempo para implementarem estas estratégias nos serviços onde prestam cuidados, contudo estas são o compromisso para a existência do cuidado confortador nas instituições de saúde (Kolcaba, 2003). Salientamos deste modo, a importância do conforto nos cuidados de enfermagem, uma vez que as pessoas que se sentem confortáveis recuperam mais depressa, superam melhor os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, reabilitam-se melhor ou têm uma morte mais serena do que aqueles que estão desconfortáveis (Kolcaba & Wykle, 1997; Kolcaba, 2003).

Em síntese, pode afirmar-se que os enfermeiros são avaliados pela sua capacidade em manter a pessoa, a seu cuidado, confortável ao identificarem as necessidades de conforto que ainda não foram satisfeitas por outros sistemas de suporte existentes e planeiam intervenções para satisfazerem essas necessidades. As variáveis intervenientes devem ser tidas em conta aquando do planeamento das intervenções de enfermagem, no sentido de aumentar imediatamente o conforto da pessoa. Se o conforto pretendido é atingido, a pessoa é incentivada a adotar estilos de vida saudáveis. Nestas situações, os enfermeiros e os doentes estão satisfeitos com os cuidados de saúde, numa determinada instituição, que conservará o seu bom funcionamento, as suas boas normas e práticas (Kolcaba, 2003).

Neste capítulo fizemos alusão ao tema ventilação mecânica invasiva, efetuando uma breve abordagem da evolução histórica, revisitando aspetos relativos à sedação e analgesia, às principais complicações e ao desmame ventilatório. Posteriormente, fizemos menção conforto como um conceito central em enfermagem, terminando com os aspetos relevantes da Teoria do Conforto de Kolcaba.

CAPÍTULO 2 – MATERIAL E MÉTODOS

O presente capítulo aborda o tipo de estudo e objetivos, a descrição dos participantes, os procedimentos de colheita e de análise dos dados, bem como, as considerações éticas.

2.1. Abordagem, tipo de estudo e objetivos

A incapacidade de medir quantitativamente alguns fenômenos e a insatisfação com os resultados na medição de outros conduziram a um interesse crescente pelo uso da abordagem qualitativa na produção de conhecimento, a fim de estudar fenômenos humanos (Streubert & Carpenter, 2013). A pesquisa qualitativa é a mais adequada ao estudo da experiência humana em saúde, uma vez que os métodos qualitativos permitem uma compreensão mais esclarecedora do seu objeto, tendo como referência as diferentes perspectivas dos participantes (Bogdan & Biklen, 1994).

A investigação qualitativa não procura a generalização dos resultados, busca proporcionar uma visão da realidade importante para os participantes e não para os investigadores (Streubert & Carpenter, 2013), ou seja, a globalidade e compreensão dos fenômenos, e o enfoque de análise de cariz indutivo, holístico e ideográfico (Almeida & Freire, 2017). Assim, pode afirmar-se que a investigação qualitativa possibilita uma maior aproximação com o cotidiano e as experiências vividas pelos participantes.

Os estudos qualitativos consideram que há uma relação indissociável entre o mundo real e objetivo, e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido por números (Vilelas, 2009). Neste âmbito, reconhecem a subjetividade dos indivíduos como parte fundamental na construção do conhecimento. Efetivamente, o que constitui o seu foco é a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, sendo o ambiente natural a fonte direta para a recolha de dados. Assim, a finalidade da investigação qualitativa é proporcionar uma visão da realidade atribuindo importância aos significados e experiências das pessoas.

Frequentemente, os enfermeiros investigadores utilizam a abordagem qualitativa a fim de compreender claramente e dar sentido à experiência vivida pelas pessoas a seu cuidado. Ao entrarem no seu mundo percebem o processo social básico dos acontecimentos de saúde e doença (Streubert & Carpenter, 2013).

O nível dos conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação e respetivos objetivos. No caso específico, optamos pela realização de um estudo de natureza qualitativa,

exploratório e descritivo, de nível I de conhecimento (Fortin, 2009) que responda à questão de investigação: “Quais as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?”

Os estudos descritivos “[...] procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise. Avaliam diversos aspetos, dimensões ou componentes do fenómeno ou fenómenos a investigar” (Vilelas, 2009, p.22). De igual modo, os estudos exploratórios têm como principal objetivo:

“[...] desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos, ou hipóteses (...) para estudos posteriores. [...] Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato” (Gil, 2008, p.27).

Face à natureza do estudo e à questão de investigação formulada, definiram-se os seguintes objetivos:

- Explorar as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;
- Descrever as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.

2.2. Participantes e contexto

Numa investigação do tipo qualitativo, o termo participante ou informantes “ilustra melhor o estatuto das pessoas estudadas”, uma vez que “o envolvimento ativo dos participantes na pesquisa ajuda quem está interessado nas suas experiências ou culturas a compreenderem melhor as suas vidas e interações sociais” (Streubert & Carpenter, 2013, p.29) sendo os participantes selecionados com a finalidade de descreverem uma experiência em que participam.

Tendo em consideração que o objeto de estudo se compreende melhor quando observado no seu contexto, sendo a particularização contextualizada uma forma de alcançar maiores níveis de compreensão (Ribeiro et al., 2016) e privilegiando a análise de microprocessos encorajada para estudos de natureza qualitativa (Martins, 2004), as pessoas são selecionadas para participarem na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira mão, com a cultura ou fenómeno de interesse.

De igual modo, Streubert e Carpenter (2013) consideram que os participantes são selecionados com a finalidade de descreverem uma experiência em que participam. Neste estudo corresponderam a pessoas que estiveram internadas numa UCI de um hospital da região Norte de Portugal, submetidas a VMI, referenciados pela consulta de *follow up* da UCI, acessíveis através dos dados registados na instituição. Dos dezassete utentes referenciados, apenas nove aceitaram participar no estudo.

A amostra final foi constituída por nove pessoas, não tendo sido o tamanho pré-determinado e obtido de forma intencional. Mais do que representatividade dos sujeitos da pesquisa, procuramos a adequação dos dados. A lógica e o poder da amostra intencional residem na seleção de casos ricos de informação para estudar em profundidade, observar e entrevistar pessoas que tenham experienciado ou que fazem parte da cultura ou do fenómeno de interesse (Streubert & Carpenter, 2013). Os participantes obedeceram aos seguintes critérios de elegibilidade:

- Ter idade superior ou igual a 18 anos;
- Ter sido submetido a ventilação mecânica invasiva no ano de 2019;
- Ter capacidade cognitiva para participar no estudo.

2.3. Instrumento e procedimentos de colheita de dados

A seleção das técnicas a utilizar durante o processo de pesquisa constitui uma etapa que o investigador não pode minimizar, pois destas depende a concretização dos objetivos do trabalho de campo (Aires, 2015). O instrumento de colheita de dados permite obter toda a informação necessária para atingir os objetivos a que nos propomos. Tendo em consideração a natureza da investigação, a questão de investigação, a sensibilidade do assunto e a disponibilidade de recursos, o investigador tem a necessidade de determinar que métodos de colheita de dados são mais adequados (Streubert & Carpenter, 2013).

Em função da natureza da informação que se pretendia obter e para a sua compreensão, utilizamos um instrumento que permite “recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p.134). Neste estudo optamos pela entrevista não estruturada, uma vez que permite ao respondente movimentar-se livremente na sua descrição no que reporta à sua experiência (Streubert & Carpenter, 2013) e desempenha um papel crucial na definição do conteúdo e na condução do estudo (Bogdan & Biklen, 1994). A entrevista corresponde a uma técnica muito utilizada

em investigação qualitativa para obtenção de informação, através de uma conversa profissional com uma ou mais pessoas. Para tal, esta implica sempre que haja um processo de comunicação no qual os atores, entrevistador e entrevistado podem influenciar-se mutuamente de forma consciente ou inconscientemente. Trata-se essencialmente de uma técnica de diálogo entre o entrevistador e o entrevistado, dando lugar a um intercâmbio social espontâneo, facilitando a expressão e compreensão de certos significados que só conseguem ser entendidos através desta técnica (Olabuénaga, 2012).

A entrevista assume-se como um processo de descoberta e sistematização da informação pela possibilidade de explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos do discurso dos participantes, permitindo uma melhor explicitação das suas experiências e vivências. Neste sentido, permite ter acesso ao sentido que os atores dão aos acontecimentos, confrontando o que observa com o que ouve, aferindo as significações atribuídas ao que observou, explorando e clarificando ideias ou opiniões, com a finalidade de compreender o significado que cada sujeito atribui ao fenómeno que estamos a investigar, através de uma relação de interação face a face (Ribeiro, 2012). Constitui, assim, uma forma de diálogo social que se vê submetida à regra da pertinência em que o entrevistador, cujo seu papel deve ser reflexivo, dispõe sempre da possibilidade de orientar a entrevista em função dos seus interesses (Aires, 2015). No Quadro 2 são apresentadas as vantagens e desvantagens da entrevista enquanto técnica de recolha de dados.

Quadro 2 - Vantagens e desvantagens da entrevista

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade quanto ao tempo de duração • Adaptação a novas situações e ao tipo de entrevistado. • Oportunidade para questionar e aprofundar assuntos relevantes para a investigação. • Permite recolher um elevado número de dados diversificados. • Maior eficácia de resposta. • Interação direta entre entrevistado e entrevistador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requer uma pessoa qualificada para recolher dados. • Limita o número de participantes no estudo. • Elevado custo e grande disponibilidade de tempo. • Podem-se gerar problemas de fiabilidade (entrevistador, guião, codificação e participantes).

Fonte: Costa et al. (2004)

Assim, a entrevista não estruturada aplica-se se predominantemente aos estudos de carácter qualitativo e o seu objetivo básico consiste na recolha e aprofundamento de informação sobre acontecimentos, dinâmicas ou conceções. No Quadro 3 são apresentadas as características da entrevista não estruturada.

Quadro 3 - Características da entrevista não estruturada

Características da entrevista não estruturada	
A entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Pretende compreender mais do que explica • Procura maximizar o significado • Adota o formato estímulo/resposta sem esperar a resposta objetivamente verdadeira, mas a resposta subjetivamente sincera • Obtém com frequência respostas emocionais
O entrevistador	<ul style="list-style-type: none"> • Formula perguntas sem esquema fixo de categorias de resposta • Controla o ritmo da entrevista em função das respostas do entrevistado • Explica o objetivo e motivação do estudo • Altera frequentemente a ordem e forma das perguntas e acrescenta outras, se necessário • Se lhe for pedido, não omite os seus sentimentos e juízos de valor • Explica, quando é necessário, o sentido das perguntas. • Improvisa, frequentemente, o conteúdo e a forma das perguntas • Estabelece uma relação equilibrada entre familiaridade e profissionalidade
O entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Cada entrevistado responde a um conjunto próprio de perguntas • A ordem e o formato podem diferir de uns para os outros
As respostas	<ul style="list-style-type: none"> • São abertas, sem categorias de respostas pré-definidas • Gravam-se de acordo com um sistema de codificação flexível e está aberto a alterações em cada momento.

Fonte: Aires (2015)

Tal como já foi exposto, a informação foi recolhida por entrevista não estruturada, sendo o guião da mesma estruturado em duas partes (Apêndice A). A primeira parte com cinco questões permitiu caracterizar o perfil biográfico e social dos participantes (idade, sexo, estado civil, escolaridade e tempo de internamento na UCIP) e a segunda constituída por uma questão ampla “*Descreva em pormenor a sua experiência de internamento na unidade de cuidados intensivos*”, no sentido de dar liberdade à narração dos participantes. A questão convida e encoraja o entrevistado a falar livremente e a exprimir com clareza e detalhe possíveis a sua experiência, até ao momento em que não recordasse mais nada, e nada mais tivesse a acrescentar. A entrevista foi apenas interrompida para esclarecimento ou validação de alguma ideia, uma vez que “quanto menor for a intervenção do entrevistador, maior será a riqueza do material recolhido, dado que a lógica e a racionalidade do informante emergirá mais intacta e menos influenciada pelas perguntas” (Guerra, 2006 p.51).

Numa abordagem qualitativa, considera-se que o objeto de estudo é melhor compreendido quando observado no seu contexto. Para Bogdan e Biklen (2013, p.48) “os investigadores qualitativos frequentam os locais de estudo, porque se preocupam com o contexto”. Neste caso, não foi possível a realização da entrevista em contexto domiciliário, espaço onde os participantes se sentiriam mais à vontade para partilhar informação importante. Foi realizada num hospital do norte de Portugal no momento em que os participantes compareceram na consulta de *follow up* da UCI. Para tal, foi disponibilizada uma sala que se constituiu como um espaço particularmente agradável, apropriado e onde as entrevistas decorreram sem interrupções.

Num primeiro momento, foi explicado ao entrevistado o tema e os objetivos da entrevista, no sentido de estabelecer uma relação de parceria que permita a “reflexibilidade” nos dois elementos desta interação (Guerra, 2006). Posteriormente, cada entrevista foi gravada em áudio com a devida autorização do participante, facto que permitiu identificar aspetos importantes como o silêncio, mudanças no tom de voz, e emoções. Tiveram uma duração média de 25/30 minutos.

2.4. Procedimentos de análise de dados

A análise de dados qualitativos começa com o início da colheita dos mesmos e exige ao investigador a utilização de processos mentais de modo a gerar conclusões (Streubert & Carpenter, 2013). Todo o material recolhido foi tratado com recurso à análise de conteúdo como técnica de tratamento de dados (Bardin, 2016) permitindo a explicitação e sistematização do conteúdo das entrevistas e a categorização dos dados.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, tendo como intenção a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens, inferência essa que recorre a indicadores (Bardin, 2016). Para Guerra (2006), a análise de conteúdo apresenta uma dimensão descritiva com a finalidade de dar conta daquilo que nos foi relatado e uma dimensão interpretativa que decorre dos questionamentos do investigador face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos que permite formular as regras de inferência

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo organiza-se em três etapas: *i/* a pré-análise - identificada como uma fase de organização. Nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis; *ii/* a exploração do material – corresponde à escolha das unidades de codificação e categorização, e *iii/* o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – em que o investigador procura interpretar e dar significado aos dados em bruto.

Na fase da pré-análise, procedeu-se à transcrição na íntegra de cada entrevista o mais cedo possível. Posteriormente, realizaram-se leituras flutuantes do conteúdo, estabeleceu-se contacto com o texto sendo obtido o corpus da análise, ou seja, o conjunto dos documentos que foram submetidos aos procedimentos de análise (Bardin, 2016). Na constituição do corpus da análise, foram tidas em conta a regra da exaustividade, em que foram considerados todos os elementos de cada documento transcrito para análise; a da homogeneidade, na medida em que todos os documentos eram referentes ao mesmo tema; e da pertinência uma vez que os documentos enquanto fonte de informação vão ao encontro dos objetivos que suscitam a análise (Bardin, 2016). Por este motivo todas as entrevistas foram consideradas pertinentes.

A fase da exploração do material consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas e comporta operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente estipuladas aplicadas ao corpus documental (Bardin, 2016). Esta fase exige uma atividade interpretativa, criadora e reveladora de uma organização “invisivelmente existente, ainda que repousando sobre um corpo teórico de referências já sedimentadas na literatura” (Campos & Turato, 2009, p.3). Bardin (2016) salienta a necessidade do cumprimento nesta fase de análise das regras de homogeneidade, objetividade e exclusividade, uma vez que cada unidade de registo foi agrupada, de forma mais imparcial possível, apenas uma vez e por significados próximos.

A categorização consiste na operação de classificação de elementos que constituem o mesmo conjunto por diferenciação e em seguida de reagrupamento segundo o género (por analogia) com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes que sob um título genérico reúnem um grupo de elementos com características comuns. Trata-se de um processo do tipo estruturalista que envolve o inventário que pretende isolar os elementos e a classificação que permite repartir os mesmos, ou seja, tenta impor um certo nível de organização (Bardin, 2016). O critério de categorização adotado foi o semântico (categorias temáticas), em que todos os conceitos com o mesmo significado foram agrupados na mesma categoria.

Bardin (2016) defende que as boas categorias devem possuir certas qualidades: *i)* a exclusão mútua – cada elemento só deve existir numa categoria; *ii)* a homogeneidade – para definir uma categoria é necessário apenas uma dimensão de análise. Se existirem diferentes níveis de análise estes devem ser separados em diferentes categorias; *iii)* a pertinência – as categorias dizem respeito às intenções do investigador, objetivos da pesquisa e à questão de investigação; *iv)* a fidelidade de objetividade – se as categorias forem bem definidas, se os temas que determinam a entrada de um elemento numa categoria forem bem claros não há distorções devido à subjetividade dos investigadores e *v)* a produtividade - as categorias são produtivas se os resultados forem ricos em inferências, em dados exatos e hipóteses novas (Bardin, 2016). Na definição das categorias, foram considerados estes pressupostos e ainda o referencial teórico de Kolcaba.

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Mergulhado nos resultados brutos, o pesquisador procura torná-los significativos e válidos. Nesta fase, a interpretação vai além do conteúdo latente manifesto nos documentos, o que interessa ao investigador é o sentido através do que é imediatamente apreendido (Câmara, 2013). Segundo Bardin (2016), a inferência na análise de conteúdo orienta-se por diversos polos de atenção e é um instrumento de indução para a investigação das causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência; indicadores ou referências no texto) que posteriormente são suscetíveis de interpretação de conceitos e proposições.

2.5. Considerações éticas

No processo de investigação é imperativo que sejam asseguradas as garantias éticas e morais. Assim, a participação do sujeito humano em estudos de investigação implica que o mesmo tenha conhecimento do objetivo do estudo, devendo-se salvaguardar o anonimato e possível desistência sem prejuízo da

pessoa (Bogdan & Biklen, 1994). Antes de iniciar um processo de investigação, o investigador deve centrar a sua atenção na qualidade ética dos procedimentos e no respeito pelos princípios estabelecidos, ou seja, os aspetos e os padrões éticos devem ser criticamente analisados (Streubert & Carpenter, 2013).

Para a concretização deste estudo foi solicitado parecer à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho (Anexo A), ao Departamento de Ensino Formação e Investigação de um Centro Hospitalar (Anexo B), e à Comissão de Ética para a Saúde de um Centro Hospitalar (Anexo C), que se pronunciaram favoravelmente.

Foram cumpridos os preceitos da Declaração de Helsínquia, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, as orientações do *Council for International Organizations of Medical Sciences* (2016) e o Guia das Boas Práticas Clínicas (*European Medicines Agency, 2000*), bem como, assegurado o princípio da confidencialidade. Da recolha de dados não resultaram cópias ou documentos que identifiquem os participantes e foi garantido a todos a confidencialidade dos dados e o seu anonimato. Os dados recolhidos após a conclusão do estudo foram destruídos. Os participantes em circunstância alguma foram lesados, observando-se assim o princípio da beneficência.

Os participantes foram contactados pessoalmente pela investigadora, após a enfermeira responsável pela consulta ter consultado o processo clínico e verificado quais as pessoas que estiveram sob VMI, enquanto aguardavam a chamada para a realização da consulta de *follow-up* da UCI, sendo explicado a cada um o assunto em causa, o processo de obtenção dos dados de identificação e referindo que podiam desistir a qualquer momento.

Antes de iniciar a entrevista, deu-se conhecimento ao entrevistado do propósito da mesma, bem como, os objetivos da investigação, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Após a aceitação voluntária de participação no estudo, cada participante assinou o consentimento informado de livre participação (Apêndice B). O consentimento informado, livre e esclarecido para participação em estudos de investigação, seguiu a norma nº 015/2013, atualizada em 4/11/2015 da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015), de acordo com a declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. O documento foi composto por uma (1) página e impresso em duplicado, ficando um (1) dos duplicados na posse do investigador e o outro com o participante que aceitou fazer parte do estudo, após respetiva assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido. Foi explicado, ainda, que as entrevistas seriam gravadas em registo áudio, que seriam destruídas após a apresentação do trabalho, salvaguardando assim o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

Não houve identificação nominal do participante. Para tal desiderato, foi atribuído um código alfa numérico (E1, E2...) a cada participante sendo desta forma inviabilizada uma hipotética identificação dos mesmos e da instituição. A informação colhida foi única e exclusivamente utilizada para fins académicos.

Neste capítulo procedemos à descrição e explicação do percurso metodológico, apresentando a abordagem, o tipo e objetivos do estudo. Posteriormente, abordamos os participantes e o contexto do estudo, bem como, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos de análise dos dados e por fim as considerações éticas e legais para a investigação com seres humanos.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo e com o objetivo de simplificar a leitura, compreensão e interpretação dos dados optámos pela sua apresentação e discussão em simultâneo. O Quadro 4 apresenta o perfil biográfico e social dos participantes por idade, sexo, estado civil, escolaridade, e, tempo de internamento na UCIP.

Quadro 4 - Caracterização dos participantes

Participante	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Tempo de internamento na UCIP (em dias)
E1	53	Feminino	Casada	11º ano	3
E2	54	Masculino	Casado	12º ano	9
E3	21	Feminino	Solteira	12º ano	4
E4	68	Feminino	Casada	10º ano	3
E5	41	Feminino	Casada	11º ano	3
E6	68	Feminino	Viúva	4º ano	6
E7	41	Feminino	Casada	8º ano	3
E8	47	Masculino	Casado	9º ano	11
E9	47	Masculino	Casado	11º ano	6

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas realizadas para o estudo

No estudo participaram nove pessoas que foram submetidas a ventilação mecânica invasiva, com idades compreendidas entre os 21 e os 68 anos, sendo que seis eram mulheres e três homens. Quanto ao estado civil, um dos participantes era solteiro, outro viúvo, e os restantes casados. No que reporta à

escolaridade, esta variou entre o 4º e o 12º ano. O tempo de internamento na UCI situou-se entre os 3 e os 11 dias, com uma média de 5,33 dias.

Do corpus de análise, após aplicação sucessiva dos diferentes procedimentos de análises descritos no capítulo anterior, emergiram quatro categorias relativas ao tema *Necessidades de Conforto*, designadas de *i) Contexto físico ii) Contexto psicoespiritual; iii) Contexto ambiental e iv) Contexto sociocultural*, e ainda, três categorias associadas ao tema *O Conforto como Estado*: *i) Alívio; ii) Tranquilidade e iii) Transcendência* que são apresentadas no Quadro 5. Salienta-se que as categorias enunciadas são de natureza teórica.

Quadro 5 - Matriz de redução de dados

Tema	Categoria	Subcategoria
Necessidades de Conforto	Contexto Físico	Autocuidado Sede Dor Bem-estar
	Contexto Psicoespiritual	Perturbação da cognição Religiosidade Esperança Emoções
	Contexto Ambiental	Ruído Mobiliário Luminosidade Temperatura
	Contexto Sociocultural	Responsabilidade económica/social Relação interpessoal com equipa de saúde Comunicação Suporte social Vida social
O conforto como estado	Alívio	Intervenções promotoras do alívio
	Tranquilidade	Estado de calma Intervenções promotoras da tranquilidade
	Transcendência	Força de vontade Superação Pessoal

Fonte: elaboração própria tendo por base a análise do conteúdo das entrevistas

3.1. Necessidades de Conforto

Ao longo da vida, o conforto é uma necessidade e constitui um desafio para a prática de enfermagem, assumindo particular relevância no âmbito do cuidado à PSC internada numa UCI e submetida a VMI. Os discursos dos participantes permitiram identificar necessidades de conforto nos quatro contextos e que apresentamos de seguida.

3.1.1. Contexto Físico

O contexto físico diz respeito às sensações corporais e engloba aspetos que afetam o estado físico, tais como o relaxamento e o descanso, níveis de eliminação e hidratação, oxigenação, dor, posicionamento, diferentes indicadores metabólicos e, ainda, outros aspetos relacionados com o tratamento e as condições médicas (Kolcaba, 1992). Através da análise dos discursos dos participantes, emergiram as subcategorias autocuidado, sede, dor e, bem-estar.

Durante o período em que estiveram sob VMI, alguns dos participantes descreveram nas narrativas o seu elevado grau de dependência face à realização do autocuidado. Veio, por isso, à sua memória recordações relativamente à higiene da boca “[...] lavar os dentes” (E8); ao banho “*lembro-me de me darem banho*” (E9) e à troca da roupa de cama “*fazerem-me a cama*” (E3). Estes dados são corroborados pelos estudos de Baumgarten and Poulsen (2015) ao afirmarem que os doentes sob VMI experienciaram estar totalmente dependentes de terceiros, sentindo-se tão fracos e indefesos quanto uma criança. Por isso, devido ao seu elevado grau de dependência, a pessoa sob VMI é obrigada a tolerar os cuidados de higiene realizados no leito, uma vez que está impossibilitada de sair da cama. Outros autores apontam, ainda, que a simples troca de lençóis pode ser uma fonte de angústia para o doente pela sua incapacidade em movimentar-se, sendo esta experiência descrita como difícil de tolerar e considerada tão ofegante como se estivessem a “nadar contra a corrente” (Hajiabadi et al., 2018).

Alguns dos participantes mencionaram desconforto físico, tendo como causa constrangimentos relativos à eliminação intestinal e vesical pela impossibilidade em se deslocarem à casa de banho e pelo uso da fralda, como referido por dois participantes: “*Queria ir à casa de banho.*” (E3); “[...] *era mudar a fralda...*” (E6). Este desconforto foi analisado por Baumgarten and Poulsen (2015) que concluíram que estas situações constrangedoras constituem para a pessoa sob VMI uma vergonha, fazendo-a sentir-se como um fardo para os profissionais de saúde. Do mesmo modo, Hajiabadi et al. (2018) salientaram que embora em muitos casos, devido ao estado de alerta, os doentes sentiam a necessidade de evacuar,

devido à incapacidade de comunicação verbal não o conseguiram expressar à equipa e pedir ajuda, facto este que constituiu uma fonte de desconforto. Assim, estas circunstâncias conduziram a diversas sensações que se traduziram em vergonha e embaraço ao ponto de as fazer “[...] chorar” (E9), sensação essa que se manteve muito tempo após a alta.

Um dos participantes salientou que “[...] tinham de me dar de comer, porque eu não comia.” (E6), facto que interfere no conforto da pessoa sob VMI, pela incapacidade em realizar este autocuidado, traduzida numa situação de administração de alimentação por sonda nasogástrica (SNG). Na perspetiva de Hajjabadi et al. (2018), este desconforto pode justificar-se pelo ávido desejo por comida, pelo o sofrimento criado pela presença da SNG e pelo desejo de comer pela boca, preferencialmente sem ajuda.

Por outro lado, os participantes mencionaram a experiência de sede como causa de desconforto. Foi, por isso, uma das necessidades identificadas como se expressa no seguinte relato: “*Passava tanta sede...muita sede...de noite até ganhava peles no céu da boca.*” (E6). A sede é um dos sintomas mais comuns nos doentes internados em UCI (Stotts et al., 2015) e a menos identificada pelos profissionais de saúde devido às barreiras na comunicação, dificuldade a enfrentar durante o processo de VMI (Tingsvik et al., 2018; Takashima et al., 2019).

A gestão do conforto, em contexto físico, pode ter um impacto significativo nos ganhos em saúde da PSC. A não satisfação da sede pode gerar sentimentos de *stress* e privação (Holm & Dreyer, 2015), que podem perdurar no tempo causando uma lembrança amarga e inesquecível do internamento na unidade de cuidados intensivos (Hajjabadi et al., 2018).

A dor corresponde a uma sensação corporal, referência subjetiva de sofrimento, com uma expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação, perda de apetite e compromisso do processo de pensamento (ICN, 2019) capaz de provocar desconforto e diminuição da qualidade de vida à PSC sob VMI. Kolcaba (2003) descreve a dor como um desconforto multidimensional que engloba componentes sensitivos, cognitivos e afetivos, sendo considerada, ainda, uma sensação específica que ocorre no organismo com uma intensidade variável. Os participantes recordaram a experiência de dor através dos relatos: “*Lembro-me de ter dor ... dor no braço, muita dor [...] tinha realmente dor no braço, era a única dor que me lembro.*” (E1) “*Sentia dor deste lado (região cervical lateral esquerda), onde tinha o tubo que me colocaram.*” (E5). A nossa prática permite-nos afirmar que a dor é uma das experiências mais temida e a mais vivenciada pela pessoa

doente em situação crítica. Sabemos que a dor é um fenómeno universal sentida durante o ciclo vital da pessoa e é influenciada por fatores sociais, psicológicos e culturais, o que a torna um desafio para os enfermeiros.

Hajjabadi et al. (2018) consideram a dor como uma sensação desagradável, consequência da doença como um elemento transversal a todos os doentes sob VMI. Esta provoca um sofrimento contínuo, sendo das necessidades que os doentes mais ambicionam serem satisfeitas, porque provoca astenia severa e interfere com a qualidade do sono. De igual modo, Kisorio and Langley (2019) concluíram que a maioria das PSC sentiram dor durante o internamento na UCI estando, também, associado o desconforto como uma experiência *stressante* para a pessoa (Tingsvik et al., 2018).

O bem-estar da pessoa submetida a VMI foi condicionado quer pela tecnologia utilizada, quer pela presença de dispositivos médicos, tais como os catéteres e o tubo endotraqueal: *“Lembro-me de estar com os tubos”* (E5) *[...] tinha dois cateteres um de cada lado [...] e sentia o tubo.”* (E6). Este último foi considerado um objeto estranho e invasor do corpo da pessoa, necessário para a sobrevivência, mas, simultaneamente, causador de maceração do palato e sensação de estrangulamento e vômito, o que levou a um intenso desejo de retirá-lo o mais rápido possível de forma a aliviar o desconforto e a agonia provocados (Holm & Dreyer, 2015), tal como expressou um dos participantes *“[...] era um desconforto, porque o tubo dava a volta dentro da boca... [...] incomodava-me um bocado de estar aqui preso”* [em redor da face] (E8).

A tecnologia cria a sensação de dependência física e mental da pessoa, exige a implementação de procedimentos desconfortáveis, levando-a a estar presa a um *“corpo-objeto”*, uma vez que não tem autonomia para garantir a sua sobrevivência, tornando-se dependente dos dispositivos mecânicos e dos cuidadores. Este facto, elemento desumanizador da experiência, pode ser comparado a uma tortura (Carruthers et al., 2018). Outros autores como Hajjabadi et al. (2018) reforçaram que estar conectado à VMI significa estar submetido a um conjunto de procedimentos invasivos que põem em causa a tranquilidade e o conforto do doente. Não ser capaz de se reposicionar, por causa da fadiga ou da restrição provocada pelos tubos ou linhas arteriais, pode tornar-se um desconforto que faz com que a PSC sob VMI experienciasse a perda de controlo e da função do seu próprio corpo. Na perspetiva de Berntzen et al. (2020), esta perda de função corporal é, frequentemente, acompanhada pela perda de integridade em termos de dependência e de dignidade. Esta situação pode ser responsável por alterações do ritmo circadiano com impacto na qualidade do sono como se pode constatar pelos seguintes excertos *[...] lembro-me de acordar às vezes à noite.”* (E3); *“[...] para se conseguir dormir só dopado mesmo.”*

(E8). Para Baumgarten and Poulsen (2015), os problemas de sono são causados pelo desconforto e experiências corporais estranhas, pesadelos e ruído provocado pelos profissionais e equipamento tecnológico. De igual modo, concluíram que alguns doentes sob VMI tiveram problemas em dormir, o que levou à exaustão constituindo um obstáculo à sua reabilitação. Por sua vez, Hajiabadi et al. (2018) anuem que o barulho característico da UCI, a dor intensa sem alívio, os pensamentos angustiantes e o desconforto destacam-se de entre os fatores que tornavam as condições desfavoráveis a uma adequada higiene do sono, gerando na pessoa sob VMI sentimentos de nervosismo, *stress*, confusão, letargia e fadiga *“Estava tão cansada.”*, *“[...] já estava cansada de dormir.”* (E3); *“O próprio cansaço também fazia com que tivesse que dormir.”* (E8). Tingsvik et al. (2018) concordam que a experiência de exaustão e fraqueza, nos doentes conectados ao ventilador, levou a que estes se considerassem incapazes de lutar contra a doença, emergindo assim sentimentos de desistência e rendição à morte, que não conseguiram transmitir aos profissionais de saúde. A título de exemplo salientamos os seguintes trechos, reveladores de pensamentos angustiantes e de uma imagem corporal aparentemente alterada pelo estado de saúde: *“Sentia as pernas inchadas e com um ardiúme.”* (E5); *“Dava a sensação que tinha o pé muito inchado, parecia que tinha feito um garrote e dava a sensação que tinha o pé prestes a explodir [...] tinha uma necrose no pé...parecia que me iam amputar o pé.”* (E8). Estes dados estão em conformidade com Baumgarten and Poulsen (2015) quando salientam que as pessoas sob VMI experienciam alterações da imagem e das funções corporais sem qualquer controlo do seu corpo, criando-se desta forma um sentimento de vulnerabilidade, ansiedade e de maior deterioração.

“[...] queria-me atirar da cama abaixo.” (E2); *“[...] acho que estava muito agitada”* (E4) são relatos que espelham alteração no bem-estar e conseqüente agitação dos doentes, sendo justificado na literatura consultada, pelo medo que as pessoas ventiladas expressam quando não são capazes de observar os profissionais, de terem medo que o ventilador deixe de funcionar e de morrer sem serem assistidas atempadamente (Baumgarten & Poulsen, 2015). Esta agitação acarreta a necessidade dos enfermeiros recorrerem à contenção física como recurso para minimizar riscos e acidentes. Neste contexto, é comumente utilizada pelos profissionais de saúde como medida de segurança, nomeadamente para evitar extubação, remoção de dispositivos e quedas em doentes com agitação psicomotora, mas é identificada como uma intervenção geradora de desconforto pelos participantes. *“[...] estava a levantar o braço e ele estava preso.”* (E1) *“[...] ataram-me os braços, pulsos e barriga.”* (E2); *“[...] estava amarrada e foi assim que eu acordei.”* (E3); *“[...] às vezes até o tentava trincar [tubo].”* (E9). A contenção física, embora considerada pela equipa multidisciplinar como absolutamente essencial, por questões de segurança dos doentes, constitui para a pessoa um momento de uma triste descoberta no que reporta

à sua liberdade: *“Deu-me muita comichão num braço e eu tentei coçar, mas não consegui, porque estava amarrada e foi assim que eu acordei. Porque eu tinha uma linha arterial e aquilo devia-me estar a fazer alguma comichão e queria-me coçar e não conseguia e aí também percebi que estava entubada”* (E3). A constatação de estar “preso” a uma cama, impossibilitado de satisfazer necessidades de conforto, como as de comunicação, por exemplo, foi descrito por Hajiabadi et al. (2018) como uma tortura. A restrição de liberdade da pessoa ventilada, pela contenção física, e as dificuldades na comunicação, tornaram o processo de ventilação muito penoso, pela incapacidade de satisfação de necessidades básicas (Takashima et al., 2019). Importa referir que “a segurança no âmbito dos contextos de prática clínica deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.4).

A aspiração de secreções traqueais expressa pela frase *“Lembro-me de me estarem a aspirar.”* (E3) é um cuidado essencial nos utentes com via aérea artificial, sendo absolutamente necessário para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas. É uma forma mecânica que necessita de uma sucção ativa das vias aéreas, decorrente de um vácuo com pressão negativa e de um catéter de aspiração (Ferreira et al., 2013) sendo considerada traumática e, como tal, geradora de desconforto. Para Baumgarten and Poulsen (2015), a aspiração de secreções foi recordada como um procedimento muito desagradável, especialmente quando os enfermeiros a realizavam a altas pressões, mas simultaneamente constituiu um alívio pela diminuição de secreções do trato respiratório. Hajiabadi et al. (2018) consideram, também, uma das experiências mais dolorosas na UCI, relatada pelos doentes, acompanhada da sensação de náusea, morte, dor, asfixia e dispneia.

A dispneia e a extubação foram de igual modo mencionados como fatores que condicionam o bem-estar, como podemos observar no seguinte relato: *“Sentia alguma falta de ar, dificuldade a respirar.”* (E5); *“[...] lembro-me de ter respirado por mim e abri os olhos... lembro-me de ouvir dizer que me iam tirar os tubos [...]”*. Estes dados são corroborados por Baumgarten and Poulsen (2015) que consideram que estar conectado à ventilação mecânica constitui uma experiência assustadora, quer pela presença do tubo endotraqueal (TET) causador de dor e desconforto, quer pela sensação de dispneia que pode acompanhar a pessoa ventilada. Esta experiência pode conduzir à ansiedade e ao pânico, enquanto que se à dispneia estiver associado o cansaço da pessoa, pode originar sentimentos de angústia e perda de controlo que podem vir a comprometer o processo de desmame (Merchán-Tahvanainen et al., 2017). Porém, a consequente extubação é uma experiência angustiante associada a preocupação e dúvidas sobre a capacidade de voltar a respirar espontaneamente (Tingsvik et al., 2018). No estudo, os

participantes experimentaram a remoção do TET como desagradável e dolorosa: “(...) *acordei no exato momento de me estarem a puxar os tubos...lembro-me também de mos tirarem [...]. Aí desmaiei ou adormeci* (E3). Um participante faz referência ao dia da semana em que foi extubado e a sua não concordância com o procedimento: “*Eram para me tirar o tubo no domingo e eu disse que não, abanei com a cabeça.*” (E6). Durante o processo de desmame, a pessoa sob VMI experimentou uma sensação de dependência do ventilador, gerando sentimentos de medo, ansiedade e *stress* relacionados com o receio de não conseguir respirar espontaneamente e de conseqüentemente ficar dependente do ventilador. Deste modo, os participantes sentiram-se inseguros face ao processo de desmame. Essa incerteza pode resultar da pessoa não ter sido devidamente informada ou tranquilizada para o processo de desmame, por isso os cuidados ao longo deste processo tornam-se cruciais para o seu sucesso (Jordan et al., 2002). De outro modo, Takashima et al. (2019) concluíram que o processo de extubação foi considerado como um alívio do desconforto da pessoa sob VMI.

3.1.2. Contexto Psicoespiritual

O conceito de conforto é mais do que a ausência de desconforto, sendo multidimensional, idiossincrático, dinâmico e depende do contexto em que a pessoa está inserida (Bland, 2007). Deste modo, a segunda categoria relaciona-se com a necessidade de conforto associada ao contexto psicoespiritual. Segundo Kolcaba (1997), este contexto é inerente à consciência interna do *self*, no qual se inclui a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o seu significado, assim como a relação da pessoa com uma ordem ou um ser superior. Neste âmbito, os participantes fizeram referência à perturbação da cognição, à religiosidade, às emoções e à esperança.

Os participantes relataram perturbações da cognição, tais como: *i) alucinações “parecia que estavam a tirar as camas do sítio, que havia uma festa, qualquer coisa assim”* (E4); “(...) *queria as chaves do carro e elas [as enfermeiras] tinham escondido as chaves do carro(...)* (E8); *ii) desorientação espaço-temporal “Lembro-me de estar sempre a perguntar as horas [...] o tempo nunca avançava”* (E1); “*Não sabia bem onde é que estava...não sabia bem em que cidade, em que hospital, não sabia bem porque é que estava ali...não sabia quando é que ia embora...não sabia que horas eram...*” (E2) [...] “*achei que era segunda, mas já era quarta-feira [...] Onde estou?*” (E3) e *iii) amnésia “Não sei, não me lembro, não sei.”* (E1); “*Não, não me lembro de nada.*” (E2).

Ser doente na UCI significou, por vezes, uma luta constante para manter a consciência e a conexão com o mundo real. Contribuindo para a confusão e delírio estiveram a ausência de senso de realidade, as

flutuações de consciência e a falta de informação, resultando na incompreensão relativamente ao que estava a acontecer. Sonhos e alucinações aglomeraram o real e o imaginário, por isso os delírios foram comuns, desagradáveis e surgiram com maior frequência ao anoitecer ou quando as pessoas fecharam os olhos deteriorando, assim, a qualidade do sono (Berntzen et al., 2020). Baumgarten and Poulsen (2015) concluíram que os doentes ventilados enfrentaram pensamentos difusos e imaginários frequentemente associados a dificuldades de se recordar, de compreender a situação experienciada, bem como, a dificuldade de distinguir o real do imaginário tornando a comunicação mais difícil.

A literatura aponta que alguns doentes descreveram sonhos aterrorizantes, que muitas vezes consistiam em temas como tentar escapar da morte, da violência ou de ferimentos de partes do corpo, de personagens surrealistas ou estranhas ou de outras experiências assustadoras. Alguns também tinham memórias horríveis de pessoas que os tentavam prejudicar, manifestando delírios paranoicos. Os sonhos terríveis foram facilmente lembrados em detalhes substanciais, e para a maioria das pessoas essas memórias pareceram muito reais, aflorando sentimentos estranhos acompanhados de confusão. Para Samuelson (2011), alguns doentes reconheciam que tudo era irreal e difuso, como estar num buraco negro ou noutra mundo, e outros não sabiam onde estavam. Segundo Ortega et al. (2020), os fatores que mais contribuíram para o *delirium* da PSC durante o internamento na UCI foram: o medo, as dificuldades na orientação temporal e de interação humana, bem como os pensamentos irreais envolvendo a pessoa numa realidade fictícia. Esse estado anormal e agudo de confusão confrontou os doentes com as questões existenciais de incerteza, desamparo e mortalidade e demonstraram que ter a ajuda dos profissionais de saúde para lidar com as memórias do *delirium* e as questões existenciais associadas teria sido terapêutico para eles.

Outros autores, Tingsvik et al. (2018), corroboram da mesma opinião acrescentando, ainda, que as desilusões e os sonhos constituíram uma existência indefinida onde realidade, tempo e espaço eram indistinguíveis. Todas estas perturbações de confusão/desorientação podem acarretar consequências avassaladoras no conforto da pessoa (Holm & Dreyer, 2015). Para Costa et al. (2014), a maioria dos doentes sedados apresentou memórias ilusórias e, de entre os não sedados, poucos relataram tais memórias. Na perspetiva destes autores, as memórias ilusórias são memórias de formações delirantes e oníricas revestidas de conteúdo emocional, registadas durante o retorno da pessoa à tomada de consciência, após lhe ter sido retirada a sedação.

A religiosidade está relacionada com a necessidade do ser humano em alcançar um significado para a vida ou para determinados acontecimentos através da ligação a uma entidade divina. Através desta

relação, a pessoa cria mecanismos internos para suportar dificuldades, aceitar e solucionar problemas: [...] *“pensei em Deus.”* (E5) *“[...] pedia ajuda a Deus”* (E6) *“[...] pensava em Nossa Senhora para tentar ultrapassar.”* (E7) *“[...] acredito, acredito e agora acho que sou um bocadinho mais religioso ou mais crente.... Em algo superior.”* (E8). Na opinião de Carruthers et al. (2018), as pessoas sob VMI tiveram consciência da possibilidade da morte e refletiram sobre esta, com base nas suas crenças religiosas ou espirituais. Por isso, para enfrentar as sensações de medo e ansiedade recorreram a um ser superior (Baumgarten & Poulsen, 2015) conduzindo-as a um estado de bem-estar e crescimento individual.

Castro e Botelho (2017) e Kisorio and Langley (2019) frisaram que numa situação crítica, as crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de *stress* e sofrimento. Para Alves et al. (2016), o sofrimento e o desgaste causado pela doença tal como a crença no milagre da cura podem apresentar-se como uma fonte de apoio para o enfrentamento da doença e do seu tratamento.

Salientamos também a necessidade do doente em mobilizar recursos para se sentir confortável, o que permite um processo de fortalecimento e de autodeterminação. Assim, surge a esperança como necessidade humana de encontrar sentido para a vida em momentos de crise, um processo que lhes permite suportar o sofrimento, como no caso do presente estudo. “Ter esperança é desejar ou ansiar por qualquer coisa que nos traga satisfação” (Hopkins, 1998, p.1826). O ICN (2019) define a esperança como o sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia. *“[...] tentava pensar nos meus filhos, para ter força para seguir [...]”* (E7); *“[...] quando a minha filha chegou fiquei sem palavras. No dia seguinte chegou o meu filho e eu também não contava.”* (E1) constituem exemplos da busca de um sentido para a vida e para a recuperação. Expressam, também, uma força interior promotora de vida que cresceu com a presença de visitas de pessoas significativas. Estes dados são corroborados nos estudos de Carruthers et al. (2018) e de Merchán-Tahvanainen et al. (2017). Assim, segundo Querido (2005, p.34)

“A esperança particularizada, permite à pessoa perceber o que é para si importante, confirmar, clarificar e priorizar as suas percepções, no sentido de preservar ou reconstruir o sentido da vida. Se a pessoa está privada de esperanças particulares, é a esperança generalizada que permite restabelecer o significado da vida em todas as circunstâncias – passado, presente e futuro.”

Na ótica de Castro e Botelho (2017), a esperança da PSC cresce durante o internamento dando-lhe força para continuar a lutar no sentido da recuperação, de manter a sua existência. Na perspetiva do doente, a família, perante o seu estado crítico, passa por um turbilhão de emoções expressas na seguinte narrativa: *“No primeiro dia em que o meu filho entrou nos cuidados intensivos, viu-me ali...e...ele agarrou-se a mim a chorar...foi complicado [...] a minha mãe quase que me batia, porque ela viu o pior e ficou preocupada [...] O meu filho só chorava e pedia para não fazer o mesmo.”* (E5). O experienciar de uma situação limite, associada ao risco de vida, quer pela pessoa quer pela família, é vivida de forma única, pois a pessoa muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação posteriormente, numa fase de recuperação. Por sua vez, a família, na maioria das situações, vivencia de forma muito intensa e emocional todos os momentos e as subtis alterações no estado clínico do familiar, sendo esta uma situação geradora de *stress* (Sá et al., 2015). Para a família da PSC, os primeiros dias de internamento na UCI foram caracterizados pela incerteza, gerando sentimentos de medo e angústia pela possibilidade daquela condição clínica do seu familiar poder representar o princípio do fim (Valle & Lohne, 2020). No entanto, apesar de toda a situação ser dramática, a família assumiu um papel fundamental no controlo de sentimentos negativos, no *stress*, na manutenção da confiança e da esperança na recuperação rápida do familiar. Para Valle and Lohne (2020), a família busca incessantemente pequenos sinais de melhoria que estão fortemente associados à esperança em dias melhores e na consequentemente recuperação.

Longe dos seus familiares e da sua casa, a PSC sentiu-se sozinha e desprotegida. A família é o seu porto de abrigo, o seu suporte, a sua ligação ao mundo exterior e referência afetiva num momento de grande vulnerabilidade e fragilidade humana. A sua presença fez-lhe esquecer-se da doença e do medo, proporcionando segurança (Castro & Botelho, 2017). Assim, a presença da família esteve relacionada com sensação de conforto e tranquilidade num momento de grande incerteza e medo (Merchán-Tahvanainen et al., 2017; Hajiabadi et al., 2018).

Por sua vez, o medo foi mencionado nas narrativas dos participantes. Este relaciona-se com o desmame ventilatório, incerteza quanto ao prognóstico e com a possibilidade de morte: *“fiquei em pânico na altura (extubação)”* (E3); *“[...] assustada [extubação]”* (E5); *“Sim, porque eu nunca tinha tirado o tubo. Quer-se dizer tinham metido, mas eu nunca tinha dado conta de nada”* (E6); *“Tinha medo das coisas não correrem bem”* (E7); *“Pensava só que ia morrer.”* (E9). Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Carruthers et al. (2018) e Merchán-Tahvanainen et al. (2017) ao afirmarem que a experiência da ventilação mecânica e dos procedimentos associados despertaram sentimentos de medo, ansiedade e solidão, o que interfere no conforto do doente.

3.1.3. Contexto Ambiental

O conforto é uma necessidade básica e é acentuada nas pessoas que vivenciam uma experiência de internamento hospitalar, sendo que, proporcionar conforto, requer várias condições nomeadamente um ambiente adequado (Sousa et al., 2011). Na perspetiva de Kolcaba (1997), o contexto ambiental engloba elementos naturais ou artificiais do meio, as condições e influências externas e sua influência na pessoa.

Da análise da categoria contexto ambiental emergem as subcategorias ruído, mobiliário, luminosidade e temperatura. Os participantes descreveram que o contexto ambiental da UCI funcionava como uma estranha atmosfera onde prevalecia o ruído dos alarmes como gerador de desconforto: *“Lembro-me da máquina às vezes fazer barulho”* (E1); [...] *“o monitor estar a fazer beep beep”* (E3); *“[...] o barulho das máquinas a trabalhar...constantemente de dia e de noite e depois não era uma, eram várias. [...] Portanto cheguei a um ponto que era cansativo e irritante e tudo mais...porque uma faz um barulho, outra faz outro. Conclusão é impossível haver silêncio na sala. [...] aquelas máquinas têm de estar ligadas.”* (E8). Estes dados foram corroborados por Hajiabadi et al. (2018) que consideram que o uso de múltiplos dispositivos com alarmes, a ventilação mecânica, e a presença dos profissionais de saúde criam um ambiente barulhento e desconfortável na UCI, despoletando sentimentos de raiva, desordem, sofrimento, *stress* psicológico, mal-estar e insónia nos doentes. Kisorio and Langley (2019) referiram que os doentes recordam a UCI como um serviço barulhento, sendo que a maior parte do ruído foi gerado pelos profissionais de saúde, enquanto que Baumgarten and Poulsen (2015) consideraram que os doentes apreciaram o facto de quando os enfermeiros lhes proporcionavam uma atmosfera mais calma e tranquila, atenuando as consequências do ruído envolvente.

Outro elemento do contexto ambiental foi a temperatura adequada que é fundamental para garantir a normotermia dos doentes e, conseqüentemente, o conforto, tal como relataram os participantes *“[...]as condições de temperatura, acho que estava tudo bem”* (E2); *“[...] estava quentinha”* (E3). Por outro lado, uma temperatura demasiado elevada *“[...] sentia calor, nunca tive frio, sempre calor.”* (E7) pode desencadear nos doentes sensações como se estivessem no inferno e, ainda, exacerbar a dor tal como constataram Hajiabadi et al. (2018). A manutenção de uma temperatura corporal adequada foi essencial para minimizar os efeitos fisiológicos e bioquímicos causados pelos extremos de temperatura nocivos para a PSC, de modo a prevenir uma desregulação da homeostasia corporal e, conseqüente falência ou disfunções orgânicas (Faulds & Meekings, 2013; Chacko & Peter, 2018).

De forma a manter os padrões de qualidade dos cuidados prestados aos doentes, as unidades de cuidados intensivos mantêm a iluminação artificial durante as 24 horas por dia, facto que interfere com a orientação “dia/noite” dos doentes, com o ritmo circadiano, podendo ter consequências devastadoras que se traduzem na privação do sono (Beltrami et al., 2015). A este propósito, um dos participantes do estudo recordou este aspeto como marcante na sua experiência de internamento na UCI: “[...] *lembro-me das luzes...a gente só vê o foco da luz [...].*” (E3)

Por fim, o último elemento integrante do contexto ambiental referido foi o mobiliário da UCI. A este propósito, um participante fez referência ao tamanho da cama como causador de desconforto durante o internamento: “[...] *a cama era pequena*” (E9). Este dado vai de encontro ao estudo de Hajiabadi et al. (2018) que consideram a cama da UCI como causa de desconforto para a PSC submetida a VMI.

Assim, para a pessoa sob VMI ser doente na UCI significou encontrar-se num ambiente estranho e numa situação irreal, sendo a UCI um lugar que devolve vida mas também um lugar hostil, com luz excessiva e ruído permanente provocado por ventiladores, alarmes de monitorização e conversas frequentes dos profissionais de saúde, muitas vezes inadequadas, que causaram desconforto, foram distorcidas pela medicação e provocaram uma maior confusão nos doentes (Escudero et al., 2014).

3.1.4. Contexto Sociocultural

O contexto sociocultural foi outra das categorias identificadas e é entendido como inerente ao universo das relações interpessoais, familiares e sociais (*e.g.*, finanças, escolaridade, cuidados de saúde), mas também à necessidade de informação, bem como às tradições familiares, rituais e práticas religiosas (Kolcaba, 1997). A responsabilidade económica/social, a relação interpessoal com equipa de saúde, a comunicação, o suporte social e a vida social correspondem às subcategorias agregadas ao contexto sociocultural deste estudo.

Relativamente à responsabilidade económica e social, os participantes expressaram necessidades que se traduziram em preocupações durante o período em que foram submetidos a VMI: “[...] *preocupava-me com o trabalho e todas as obrigações*” (E2); “[...] *sentia-me preocupado a nível profissional*” (E8). Referiram, também, que não conseguiram desempenhar o seu papel de mãe/pai durante o tempo em que estiveram internados na UCI: “[...] *falhanço no papel de mãe*” (E5); “[...] *Não estava lá para eles [para os filhos].*” (E7). Estes aspetos estão em conformidade com o estudo de Hajiabadi et al. (2018) em que salientaram que o processo de doença crítica se repercutiu no desenvolvimento das responsabilidades

familiares e profissionais. Já Claudine Herzlich, em 1973, afirmava que a doença pode ser considerada como “destrutiva” porque interfere no papel familiar ou profissional, limita a capacidade pessoal para assumir as responsabilidades, simultaneamente ocorre uma perda de posição e isolamento social. Zeilani and Seymour (2010) consideraram que as mulheres que eram mães pensaram e ansiaram ver os seus filhos a maior parte do tempo do internamento na UCI e muito do seu sofrimento esteve relacionado com a perda de contacto. Além disso, estas mulheres descreveram que se sentiam culpadas por não poderem cuidar dos seus filhos que eram bebés ou estavam em idade escolar e ficaram ao cuidado de outros membros familiares. Castro e Botelho (2017) concordam que a PSC sente saudades dos filhos menores, do seu cheiro, de abraçá-los, de os sentirem, porque não sabia se os voltaria a ver. Os filhos foram a boia de salvação, a fonte inspiradora, a razão da luta para conseguir ultrapassar esta situação de vulnerabilidade.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar a pessoa cuidada a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Além disso, a relação interpessoal com equipa de saúde é crucial para a identificação das necessidades alteradas e implementação de intervenções adequadas, sendo materializada na confiança depositada pelos participantes na equipa de saúde: “[...] a assertividade e o carinho dos profissionais de saúde [...] a nível de relações humanas foi excelente.” (E2); “Lembro-me de serem supersimpáticos. Trataram-me muito bem [...] têm um cuidado diferente com os pacientes, pelo menos eu senti isso” (E3). A relação com a equipa de saúde pressupõe a presença, o contacto com a PSC e a transmissão de segurança. A este propósito, Baumgarten and Poulsen (2015) consideraram que a presença da equipa de saúde cria uma sensação de segurança e de humanização. Também Kisorio and Langley (2019) e Castro e Botelho (2017) evidenciaram que a atenção imediata dada pelos enfermeiros alivia a solidão, reduz a ansiedade e proporciona uma sensação de segurança e de conforto. Neste âmbito, os enfermeiros inseridos numa equipa multiprofissional são elementos importantes para a PSC porque inspiram confiança e dão resposta às suas necessidades. De facto, a sua intervenção é essencial na medida em que são um contributo para prestar cuidados à PSC que é incapaz de se autocuidar (Carruthers et al., 2018).

A ventilação mecânica invasiva corresponde a um procedimento capaz de interferir na relação interpessoal com os profissionais de saúde, uma vez que compromete o processo de comunicação entre ambos. A relação terapêutica alicerça-se numa comunicação eficaz (Westley et al., 2014), constituindo-se como uma estratégia para obter e dar informação aos doentes e familiares. Para Coombs et al. (2017), esta informação necessita de ser filtrada, objetiva e sensível, e fornecida em tempo oportuno. Os participantes descreveram a sua luta para alcançar uma comunicação eficaz de forma a suportar a sua situação, chegando a mencionar a incapacidade em comunicar verbalmente, mesmo, em algumas situações, após a extubação. Deste modo, o recurso a técnicas de comunicação não verbal, tais como a mímica é frequentemente utilizada: *“Comunicar.... Sim sempre tentaram comunicar, às vezes era um bocado irritante porque não conseguia falar. Eu percebia tudo na perfeição...não conseguia falar [...] praticamente era tudo por mímica, porque era impossível falar, mesmo depois de me extubarem eu tive uma série de dias que não saía som.”* (E8); *“Não conseguia falar.”* (E9). Os estudos de Tingsvik et al. (2018), Carruthers et al. (2018), Baumgarten and Poulsen (2015) e de Hajiabadi et al. (2018) abordaram estas questões salientando que a dificuldade em comunicar gera preocupação, frustração, sentimentos de isolamento, solidão e raiva. De facto, estas situações podem ser eventualmente explicadas pela fraqueza, letargia, tonturas e sonolência do doente, associadas à ventilação mecânica.

O processo de doença nunca é um acontecimento isolado. A família também vivencia este impacto, considerando a família “quem seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2013, p.55). Da literatura consultada constata-se que o suporte social desempenha um papel de moderador do *stress* na vida das pessoas. Neste estudo, a família surge como elemento fundamental para que a pessoa sob VMI conseguisse enfrentar o internamento de forma menos hostil, mas também um auxílio na reabilitação *“Tenho noção da minha irmã...de ela de me ter dado a mão”* (E3); *“[...] o meu filho veio-me visitar e sentou-se do lado direito [...] então não é uma alegria receber visitas?”* (E4); *“Chega àquela horinha e a gente gosta de ter visitas, não é? Dava-me forças para recuperar e para ver se saía daqui para fora”* (E6). Para além da família, os amigos foram um elemento-chave neste processo de saúde-doença crítica *“[...]as visitas eram um apoio [...] ter tido colegas que me vieram visitar aos cuidados intensivos.”* (E7). Tingsvik et al. (2018) e Carruthers et al. (2018) referem que a presença dos familiares e amigos reforçam o sentimento de calma e de segurança da pessoa internada. A presença de familiares parece formar uma âncora para a realidade e contribui para o alívio do ambiente desconhecido e às vezes assustador (Berntzen et al., 2020).

O internamento numa UCI e o recurso a uma terapêutica invasiva como é a VMI, traduz-se na privação

de uma vida social ativa como é possível constatar nos seguintes relatos: “*Sentia falta das viagens. Sentia falta de apanhar ar...*” (E6); “*Sentia falta de voltar ao trabalho*” (E7); “*Nas férias porque ia para a Madeira no dia seguinte.*” (E8) que vão de encontro aos estudos de Baumgarten and Poulsen (2015) que concluíram que em algum momento a pessoa sob VMI desejou sair da cama e ir para casa, desejando ter uma vida normal.

3.2. O conforto como estado

Como já mencionado, o conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as intervenções promotoras do conforto. Trata-se de uma experiência imediata e holística, de uma pessoa que passa por uma situação de *stress* em saúde, colmatada pelos estados de alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos da experiência (Kolcaba, 1997). Todavia, para que o cuidado confortador seja alcançado, para além das necessidades de conforto serem satisfeitas, o enfermeiro carece de implementar intervenções adequadas e realizadas no tempo certo, tendo em conta o *caringe* e a empatia com o objetivo de proporcionar conforto (Kolcaba, 1995). Através das narrativas dos participantes foi possível identificar vários estados de conforto que se agruparam em 3 categorias: *i)* Alívio, *ii)* Tranquilidade e *iii)* Transcendência.

3.2.1. Alívio

Segundo Kolcaba and Fisher (1996), o alívio corresponde à condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica. Este conceito foi sintetizado a partir do trabalho de Orlando (1961) que afirmou que os enfermeiros aliviavam as necessidades expressas pelos seus doentes.

Nas narrativas dos participantes foi possível identificar intervenções promotoras do alívio: “*Passavam-me um creme... [...] elevarem as pernas*”. (E5); “*Molharam-me os lábios! Aliviava um bocado a sede*”. (E6); “*Passavam-me umas compressas com água. Lavavam-me a boca e tudo mais, mas quando era para molhar os lábios...deixavam-me muito mais ... confortável. Voltavam a molhar a gaze ou neste caso a escovinha e voltavam a pôr para eu...eu... absorver*” (E8) “*Deitavam-me água na boca com uma seringa.*” (E9).

Durante o período em que foram submetidos a VMI alguns dos participantes mencionaram sentirem alívio das suas necessidades de conforto devido a intervenções de enfermagem não farmacológicas, nomeadamente no alívio da sede e no posicionamento. Para Berntzen et al. (2020), os doentes sob VMI veem as suas funções corporais alteradas e é da competência dos enfermeiros aliviar esses desconfortos

físicos. O posicionamento contribuiu para uma melhoria significativa do conforto do doente ventilado (Rustam et al., 2018), bem como, a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de analgesia (Faria et al., 2018). As intervenções de enfermagem planeadas no sentido da aplicação de compressas de água fria na boca e de hidratante labial pode diminuir a intensidade da sede e a sensação de boca seca da PSC (VonStein et al., 2019).

Pereira et al. (2016) destacaram a importância das intervenções de enfermagem para a diminuição da incidência do *delirium*, através da implementação de intervenções que passam por: promover uma nutrição e hidratação adequadas por via oral, manutenção de uma boa higiene da mucosa oral, prevenir e controlar infeções associadas aos cuidados de saúde, tendo em consideração a gestão adequada dos dispositivos invasivos. De igual modo, promover a visita de familiares, estimulando a sua interação com os doentes mediante um diálogo que os oriente no tempo e no espaço, gerir de forma adequada a analgesia prescrita e o uso sistemático das técnicas não farmacológicas, bem como, no favorecimento de posicionamentos e oxigenoterapia adequados, coadjuvados por uma aspiração oportuna de secreções, são intervenções promotoras do conforto.

3.2.2. Tranquilidade

A tranquilidade corresponde a um estado de calma ou contentamento da pessoa face a uma necessidade de conforto (Kolcaba & Fisher, 1996). Desta categoria surgem as subcategorias estado de calma e as intervenções de conforto promotoras da tranquilidade.

Efetivamente, o internamento na UCIP e a conexão ao ventilador foram fatores que comprometeram o conforto dos participantes. Todavia, um deles referiu que se sentiu imerso num profundo estado de calma: [...] *“estava assim num sítio muito branco...muito sem ninguém...muito calma...muito sossegada [...] impávida e serena.”* (E3). Este dado vem de encontro ao estudo de Baumgarten and Poulsen (2015) que consideram que o desejo e a esperança de uma vida normal proporcionaram um estado de calma à pessoa ventilada internada na UCI. Uma outra explicação para este facto é que segundo Holm and Dreyer (2015) as pessoas sob VMI referem que o sonho funciona como uma escapatória, que as encoraja de uma forma positiva a encarar aquela situação difícil.

A necessidade de informação sobre o estado de saúde face à incerteza do prognóstico foi relatada por dois participantes como promotora da tranquilidade *“[...] uma senhora que falou para mim e perguntou se eu me estava a sentir bem e se sabia o que me tinha acontecido? Esteve a explicar-me que tinha sido*

operada na noite anterior e que tinha corrido tudo bem.” (E7); “As enfermeiras sempre me explicaram. Perguntavam se eu precisava de alguma coisa. Explicavam-me o que estava a acontecer. Explicaram-me tudo...da necessidade do tubo, de ter sido intubada, de me terem posto em coma induzido” (E5).

As pessoas sob VMI sentiram necessidade de informação acerca do seu estado de saúde. Promover a saúde é importante em todos os contextos da prática de enfermagem. Esta pode ser realizada em qualquer espaço e momento. O enfermeiro envolvido no cuidar cria oportunidades para responder às necessidades dos doentes e utiliza estratégias de promoção da saúde, de modo a que estes se tornem participantes ativos nos cuidados e sejam devidamente informados. Frequentemente, estes profissionais utilizam estratégias do *coaching* para informar, explicar e incitar a esperança na pessoa ventilada (Berntzen et al., 2020). Por isso, as informações recebidas podem proporcionar uma sensação de segurança e aceitação, enquanto a sua ausência acarreta, insegurança e impotência dos doentes perante as situações experienciadas (Baumgarten & Poulsen, 2015; Berntzen et al., 2020).

A relação de empatia estabelecida foi algo muito valorizado pelos participantes porque os ajudou a não se sentirem sós. Esta repercutiu-se no aumento do conforto “*[...] acho que é meia cura, uma pessoa não se sentir só [...] uma pessoa tem de sentir uma compensação positiva para nos ajudar a encarar o problema, para tonar a estadia mais curta em termos de tempo [...]* (E2). Estes dados são corroborados pelos estudos de Danielis et al. (2020) e Kisorio and Langley (2019) que consideraram que a presença dos enfermeiros é promotora de sentimentos de segurança e conforto, diminuindo a solidão, a ansiedade, e reforça o sentimento de segurança e tranquilidade.

Assim, através da análise dos relatos dos participantes o estado de tranquilidade é identificável pelo sentimento de calma, pela presença dos profissionais de saúde e relação estabelecida, e pela informação que lhes foi transmitida sobre os procedimentos e estado de saúde. Faria et al. (2018) concluíram que as medidas de conforto mais implementadas nas UCI´s pelos enfermeiros e que visaram a tranquilidade foram a gestão de medidas farmacológicas de sedação, a informação, a manutenção da esperança, a gestão do ambiente calmo e seguro.

3.2.3. Transcendência

Para Kolcaba and Fisher (1996), a transcendência corresponde a um estado em que a pessoa ultrapassou a dor ou problemas. Este conceito foi sintetizado a partir de Paterson and Zderad (1988) que defendiam que os doentes podiam superar as dificuldades com a ajuda dos enfermeiros.

A força de vontade surge da motivação para desenvolver um conjunto de ações que visam ultrapassar os problemas. Um dos participantes relatou “[...] *era muita força de vontade que eu tinha*” (E6). Segundo Tingsvik et al. (2018), para conseguirem tirar o melhor proveito da situação, os doentes submetidos a VMI aceitaram a sua situação e acreditaram que tudo ia dar certo. Os sinais de progresso encorajaram os doentes a acreditar que isso era possível. O processo de aceitação envolve enfrentar a realidade e as circunstâncias difíceis resultantes do internamento na UCI. Por isso, compreenderam a necessidade de estarem ligados a um ventilador, a monitorização contínua e a dependência nos autocuidados, superando essas dificuldades através da força de vontade. Takashima et al. (2019) concluíram que a pessoa sob VMI tem muita força de vontade no sentido de acreditar na sua recuperação e num futuro melhor.

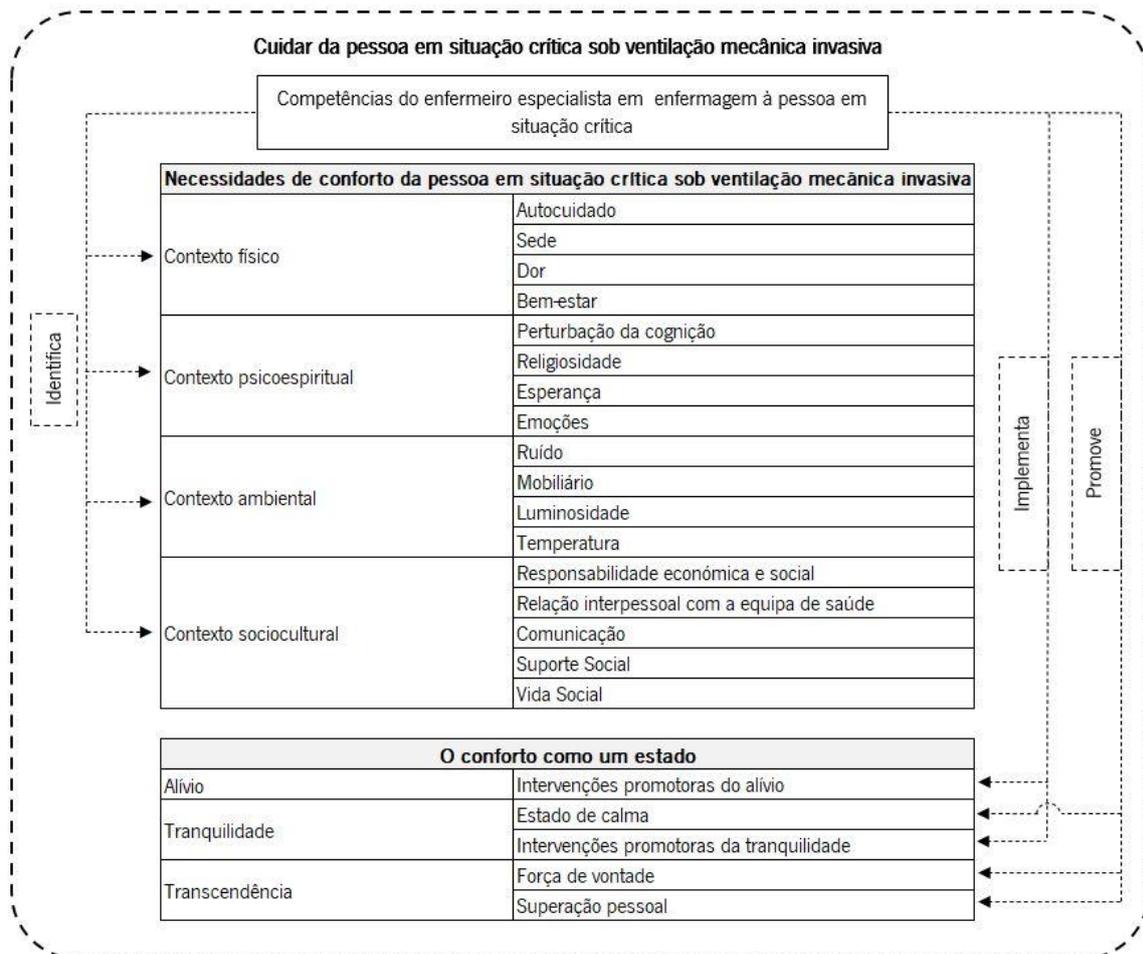
O desejo de concretizarem os seus sonhos fomentou a luta pela sobrevivência e a motivação pela recuperação, desencadeando uma vontade de atingir a superação pessoal. Dois participantes fizeram referência à capacidade de se transformarem e de serem resilientes no caminho da sua recuperação: *O que eu queria era melhorar para ir embora, de resto...* (E6); [...] *“pensava que ia ser tudo normal como antes”* (E8). O foco em aceitar a morte ou lutar pela sobrevivência ao tentar controlar os seus próprios sintomas e o trabalho mental pela sua sobrevivência, influenciou o nível de resistência da pessoa ventilada face ao internamento na UCI. Este aspeto está em conformidade com Carruthers et al. (2018) que consideram que ser resiliente é essencial para lidar com as emoções negativas despoletando motivação para trabalhar no sentido da recuperação e ter esperança em poder voltar a desfrutar dos seus *hobbies* (Takashima et al., 2019).

Assim, tanto a autodeterminação, descrita como a necessidade de ser o mais forte possível naquele momento, quanto a automotivação, como atitude positiva e de autoconfiança, são fatores essenciais para o restabelecer da autonomia (Merchán-Tahvanainen et al., 2017). A força de vontade centrada na reabilitação e no regresso a uma vida normal conduziu os participantes à superação pessoal no que diz respeito aos obstáculos ultrapassados durante o tempo em que estiveram sob VMI, apesar das inúmeras necessidades de conforto alteradas.

Assim, concluímos que a PSC sob VMI tem necessidades de conforto que se centram nos quatros contextos da experiência, definidos por Kolcaba e que podem ser satisfeitas nos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica é o profissional que detém competências para identificar as necessidades de conforto e implementar intervenções confortadoras e conduzir a pessoa a atingir o cuidado confortador (figura 5). Para isso, é importante estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa alvo dos seus cuidados, demonstrar

competências específicas em técnicas de comunicação e adequar estratégias de intervenção, coerentes e articuladas com o objetivo de proporcionar qualidade de vida e conforto, gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica. Neste sentido, o enfermeiro necessita de atuar rápida e eficazmente nas diferentes situações, monitorizando a segurança e bem-estar e otimizando o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa.

Figura 5: Necessidades de conforto da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva



Fonte: elaboração própria com base nos resultados do estudo

Neste capítulo procedemos à apresentação e discussão dos resultados obtidos através da análise das entrevistas recorrendo à metodologia de análise de conteúdo de Bardin. Desta análise surgem dois temas: *Necessidades de conforto* e *O conforto como estado*. O tema *Necessidades de conforto* engloba as subcategorias *contexto físico*, *contexto psicoespiritual*, *contexto ambiental*, e, *contexto sociocultural*. Do tema *O conforto como estado* emergem as categorias *alívio*, *tranquilidade*, e, *transcendência*. Ambos os temas abrangem subcategorias.

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem são prestados à pessoa ao longo de todo o ciclo vital, de forma a prevenir a doença e promover os processos de readaptação. Estes procuram a satisfação das necessidades humanas básicas e a máxima independência da pessoa na realização das atividades de vida diárias, tal como a sua adaptação funcional aos défices através de processos de aprendizagem. Cuidar significa prestar cuidados individualizados com base na perspetiva e experiência de cada indivíduo.

Diversos estudos têm tido como enfoque as necessidades de conforto da pessoa em situação crítica. A multiplicidade de problemas e desconfortos que o doente enfrenta numa unidade de cuidados intensivos desafia os enfermeiros a uma abordagem holística. Pela sua interação com o doente, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para identificar necessidades e desenvolver estratégias no sentido de as satisfazer, contribuindo, deste modo para o cuidado holístico, ao considerar as dimensões biológica, social, psicológica, cultural, emocional e espiritual.

A diversidade tecnológica, o confronto frequente com a morte iminente e a priorização dos aspetos técnico-biológicos na manutenção da vida são uma constante no contexto do cuidado à pessoa em situação crítica e podem afetar o conforto e comprometer o seu bem-estar. De facto, estas situações podem ser entendidas como entraves para o desenvolvimento de uma prática de cuidados humanizada. A identificação das necessidades de conforto possibilita conhecer o valor atribuído pelos doentes às suas experiências, fornecendo dados para um eficaz planeamento e implementação de intervenções adequadas por forma a atingir o estado de conforto, que varia de pessoa para pessoa. Satisfazer as necessidades de conforto ajuda a reduzir a ansiedade e reforça a confiança do doente. O estado de conforto tem subjacente a inexistência de qualquer desconforto e um elevado grau e duradouro de alívio desse mesmo desconforto. Por isso, quando o enfermeiro proporciona conforto através da implementação de intervenções adequadas e atempadas, a pessoa que tem necessidades alteradas tem uma experiência de satisfação, fortalecimento e controlo do seu processo de doença. A pessoa que vê o seu conforto aumentado tem ferramentas para superar ou adaptar-se ao processo de doença traduzindo-se num aumento dos ganhos em saúde. Por isso, só o cuidado humano é capaz de ser confortador.

Com a realização deste estudo exploratório descritivo, tivemos a oportunidade de explorar o fenómeno do conforto no que respeita à pessoa em situação crítica, tendo por base a teoria do conforto de Kolcaba. Este surgiu do interesse da investigadora, dos poucos estudos realizados no contexto nacional e com o intuito de contribuir, embora de forma modesta, para o conhecimento em enfermagem.

Participaram no estudo nove pessoas (seis mulheres e três homens) que foram submetidas a ventilação mecânica invasiva, com idade que varia entre os 21 e os 68 anos, maioritariamente casados, com escolaridade entre o 4.º e o 12º ano e com um tempo de internamento que variou entre 3 e 11 dias, suficiente para explorar o tema em análise.

Quando convidados a descrever a sua experiência sobre o internamento na unidade de cuidados intensivos, constatamos que alguns dos participantes revelaram dificuldade em recordar o tempo em que estiveram ventilados, existindo lacunas na sua memória. Contudo, recordaram certos eventos e conseguem descrevê-los com detalhe e, ao apelarem à sua memória, são envolvidos numa névoa de sentimentos, de nervosismo, de dor e, mesmo, de sofrimento. Da análise das narrativas emergiram sete categorias que vão de encontro ao que é descrito na teoria do conforto de Kolcaba e que se traduzem em palavras que transmitem um contínuo entre “desconforto/conforto”.

O início dos relatos está intimamente relacionado com as sensações corporais e com a satisfação de necessidades básicas tais como o autocuidado, a sede, a dor e o bem-estar, emergindo assim a categoria contexto físico. Paralelamente, apesar das perturbações da cognição, a consciência interna do *self* e a perceção da gravidade da situação conduziu os participantes a apelar à sua relação com uma entidade superior de forma a dar sentido à vida, depositando esperança na recuperação e vivendo diferentes emoções, determinando assim a categoria contexto psicoespiritual.

As condições de temperatura, o ruído dos equipamentos e da equipa de saúde, bem como, a luminosidade e o mobiliário, são elementos que caracterizam o contexto ambiental. Contudo, apesar de imprescindíveis para a recuperação do doente, podem ser geradores de desconforto, revelando o templo misterioso que se esconde por detrás das portas de uma unidade de cuidados intensivos.

Após o reconhecimento da gravidade da sua situação, os participantes refletem sobre as suas responsabilidades sociais e económicas, estabelecendo uma relação com a equipa de saúde que muitas vezes é prejudicada pela dificuldade de comunicação entre os atores. Por outro lado, a doença e o consequente internamento são fatores disruptivos que interferem na vida social, encontrando os participantes, na família e nos amigos, o seu suporte social, surgindo a categoria contexto sociocultural.

A experiência do conforto é considerada um estado imediato onde o doente vê satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos descritos. Através das narrativas, foi possível identificar intervenções promotoras de conforto, procurando o enfermeiro o estado de conforto

ou então que esse alívio fosse elevado e duradouro, emergindo desta forma a categoria alívio. Contudo, alguns dos participantes mencionaram sentir um estado de calma, de satisfação, que pode ser associado à presença dos profissionais de saúde, à relação e comunicação estabelecidas e que conduzem à tranquilidade. Todavia, apesar dos participantes experienciarem situações difíceis, de verem aliviados os seus desconfortos e sentirem a tranquilidade possível, importa salientar que todos sentem que têm potencial, que é possível com a sua força de vontade, superação pessoal e ajuda dos profissionais de enfermagem, ultrapassar os problemas ou a dor, recorrendo para isso à transcendência.

Os resultados evidenciam que os participantes experienciaram várias necessidades de conforto a nível físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, durante o processo de ventilação mecânica invasiva. Devido aos níveis de sedação a que a pessoa foi submetida, estas necessidades não são facilmente identificáveis pelos enfermeiros. Promover o conforto da pessoa sob ventilação mecânica invasiva não é uma tarefa simples porque a pessoa em situação crítica não consegue exprimir-se e, muitas das vezes, apresenta oscilações do nível de consciência. Neste sentido, o conforto traduz força, encorajamento, capacitação que visa um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativas ao alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência humana. De igual modo, é um resultado dinâmico em que os enfermeiros necessitam atingir com as suas intervenções e, como tal, tem de ser encarado como um elemento do cuidar humanizado e holístico.

Terminado o estudo, é possível encontrar algumas limitações: *i)* A inexperiência da investigadora no que respeita a estudos de investigação; *ii)* A conclusão deste em contexto pandémico, uma vez que a investigadora é estudante-trabalhadora que desempenha funções na linha da frente de combate à pandemia, tendo vivido um aumento de trabalho no último ano.

Perante os resultados encontrados, sugerimos a necessidade de refletir sobre os pressupostos teóricos de Kolcaba de modo a responder de forma efetiva às necessidades de conforto da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, uma vez que a teoria do conforto representa um referencial teórico que fundamenta o cuidado holístico, sendo o conforto o resultado da intervenção de enfermagem. Assim, a aplicação desta teoria permite ao enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos, uma melhor compreensão das reais necessidades do doente, além de conduzir a sua intervenção para o cuidado individualizado, humanístico e confortador. Dessa forma, favorece uma melhor qualidade no cuidado de enfermagem a essa população, no sentido de suavizar o sofrimento, diminuir a ansiedade e preocupações dos doentes. Sugerimos, igualmente, que as instituições de ensino incluam o estudo do conforto nos planos de estudo.

Importa, ainda, desenvolver mais investigação nesta área com recurso a outras metodologias e abordagens de forma a aumentar a compreensão deste fenómeno complexo, bem como, planear e executar intervenções mais apropriadas e que sejam promotoras de conforto, minimizando assim os efeitos deletérios de um processo terapêutico considerado por muitos *lifesaving*.

“O cuidado de conforto é uma arte de enfermagem que compreende o processo de confortar por uma enfermeira a um doente e o resultado de conforto aumentado” (Kolcaba, 2003, p.132).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional* (1st ed.). Repositório da Universidade Aberta.
[https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo %281ª edição_atualizada%29.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%281ª%20edição_atualizada%29.pdf)
- Alves, D., Silva, L., Gyllyandeson, D., Lemos, I., Kerntopf, M., & Albuquerque, G. (2016). Cuidador de Criança com Câncer: Religiosidade e Espiritualidade como Mecanismos de Enfrentamento. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1318–1324.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência - Revista de Enfermagem*, 11(9), 61–67.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Apóstolo, J. L. A. (2010). *O Conforto pelas Imagens Mentais na Depressão, Ansiedade e Stresse*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Apóstolo, J. L. A. (2007). *O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Repositório aberto da Universidade do Porto].
<http://hdl.handle.net/10216/7157>
- Apóstolo, J. L. A., Antunes, M., Mendes, A., & Castro, I. (2012). Conforto/Desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Menta*, 7, 33–38.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0077>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bauchmuller, K., & Faulds, M. C. (2015). Care of the critically ill patient. *Surgery*, 33(4), 165–171.
<https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.01.009>
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205–214.
<https://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Bayram, B., & Şancı, E. (2019). Invasive mechanical ventilation in the emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 43–52. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2019.03.001>
- Beltrami, F. G., Nguyen, X. L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(6), 539–546.
<https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T., Storsveen, A. M., & Wøien, H. (2020). “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2441–2454. <https://doi.org/10.1111/jocn.15260>
- Bhandary, R. (2018). Practical ventilator management. *Surgery (Oxford)*, 36(12), 699–704.
<https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.09.014>
- Bland, M. (2007). *Betwixt and between: A critical ethnography of comfort in New Zealand residential aged*

- care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 937–944. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01756.x>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação Uma Introdução à Teoria e aos Métodos* (12th ed.). Porto Editora.
- Boles, J. M., Bion, J., Connors, A., Herridge, M., Marsh, B., Melot, C., Pearl, R., Silverman, H., Stanchina, M., Vieillard-Baron, A., & Welte, T. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 29(5), 1033–1056. <https://doi.org/10.1183/09031936.00010206>
- Brown, B., & Roberts, J. (2016). Principles of artificial ventilation. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 17(3), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.01.008>
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179–191.
- Camporota, L., & Rubulotta, F. (2012). *Respiratory assessment Techniques, and monitoring: Skills and techniques*. <https://doi.org/10.1093/med/9780198701071.003.0004>
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 6.
- Carruthers, H., Gomersall, T., & Astin, F. (2018). The work undertaken by mechanically ventilated patients in Intensive Care: A qualitative meta-ethnography of survivors' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 60–73. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.013>
- Castro, C. M., & Botelho, M. A. (2017). A experiência vivida da pessoa em situação crítica em uma unidade de cuidados intensivos. *J Nurs UFPE*, 11(9), 3386–3394. <https://doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201709>
- Chacko, B., & Peter, J. (2018). Temperature monitoring in the intensive care unit. *Indian Journal of Respiratory Care*, 7(1), 28. https://doi.org/10.4103/ijrc.ijrc_13_17
- Coombs, M. A., Parker, R., Ransie, K., Endacott, R., & Bloomer, M. J. (2017). An integrative review of how families are prepared for, and supported during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 39–55. <https://doi.org/10.1111/jan.13097>
- Costa, C., Rocha, G., & Acúrcio, M. (2004). *A entrevista*. <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/metinvl/entrevista.pdf>
- Costa, J. B., Marcon, S. S., De Macedo, C. R. L., Jorge, A. C., & Duarte, P. A. D. (2014). Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(2), 122–129. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140018>
- Danielis, M., Povoli, A., Mattiussi, E., & Palese, A. (2020). Understanding patients' experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a meta-synthesis and meta-summary. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2107–2124.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15259>

- Direção Geral da Saúde (2015). Norma 015/2013. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Dornelles, C., Oliveira, G. B. de, Schwonke, C. R. G. B., & Silva, J. R. de S. (2012). Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. *Escola Anna Nery*, 16(4), 796–801. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000400022>
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371–375. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
- European Society of Intensive Care Medicine. (2012). *Respiratory assessment and monitoring: Skills and techniques. Patient-Centred Acute Care Training*. ESICM.
- Faria, J. M. S., Pontifice-Sousa, P., & Gomes, M. J. P. (2018). La comodidad del paciente en cuidados intensivos - una revisión integradora. *Enferm. Glob*, 17(50), 477–489. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200477&lng=es&nrm=iso
- Faulds, M., & Meekings, T. (2013). Temperature management in critically ill patients. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, 13(3), 75–79. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mks063>
- Ferreira, A. de O., Silvino, Z. R., & Lima, M. De. (2013). *Aspiração endotraqueal em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa*. 7, 4910–4917. <https://doi.org/10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201312>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6th ed.). Editora Atlas S.A.
- Gradwohl-Matis, I., Dünser, M. W., & Mehta, S. (2015). What's new in sedation strategies? *Intensive Care Medicine*, 41(9), 1696–1699. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3695-3>
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e Formas de Uso* (1st ed.). Principia.
- Hajiabadi, F., Heydari, A., & Manzari, Z. S. (2018). Enclosed in the synergistic rings of suffering: The experience of conscious patients under mechanical ventilation in the intensive care unit of the causes of suffering. *Electronic Physician*, 10(4), 6697–6706. <https://doi.org/10.19082/6697>
- Herzlich, C. (1973). *Médecine, maladie et société*. Mouton/EHESS.
- Holm, A., & Dreyer, P. (2015). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 81–88. <https://doi.org/10.1111/nicc.12200>
- Hopkins, V. (1998). Promover a Saúde Espiritual. In *Enfermagem Fundamental: Abordagem*

- psicofisiológica* (1a edição, pp. 1821-1849.). Lusodidacta.
- International Council Of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jordan, P. J., Van Rooyen, D., & Strümpher, J. (2002). The lived experience of patients on mechanical ventilation. *Health SA Gesondheid, 7*(4). <https://doi.org/10.4102/hsag.v7i4.101>
- Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2019). Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care, 24*(6), 392–398. <https://doi.org/10.1111/nicc.12409>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 23*(4), 237–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Kolcaba, K. (1992). The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing, 18*(6), 33–40. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19920601-07>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing, 19*(6), 1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kolcaba, K. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing, 13*(2), 117–131.
- Kolcaba, K. (1997). *The Comfort Line*. <https://www.thecomfortline.com/>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook, 49*(2), 86–92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practise - A vision for holistic health care and research* (I. Spinger Publishing Company (ed.); 1st ed.).
- Kolcaba, K., & Fisher, E. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly, 18*(4), 66–76. <https://doi.org/10.1097/00002727-199602000-00009>
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 1301–1310. <https://doi.org/10.1515/9783110807745.9>
- Kolcaba, K., & Wykle, M. (1997). Spreading comfort around the world. *Reflections, 23*(2), 12–13.
- Kondili, E., Proklou, A., & Vaporidi, A. (2019). Ventilatory support in the intensive care unit. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine, 20*(11), 644–650. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2019.09.008>
- Lavelle, C., & Dowling, M. (2011). The factors which influence nurses when weaning patients from mechanical ventilation: findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing, 27*(5), 244–252. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.06.002>
- Leininger, M. (1988). *The Essence of Nursing and Health*. Wayne State University Press.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice* (McGraw-Hill (ed.); 2ª edição).

- Lima, J. J. (2020). *Ventilação mecânica*. Ordem Dos Médicos. <https://ordemosmedicos.pt/ventilacao-mecanica/>
- Lonardo, N. W., Mone, M. C., Nirula, R., Kimball, E. J., Ludwig, K., Zhou, X., Sauer, B. C., Nechodom, K., Teng, C., & Barton, R. G. (2014). Propofol Is Associated with Favorable Outcomes Compared with Benzodiazepines in Ventilated Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *189*(11), 1383–1394. <https://doi.org/10.1164/rccm.201312-22910C>
- Malinowski, A., & Stamler, L. L. (2002). Comfort: Exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *39*(6), 599–606. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x>
- Martins, H. H. T. de S. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, *30*(2), 289–300. <https://doi.org/10.1590/s1517-97022004000200007>
- Marum, S., & Mata, C. (2008). Anátomo-fisiologia do pulmão. In *Manual de ventilação mecânica no adulto: abordagem ao doente crítico* (pp. 105–161). Lusodidacta.
- Matioc, A. A. (2016). An Anesthesiologist's Perspective on the History of Basic Airway Management: The “Modern” Era, 1960 to Present. *Anesthesiology*, *130*(5), 686–711. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002646>
- McGovern, C., Cowan, R., Appleton, R., & Miles, B. (2018). Pain, agitation and delirium in the intensive care unit. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, *19*(12), 634–640. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2018.10.001>
- Mcilveen, K., & Morse, J. M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*, *4*(2), 127–148. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/105477389500400202>
- Melo, A. S., Almeida, R. M. S. de, & Oliveira, C. D. de. (2014). The mechanics of mechanical ventilation. *Revista Médica de Minas Gerais*, *24*(Supl 8), 43–48. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20140126>
- Merchán-Tahvanainen, M. E., Romero-Belmonte, C., Cundin-Laguna, M., Basterra-Brun, P., San Miguel-Aguirre, A., & Regaira-Martínez, E. (2017). Patients' experience during weaning of invasive mechanical ventilation: A review of the literature. *Enfermería Intensiva*, *28*(2), 64–79. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2016.11.001>
- Mussi, F. C. (2005). Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, *18*(1), 72–81. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002005000100010>
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem : o que é e o que não é*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- O'Connor, N. (1993). *Paterson And Zderad Humanistic Nursing Theory*. Sage Publications, Inc.
- Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5th ed.). Universidad de Deusto.
- Oliveira, C. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, *17*(2), 2–8. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE17->

- Oliveira, S., Novais, R., & Carvalho, A. (2019). *Impacto De Um Protocolo De Desmame Ventilatório em Unidades de Cuidados Intensivos para Adultos*. 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0287>
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, Repositório da Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3815?locale=en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 101/2018 de 7 Junho do Conselho de Enfermagem*. 1–5. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload->
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. G.P. Putnam's Sons.
- Ortega, D., Papathanassoglou, E., & Norris, C. M. (2020). The lived experience of delirium in intensive care unit patients: A meta-ethnography. *Australian Critical Care*, *33*(2), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.01.003>
- Peñuelas, Ó., Thille, A., & Esteban, A. (2015). Discontinuation of ventilatory support: new solutions to old dilemmas. *Current Opinion in Critical Care*, *21*(1), 74–81. <https://doi.org/10.1097/MCC.000000000000169>
- Pereira, J. M., Dos Reis Barradas, F. J., Caetano Sequeira, R. M., Mendes Pinto Marques, M. do C., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santinho Santos, M. (2016). Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(9), 29–36. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=115850858&lang=ja&site=ehost-live>
- Querido, A. I. (2005). *A esperança em cuidados paliativos* [Master's thesis, Universidade de Lisboa, ESSLei - Dissertações de Mestrado de docentes]. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/120>
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva, Serviço Nacional de Saúde (2017). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualização-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>
- Regulamento n.º 361 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Diário da República, 2.ª série — N.º 123 — 26 de junho de 2015 (2015). <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Regulamento n.º 429 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área da enfermagem à pessoa em situação crónica, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16 (2018).

- Ribeiro, J., Souza, D. N. de, & Costa, A. P. (2016). Qualitative research in the area of health: The whys and wherefores. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(8), 2324. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.15612016>
- Ribeiro, P. C. P. S. V. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Crônico Em Contexto Hospitalar* [PhD's thesis, Universidade Católica Portuguesa, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa]. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese Doutoramento - Patrícia Pontifice Sousa.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pontifice%20Sousa.pdf)
- Rustam, J., Kongsuwan, W., & Kitrungrote, L. (2018). Comfort in Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Literature Review. *Critical Care Nursing*, 11(2). <https://doi.org/10.5812/ccn.64159>
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Saadatmand, V., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S. D., Zayeri, F., Vaismoradi, M., & Jasper, M. (2013). Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety, and stress in patients under mechanical ventilator support: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 895–904. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.018>
- Samuelson, K. A. M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients-Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.01.003>
- Slutsky, A. S. (2015). History of Mechanical Ventilation - From Vesalius to Ventilator-induced Lung Injury. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(10), 1106–1115. <https://doi.org/https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.201503-0421PP>
- Sousa, P., Marques, R., Costa, M., & Dixe, M. (2011). O conforto do doente idoso com doença crónica e de cuidadores informais em contexto de hospitalização. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicologia*, 1(3), 457–466. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832330049.pdf>
- Stotts, N. A., Arai, S. R., Cooper, B. A., Nelson, J. E., & Puntillo, K. A. (2015). Predictors of thirst in intensive care unit patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 530–538. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.001>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem* (Lusociência (ed.); 5th ed.).
- Takashima, N., Yosihno, Y., & Sakaki, K. (2019). Quantitative and qualitative investigation of the stress experiences of intensive care unit patients mechanically ventilated for more than 12 hr. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(4), 468–480. <https://doi.org/10.1111/jjns.12253>
- Tingsvik, C., Hammarskjöld, F., Mårtensson, J., & Henricson, M. (2018). Patients' lived experience of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 47, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.004>

- Tutton, E., & Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing, 12*(5), 689–696. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00775.x>
- Valle, M., & Lohne, V. (2021). The significance of hope as experienced by the next of kin to critically ill patients in the intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 35*(2), 521–529. <https://doi.org/10.1111/scs.12864>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação : O processo de Construção do Conhecimento* (1st ed.). Edições Sílabo.
- VonStein, M., Millen, C., Lampo, D., Bell, T., Buchko, B. L., & Woods, A. B. (2019). Effect of a scheduled Nurse Intervention on thirst and dry mouth in intensive care patients. *American Journal of Critical Care, 28*(1), 41–46. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019400>
- Watson, J. (1988). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Editions Seli Arslan.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem* (Lusodidacta (ed.); 1st ed.).
- Westley, F., Antadze, N., Riddell, D. J., Robinson, K., & Geobey, S. (2014). Five Configurations for Scaling Up Social Innovation: Case Examples of Nonprofit Organizations From Canada. *Journal of Applied Behavioral Science, 50*(3), 234–260. <https://doi.org/10.1177/0021886314532945>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment* (6th ed.). F.A. Davis.
- Zeilani, R., & Seymour, J. E. (2010). Muslim women's experiences of suffering in Jordanian intensive care units: A narrative study. *Intensive & Critical Care Nursing, 26*(3), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.02.002>

ANEXOS



Universidade do Minho
Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

Identificação do documento: CEICVS 071/2019

Título do projeto: *Necessidades de conforto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva*

Equipa de investigação: Vânia Catarina Lopes Peixoto, sob a orientação dos Professores Rui Manuel Freitas Novais e Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

Unidade Orgânica Promotora: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Outras Unidades: Unidade de Cuidados Intensivos de hospital da zona norte

PARECER

De acordo com a documentação apresentada, o projeto surge no âmbito da Unidade Curricular Dissertação de Natureza Aplicada do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, uma vez que possibilita uma maior aproximação com o quotidiano e as experiências vividas pelos participantes. Permite, ainda, compreender o processo através do qual as pessoas constroem significados e descrever em que consistem esses mesmos significados, por se considerar que é em função de instâncias concretas do comportamento humano que se pode refletir com clareza e profundidade sobre a condição humana (Bogdan & Biklen, 2013).

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta sumariamente a respetiva “Grelha de verificação e avaliação ética”, considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 29 de julho de 2019.

A Presidente da CEICVS

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO

Assinado de forma digital por
MARIA CECÍLIA DE LEMOS
PINTO ESTRELA LEÃO
Dados: 2019.07.30 11:28:45
+01'00'

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Relatora: Lucília Nunes

Grelha de verificação e de avaliação ética

(Processo submetido em suporte eletrónico - documentos recebidos assinalados com X e respetiva avaliação ética)

Documentos	Sim	Não	Não se aplica	Avaliação Técnico-ética
Requerimento e/ou ofício e/ou pedido de apreciação de projeto *	X			Adequado
Informação do Responsável pela Unidade/Diretor de Serviço sobre apoio e/ou enquadramento/cabimento do projeto na Unidade/Serviço em que decorrerá *	X			Adequada
Protocolo do estudo, incluindo, se aplicável, os instrumentos de recolha de dados e/ou informação para o participante *	X			Protocolo do estudo elaborado de acordo com os requisitos e normas éticas de boas práticas em experimentação com humanos.
Curriculum Vitae abreviado do Investigador Responsável *	X			Presente
Modelo de Consentimento Informado***	X			Adequado.
Declaração de Compromisso de Confidencialidade	x			Presente
Informação sobre financiamento para o cumprimento do projeto, incluindo, se aplicável, cabimento/inscrição no orçamento da Unidade/Serviço em que decorrerá e/ou com fonte de financiamento nacional/internacional			X	

Requerimento dirigido ao Presidente da CE	X			
Outros: O projeto carecerá de Parecer/Autorização ética local das unidade de saúde onde forem realizados os recrutamentos e/ou obtidos os dados clínicos dos pacientes participantes no estudo de investigação.				
Autorizações e/ou Pareceres de Comissões de Ética			X	
Acordo Financeiro			X	
Apólice de Seguro			X	
Informação do Orientador da Tese sobre apoio e/ou enquadramento do projeto	X			Presentes

¹ Documentos obrigatórios de acordo com as normas orientadoras para submissão de processos a apreciar pelo Conselho de Ética da UMinho.

² Documentos obrigatórios de acordo com o funcionamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB).

³ Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsinquia⁴, a Convenção de Oviedo⁵ e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)⁶. Guião na elaboração do consentimento informado é disponibilizado pela ARSN⁷ e através do "Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica"⁸. Acessos via:

⁴[http://portal.arsnorte.min-](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

⁵<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

⁶<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

⁷<http://www.arsnorte.min-saude.pt/consentimento-informado/>

⁸[http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Da](http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b)

Justificação do Parecer

Trata-se de um projeto inserido no 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O estudo parte da questão: "Quais as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?"

O objetivo do estudo é i) explorar as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva; ii) descrever as necessidades de conforto experienciadas da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

Trata-se um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa.

Foram definidos critérios de inclusão e/ou de exclusão.

Instrumento de recolha de dados (entrevista) aplicado na consulta de follow up da Unidade de Cuidados Intensivos.

Será salvaguardado o anonimato e a confidencialidade do participante (não haverá identificação nominal do titular, sendo aposto um código de participante no estudo).

Os dados que resultarem das entrevistas serão analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin.

Os participantes serão informados dos procedimentos, da garantia de confidencialidade dos dados e do seu direito de desistir em qualquer momento do estudo sem qualquer prejuízo - consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 5).

Não estão previstos quaisquer abuso(s) de recursos institucionais, hospitalares e/ou outros, como aplicável, para a realização do projeto.

Não se declaram existirem conflitos de interesse.

Documentos recebidos no órgão institucional de ética da UMinho

Foram seguidos os seguintes documentos:

- Protocolo de investigação e/ou caderno de recolha de dados e/ou guião da entrevista
- Carta de apoio institucional da Escola Superior Enfermagem
- Modelo de documento de consentimento informado
- Declaração de compromisso que assegura o compromisso do investigador responsável no cumprimento dos princípios
- Curriculum vitae abreviado da investigadora e dos orientadores
- Declaração de interesses e incompatibilidades
- Declaração dos orientadores no compromisso na orientação e/ou Termo de Responsabilidade

Considerações/Orientações gerais de natureza formativa

A realização de projetos de investigação deverá ter em consideração as regras de conduta e diretivas de boas práticas no âmbito da investigação clínica com seres humanos. Deverá ser solicitado Parecer e/ou Autorização da entidade onde o projeto será realizado, e deverão ser seguidas as diretivas nacionais e/ou locais, de cada lugar de recolha, como aplicável, incluindo de Unidades Hospitalares e/ou Unidades de Saúde onde será realizado o estudo, e/ou onde serão recolhidas as amostras e/ou dados e/ou aplicados os questionários. Deverá ser seguido o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, com entrada em vigor em 25 de maio de 2018, que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral

sobre a Proteção de Dados. O Regulamento (UE) 2016/679 é o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE) relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, estabelecendo as regras relativas ao tratamento, por uma pessoa, uma empresa ou uma organização, de dados pessoais relativos a pessoas na EU.

Salienta-se o respeito pelas normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001.

Quando aplicável o Consentimento Informado, recomenda-se as normas e/ou documentos-guia da Direção Geral de Saúde e/ou da ARS Norte na elaboração do mesmo. A inclusão dos participantes em qualquer um dos âmbitos de investigação considerados num Projeto de Investigação está subjacente o seu consentimento escrito (Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro; Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto). O preenchimento e assinatura do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, deverá ser feito em duplicado, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e o direito a recusar/abandonar o estudo sem sofrer qualquer penalização.

Referencial relativo ao documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica” de 17 de outubro de 2018 que incide sobre procedimentos a adotar para o cumprimento do estabelecido no RGPD, no contexto da investigação clínica em geral, embora que mais especificamente sobre a informação a constar no Consentimento Informado (CI) relativo a matéria de confidencialidade e proteção de dados:

Quem tem acesso aos dados pessoais¹²²: Os responsáveis do estudo poderão necessitar de dar acesso aos registos médicos e registos do estudo a representantes autorizados. Os dados pessoais e processos clínicos apenas poderão ser consultados pelo Investigador Responsável, autoridades reguladoras nacionais e estrangeiras, e comissões de ética. Quando necessário para o seguimento dos fins do estudo, também podem ser acedidos, através do(a) Investigador(a) Responsável, pelos seus representantes autorizados, especificamente monitores e auditores, mantendo os pressupostos da Lei 21/2014 de 16 de abril, alterada pela Lei 73/2015 de 27 de julho. Nunca será pedido um acesso indiscriminado aos registos clínicos e afins, nem nunca tal acesso será realizado; isto é, será apenas colhida a informação relevante e necessária para este estudo. Neste contexto, todo e qualquer acesso cumprirá com todas as garantias aqui descritas. Os investigadores que trabalham com amostras humanas, ou com a recolha e análise de dados pessoais e/ou médicos/clínicos, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais, e sobre os resultados individuais ou demais, segundo a ética profissional, nunca devendo,

por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.

Divulgação ou publicação dos resultados^{1,2,3}: Os resultados gerais do estudo poderão ser publicados, respeitando-se todas as garantidas descritas.

Prazo de conservação dos dados^{1,2,3}: O prazo será limitado ao mínimo necessário para assegurar o seu devido processamento e análise de forma a cumprir os objetivos do estudo e seguindo a legislação. Assim, os dados serão conservados durante um mínimo de 25 anos após a sua recolha, não havendo qualquer transferência de dados pessoais para um país terceiro ou uma organização internacional.^{1,2,3}

Segue-se o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE.), que entrou em vigor no passado dia 25 de maio de 2018, e vem substituir a atual diretiva e tem aplicação direta no quadro legal Português. Contudo, até haver legislação nacional de execução do RGPD que revogue a Lei 67/98 de 26 de Outubro (Lei de proteção de dados pessoais) nas matérias abrangidas pelo regulamento, a Lei 67/98 continua em vigor em tudo o que não contrarie o RGPD. Acesso via:

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

² Seguem-se os pressupostos da Lei 21/2014 de 16 de abril, alterada pela Lei 73/2015 de 27 de julho, que protege os seus dados pessoais e limita o acesso aos mesmos e a finalidade pela qual são acedidos.

³ Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica” de 17 de outubro de 2018:

2018http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abb4b

Os participantes não deverão incorrer em qualquer custo acrescido, incluindo pagamento de taxas moderadoras, pela sua participação no projeto. Qualquer meio complementar de diagnóstico que não seja suportado pelo centro hospitalar, e/ou outro, onde for realizado o estudo, como parte da prática clínica corrente no processo de diagnóstico ou tratamento, deverá ser apoiado através de financiamento próprio do estudo.

Se se pretende que o(s) questionário(s) e/ou colheita de dados seja aplicado(s) via contato telefónico, e/ou que o consentimento informado seja verbal, do próprio e do adulto responsável, o guião da entrevista deverá ser fornecido em anexo ao processo. O guião deverá encontrar-se em conformidade com as guidelines fornecidas por Singer & Frankel (1982) (Informed consent procedures in telephone interviews. *Am Sociol Rev*, 47(3), 416-427), não violando os preceitos da WHO ou CIOMS. O procedimento será aceitável se a investigação não envolver o mínimo risco para os intervenientes, a alteração do processo de consentimento informado não vai prejudicar os direitos e bem-estar dos indivíduos, e sempre que necessário e/ou solicitado, serão fornecidas informações pertinentes adicionais aos indivíduos após a participação e/ou o envio do Consentimento Informado.

Se forem realizadas entrevistas gravadas (vídeo ou áudio) estas deverão ser mantidas durante um tempo limitado à sua transcrição e devida análise e deverão ser subsequentemente destruídas, não sendo utilizadas para outros fins.

Se tiver lugar a recolha de produtos biológicos, esta deverá ter em conta os princípios para obtenção e conservação de material biológico (Art. 18.º) da Lei 12/2005 de 26 de janeiro. O tratamento das informações de saúde recolhidas terá em consideração os princípios aplicáveis aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica, definidos pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e decorrentes da Deliberação n.º 1704/2015.

Informações pessoais tratadas não deverão ser identificáveis, mas sim irreversivelmente anonimizadas (Art. 3.º da LPDP), e todos os dados obtidos no âmbito de um Projeto de Investigação estão ao abrigo de medidas técnicas e organizativas adequadas que dão cumprimento ao disposto no Art. 14.º e Art. 15.º da LPDP. Aplica-se ainda o disposto no n.º1 do Art. 17º da LPDP relativamente ao sigilo profissional. Quando não for possível a anonimização dos dados, estes deverão codificados de acordo com uma chave específica, acessível apenas aos investigadores do estudo, e que dificulta a identificabilidade dos participantes, tal como especificado na Deliberação n.º 1704/2015 da CNPD e complementado pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), com entrada em vigor em 25 de Maio de 2018, e que substitui a atual diretiva e lei de proteção de dados (o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. Os dados obtidos deverão ser conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior, tal como definido no Art. 5.º, n.º 1, alínea e), da LPDP.

O Modelo de declaração de compromisso e confidencialidade utilizado pelo IR deverá ser seguido e assinado por outros investigadores ou colaboradores na investigação, conforme aplicável, destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) IR Sempre que necessário, os membros da equipa de investigação deverão assinar uma Declaração de Interesses e Incompatibilidades de acordo com o Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

Neste contexto, assume-se que os investigadores que trabalham com registos ou amostras humanas, ou com a análise de dados, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais e sobre os resultados ou demais obtidos, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.



NECESSIDADES DE CONFORTO DA PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

2019.190(156-DEFI/162-CE) Trabalho Académico de Investigação no âmbito do 2º ano do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica – Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Data de Receção no Gabinete Coordenador da Investigação:

Data de envio de *e-mail* a solicitar esclarecimentos à investigadora: 01/10/2019

Data de receção dos esclarecimentos solicitados à Investigadora: 15/10/2019

Elaboração do Parecer Final do GCI: 23/10/2019

Estudante/Investigadora Principal:

Vânia Catarina Lopes Peixoto – Enfermeira, na Unidade de Cuidados Continuados do Hospital Agostinho Ribeiro e Aluna do 2º ano do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica – Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Investigador Responsável no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP):

Ana Filipa Monteiro Cardoso Baltazar - Enfermeira, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Orientadores da Instituição de Ensino:

Rui Manuel Freitas Novais – Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins - Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Resumo do Estudo:

- **Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) – CHUP
- **Desenho do estudo:** Institucional, descritivo, qualitativo.
- **Objetivos:**
 - Explorar as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;
 - Descrever as necessidades de conforto experienciadas da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.
- **Participantes no estudo:** Pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva que estiveram internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do CHUP. Crítérios de inclusão: Ter idade superior ou igual a 18 anos; ter sido submetido a ventilação invasiva no primeiro trimestre de 2019; ter capacidade cognitiva para participar no estudo; aceitar de forma livre e esclarecida participar no estudo e permitir o registo áudio das entrevistas realizadas.
- **Tamanho da amostra:** estimado em 10 doentes
- **Duração do estudo:** Início: 15/10/2019 (?) Conclusão: 15/02/2020
- **Metodologia:**
 - Nas consultas de *follow up* da UCIP, o enfermeiro destacado identificará os doentes que foram submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI);
 - No final de cada consulta os doentes que foram submetidos a VMI serão abordados pela estudante/investigadora principal que solicitará a sua participação no estudo;
 - Os doentes serão informados sobre o tema e objetivos da investigação de forma a que a sua colaboração seja livre, esclarecida e voluntária;

- Se os doentes selecionados aceitarem participar no estudo, será solicitada a assinatura do consentimento livre, esclarecido e informado;
- Após a autorização da participação no estudo será realizada uma entrevista não estruturada, constituída por duas partes: a primeira parte com questões que permitem caracterizar o perfil biográfico e social dos participantes e a segunda constituída por uma questão aberta de forma a dar resposta aos objetivos;
- Cada entrevista será gravada em áudio com a devida autorização dos participantes. Estes serão convidados e encorajados a falar livremente e exprimir com clareza e detalhe a sua experiência, sendo apenas interrompidos para esclarecimento ou validação de alguma ideia;
- Para efetuar a entrevista, existe a possibilidade de ser facultada a biblioteca da UCIP num horário a ajustar. Será também articulado com a enfermeira supervisora da consulta externa a possibilidade de estar disponível a biblioteca desse serviço em horário a definir e existe ainda a possibilidade de ser o utente a sugerir um espaço onde se sinta confortável para falar sobre a sua experiência (p. ex. domicílio);
- O conteúdo de cada entrevista será transcrito literal e integralmente, o mais cedo possível, de modo a manter o máximo de fidelidade das descrições e posteriormente devolvido aos participantes com a finalidade de validarem a informação;
- Serão protegidas as identidades dos participantes através da garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Será atribuído um código alfa numérico (E1, E2...) e a informação recolhida será única e exclusivamente utilizada para fins académicos;
- É referido que a realização da investigação não comporta qualquer tipo de custos para o participante.
- Os dados que resultarem das entrevistas serão analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo, que irá permitir a explicitação e sistematização do conteúdo das entrevistas e a categorização dos dados;
- O tratamento dos dados será realizado recorrendo ao programa *WebQDA* (Análise de conteúdo suportada por *software*) como auxiliar na organização e sistematização da recolha e análise dos dados;
- As entrevistas serão destruídas após o seu tratamento e análise;
- É referido que será criada uma base de dados anonimizada.

Aspetos financeiros:

Não está previsto o financiamento do estudo e não haverá contrapartidas para os doentes.

Requisitos Preenchidos:

- Pedidos de autorização dirigidos ao Conselho de Administração, Comissão de Ética e DEFI
- Termo de Responsabilidade e *Curriculum Vitae* da Estudante/Investigadora Principal (Enf.ª Vânia Peixoto)
- Termo de Responsabilidade do Orientador da Instituição de Ensino (Prof. Rui Novais)
- Termo de Responsabilidade da Orientadora da Instituição de Ensino (Prof. Mª de Fátima Martins)
- Autorização do Diretor do Serviço de Cuidados Intensivos (Dr. Fernando Rua)
- Autorização da Diretora da UCIP (Dra. Irene Aragão)
- Autorização do Diretor do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência (Dr. António Marques)

- Autorização da Enfermeira Supervisora do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência (Enf. Rosário Fonseca)
- Autorização do Enfermeiro Chefe da UCIP (Enf. Manuel Saraiva)
- Documento comprovativo da frequência do 2º ano do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica
- Projeto de Investigação
- Termo de consentimento informado com informação do estudo para os participantes
- Guião da Entrevista
- Parecer da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho

QUESTÕES CLARIFICADAS PELA INVESTIGADORA:

As questões colocadas foram clarificadas, de acordo com os esclarecimentos que a seguir se transcrevem:

- a) **Recrutamento dos doentes:** Como será efetuado o recrutamento dos doentes? Como serão identificados os doentes a recrutar? Como será efetuado o contacto com os mesmos? Por telefone? Como será obtido esse contacto?

"A consulta de follow up da UCIP do HSA realiza-se às terças-feiras no período da manhã.

Para proceder à recolha de dados, nesses dias o enfermeiro da UCIP destacado para a consulta de follow up identificará os doentes que foram submetidos a ventilação mecânica invasiva.

De seguida, no final de cada consulta presencialmente abordarei os doentes que foram submetidos a VMI, identifico-me e sem exceção solito o seu consentimento livre, esclarecido e informado (modelo enviado em anexo no projeto deste estudo) entregando o documento à pessoa para que seja lido e facultada a possibilidade para o esclarecimento de qualquer dúvida, para uma possível participação destes no estudo de investigação. No caso dos doentes selecionados aceitarem participar no estudo é assinado o modelo do consentimento livre, esclarecido e informado pelo doente e fornecido o original, ficando a investigadora em sua posse com o duplicado."

- b) **Entrevista:** Se a entrevista for efetuada quando o doente vier à consulta onde será realizada? Existe alguma sala disponível para o efeito?

"No caso do doente concordar participar no estudo existe a possibilidade de ser facultada a biblioteca da UCIP num horário a ajustar. Será também articulado com a enfermeira supervisora da consulta externa a possibilidade de estar disponível a biblioteca desse serviço em horário a definir e existe ainda a possibilidade de ser o utente a sugerir um espaço onde se sinta confortável para falar sobre a sua experiência (p. ex. domicílio).

Será sugerido ao doente para me fazer acompanhar até ao local, respeitando a privacidade da pessoa e cumprindo o sigilo profissional a que estou sujeita de acordo com o previsto no Código Deontológico do Enfermeiro".

- c) **Tamanho da amostra:** qual o numero estimado de doentes a incluir no estudo?

"Num estudo qualitativo como é o caso, o investigador não centra a sua preocupação em obter um número representativo de participantes para a sua amostra. A dimensão é frequentemente definida a posteriori através da saturação teórica dos dados.

Considera-se que a colheita de dados está saturada quando nenhum elemento de novo é encontrado nas descrições dos participantes e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenómeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados.

Deste modo, espero conseguir colher os dados necessários à minha pesquisa com cerca de 10 doentes que aceitem participar no meu estudo, contudo só terei a certeza do tamanho da amostra após atingir a saturação de dados."

APRECIACÃO e PARECER FINAL do Gabinete Coordenador de Investigação do CHP:

A proposta de investigação: *"Necessidades de conforto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva"* foi reanalisada pelo Gabinete Coordenador de Investigação após esclarecimentos da Investigadora.

Estritamente no que se refere à componente científica do trabalho académico de investigação, **PARECER FAVORÁVEL pelo Gabinete Coordenador da Investigação**

Do ponto de vista científico, o Gabinete Coordenador de Investigação dá por concluída a análise do processo, sendo enviado à Investigadora o Parecer elaborado para conhecimento.

O processo segue para a Comissão de Ética para avaliação dos aspetos éticos, nomeadamente no que se refere ao termo do consentimento informado e o documento informativo para os participantes.

Deve ser aguardada a comunicação da autorização institucional para o início do estudo.

Centro Hospitalar Universitário do Porto, 23 de outubro de 2019

Paula Miller, Gabinete Coordenador da Investigação

Isabel Fonseca, Responsável pela área da análise científica dos estudos de investigação
DEFI/ Gabinete Coordenador da Investigação

Anexo C - Parecer Comissão de Ética para a Saúde de um Centro Hospitalar



Exma. Sra. Enf.ª Vânia Peixoto
Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalente

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - “Necessidades de conforto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva” – N/ REF.ª 2019.190(156-DEFI/162-CE)

O Conselho de Administração do CHUP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar na UCIP desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enf.ª Vânia Peixoto.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética CHUP|ICBAS, pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHUP, pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

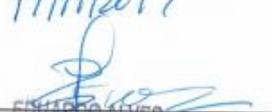
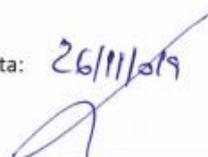
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
27/11/2019

Dr. PAULO BARBOSA Presidente	Dr.ª ÉLIA GOMES Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS Diretor Clínico	Dr.ª RITA MOREIRA Vogal Executiva
Enf.ª EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor	

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

Título: "Necessidades de conforto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva"	Ref.º: 2019.190(156-DEFI/162-CE)
	Investigador: Enf.ª Vânia Peixoto UCIP

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 19/11/2019  EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor	PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 26/11/2019  Dr. PAULO BARBOSA
--	---

Presidente do Conselho de Administração do CHUP

Em conformidade. Pode ser autorizado


Luísa Lobato
Diretora do DEFI

CHP - C. ~~DEFI~~ DEFI
ANTÓNIO MANUEL SILVA Hora 16.00
Enf. Supervisor 13.11.2019
Nº Ordem 16658 Ass.

COMISSÃO DE ÉTICA CHUP / ICBAS

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 6.11.2019	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Necessidades de conforto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva"		Ref.º: 2019.190(156-DEFI/162-CE)
Protocolo/Versão: TA-Mestrado	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador / Local: Vânia Peixoto UCIP - CHUP

A Comissão de Ética CHUP / ICBAS, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **TA-Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética CHUP / ICBAS presentes:

Presidente: Dr.ª Luíza Bernardo
Vice-Presidente: Dr.ª ~~Paulina Aguiar~~

Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Dr.ª ~~Cámen de Carvalho~~, Dr.ª Fernanda Manuela Costa, Dr. Gonçalo Senra, Prof. Doutor José António Pinho, Dr.ª Helena Ramos, Prof.ª Doutora Maria Manuel Jorge, Prof.ª Doutora Maria Strecht, Prof. Doutor Paulo Costa.

Resultado da votação:

<p>PARECER FAVORÁVEL</p> <p>A deliberação foi aprovada por unanimidade.</p> <p>Pelo que se submete à consideração superior.</p> <p style="text-align: right;">Data 6.11.2019</p> <p style="text-align: center;">A Presidente da Comissão de Ética CHUP / ICBAS</p> <p style="text-align: center;"><i>Luíza Bernardo</i></p> <p style="text-align: center;">Dr.ª Luíza Bernardo</p>	<p>PARECER FAVORÁVEL</p> <p><i>26/11/19</i></p> <p>Dr. SEVERO TORRES Assessor do Presidente do Conselho de Administração</p>
---	--

Imp.10/2019

APÊNDICES

Apêndice A - Guião de Entrevista

Guião de entrevista

Código:

Tema: Necessidades de conforto da Pessoa em Situação Crítica submetida a ventilação mecânica invasiva

Parte I Caracterização do perfil social e biográfico dos participantes			
Idade _____ Sexo _____ Estado civil _____ Escolaridade _____			
Tempo de internamento na UCIP _____			
Parte II Guião da entrevista			
Bloco temático	Objetivos	Questão	Observação
Dimensões do conforto Alívio, Tranquilidade e Transcendência	(i) Explorar as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva (ii) Descrever as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva	"Descreva em pormenor a sua experiência de internamento na unidade de cuidados intensivos"	
Contextos do conforto Físico, Psicoespiritual, Ambiental e Sociocultural			
Intervenções promotoras do conforto			
Características do cuidado confortador (<i>Comfort care</i>)			

Apêndice B - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho proponho-me realizar um Estudo de Investigação nível I, exploratório, descritivo de âmbito qualitativo intitulado “Necessidades de conforto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva”, orientado pelos Professores Rui Manuel Freitas Novais e Maria de Fátima da Silva Vieira Martins. Os objetivos do estudo são: (i) explorar as necessidades de conforto experienciadas pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva; (ii) descrever as necessidades de conforto experienciadas da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Neste estudo será realizada uma entrevista estruturada em duas partes. A primeira parte é constituída por sete (7) questões que pretendem caracterizar o perfil social e biográfico dos participantes. A segunda parte é constituída pela seguinte questão com vista da dar resposta aos objetivos: “*Descreva em pormenor a sua experiência de internamento na unidade de cuidados intensivos*”. A amostra selecionada para o estudo inclui os doentes que: (i) Tenham idade superior a 18 anos; (ii) Tenham sido submetidos a ventilação mecânica invasiva no primeiro trimestre de 2019; (iii) Tenham capacidade cognitiva para participarem no estudo; (iv) Aceitem de forma livre e esclarecida participar no estudo e permitam o registo áudio das entrevistas realizadas.

A recolha e análise dos dados culminarão na dissertação de mestrado e serão utilizados para uso exclusivo desta investigação. As entrevistas ficarão na posse da investigadora, sendo destruídas após o seu tratamento e análise. A realização da investigação não comporta qualquer tipo de custos, quer a nível pessoal ou profissional, para V/ Exa. sendo o investigador a assumir os encargos inerentes ao seu desenvolvimento. A sua participação é voluntária, podendo a qualquer momento optar por não participar no estudo ou mesmo desistir, não acarretando qualquer prejuízo para a sua pessoa. Toda a informação

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

obtida será confidencial e o anonimato será garantido, sendo atribuída a cada entrevista um código alfanumérico E1, E2, ...

Os resultados do estudo serão divulgados aos participantes. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho e pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar da Universidade do Porto. Para qualquer informação não hesite em contactar o investigador responsável, Vânia Catarina Lopes Peixoto, pelo número de telemóvel: 914366756 ou pelo email: catarina.lopes.peixoto@gmail.com

Assinatura/s:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Apêndice C - Declaração de compromisso do responsável pela investigação

Declaração de compromisso do responsável pela investigação

Para efeitos da investigação subordinada ao tema "Necessidades de conforto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva" no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, através da realização de uma entrevista não estruturada a pessoas que estiveram submetidas a ventilação mecânica invasiva na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Universitário do Porto (Hospital de Santo António) que foram convocados para consulta de seguimento, eu Vânia Catarina Lopes Peixoto, portadora do documento de identificação (CC) nº 13431528, declaro sob compromisso de honra cumprir e respeitar as normas da UCIP, submetendo-me à obrigação da confidencialidade e absoluto sigilo profissional sobre quaisquer informações, conhecimentos ou documentos, independentemente da forma como foram adquiridos, nomeadamente respeitantes à UCIP e à consulta externa de acompanhamento de utentes, administradores, dirigentes e funcionários, mantendo tais obrigações quer durante a realização da investigação, quer após a cessação da mesma.

Desta forma, os dados obtidos durante o processo de investigação são confidenciais e usados apenas no âmbito do estudo em questão.

Declaro que compreendi a informação supra descrita e comprometo-me, sob compromisso de honra, a cumpri-la inteiramente.

Data: 01 / 07 / 2019

Vânia Catarina Lopes Peixoto

(Assinatura)