

DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS AO CUIDAR DOENTES EM FIM DE VIDA

Eugénia Tareco

Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação
Pós Graduada em Cuidados Continuados
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
enfgeuniatareco@gmail.com

Alexandra Madeira

Enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica
Pós Graduada em Cuidados Continuados
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
alex.rita@hotmail.com

RESUMO: O presente artigo traduz a revisão sistemática da literatura com o objectivo de analisar as dificuldades dos enfermeiros de cuidados intensivos no cuidar o doente em fim de vida.

Objectivo: Identificar quais as principais dificuldades/obstáculos dos enfermeiros de cuidados intensivos ao cuidar de doentes em fim de vida e identificar algumas medidas facilitadoras na prestação desses cuidados.

Metodologia: Para a elaboração deste trabalho foram seleccionados 5 artigos de investigação de uma amostra inicial de 29 retirados da base de dados EBSCO. A metodologia usada foi a PIC OD.

Resultados: Os principais obstáculos/dificuldades identificados pelos enfermeiros da UCI à prestação de cuidados ao doente em fim de vida relacionam-se com a comunicação de informações junto dos familiares sobre a situação do doente, a utilização de tratamentos e procedimentos agressivos, desacordo quanto ao plano de cuidados estabelecido pela equipa de saúde e familiares com dificuldade em aceitarem e compreenderem o prognóstico.

Conclusões: As principais conclusões obtidas revelam que os enfermeiros das UCI têm a percepção de quais os obstáculos à prestação de cuidados ao doente em fim de vida e de que a integração dos cuidados paliativos nos cuidados prestados na UCI será uma mais-valia.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados intensivos, fim de vida, obstáculos, morte, comunicação.

ABSTRACT: *Objective: Identify the main problems/obstacles of intensive care nurses to care for patients in end of life; Identify some measures that facilitate the provision of such care.*

Methodology: For the preparation of this work were selected 5 articles from an initial sample of 29 withdrawn from EBSCO database. The methodology used was the PIC OD.

Results: The main obstacles identified by the ICU nurses to care for patients in end of life are related to the communication of information about the patient's condition, use of aggressive treatments and procedures, disagreement about the plan of care, angry families and families that do not understand the prognosis.

Conclusions: The main findings of this article shows that the nurses of the ICU have the perception of the barriers to care for patients in end of life and that the integration of palliative care in intensive care will be an advantage.

KEYWORDS: *intensive care, end of life, obstacles, death, communication.*

Introdução

Quando somos concebidos e nascemos, já começamos a morrer. Morremos e renascemos um pouco cada dia, a cada nova etapa da nossa vida. Apesar de ser um processo natural, a morte sempre foi temida pelo homem e, por mais que a ciência avance, o medo e a negação da morte continuam a existir. Cuidar em fim de vida é uma das preocupações da Enfermagem, exigindo um maior envolvimento e reflexão por parte dos profissionais. Com o aumento da esperança média de vida, a maior incidência de doenças crónicas, a evolução técnica e científica e o aumento de situações de doença terminal, a sociedade necessita cada vez mais de cuidados de enfermagem. Os doentes são muitas vezes internados em unidades altamente especializadas e submetidos a procedimentos e tratamentos complexos, esquecendo-nos muitas vezes de simplesmente proporcionar conforto e melhorar a qualidade de vida dos seus últimos dias.

Assim revelou-se importante abordar esta problemática e elaborámos a seguinte questão de partida: *Quais as dificuldades/obstáculos sentidas pelos enfermeiros de cuidados intensivos ao prestar cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida e quais as estratégias facilitadoras por eles utilizadas?*

Delineámos como objectivos identificar quais as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros de cuidados intensivos ao cuidar de doentes em fim de vida e identificar algumas medidas facilitadoras na prestação desses cuidados.

Enquadramento Teórico

Considerando a evolução da técnica e da ciência do mundo actual, que nos trouxe a possibilidade de cura da doença em muitos casos e a redução de suas nefastas consequências noutros, poderemos dizer que ela nos dá a possibilidade de atenuar muitos dos temores que temos face à morte. No entanto, a morte tornou-se um tabu, deixou de ser aceite como uma transição necessária e passou a ser vista como algo a ser temido. Deixou o domicílio, para ocupar os hospitais, lugar da razão e da técnica. Com o passar do tempo, o doente foi ficando privado da sua liberdade e do seu direito de saber sobre a sua morte, a fim de prepará-la e organizá-la. Mas, não foi somente o envolvimento da família que mudou a maneira de ver e viver a morte. Com tanta evolução científica, os médicos acabaram acreditando ter o domínio sobre a vida e a morte das pessoas. Muitas vezes impõem aos pacientes tratamentos “desnecessários”,

ao invés de, simplesmente, cuidar da dor para que possam viver melhor seus últimos dias de vida.

Lourenço, S. & Cunha, T. (2006)^[1] referem que na nossa sociedade ainda se cura muito e cuida-se pouco. Quando a pessoa está em fim de vida necessita de ser aliviada do sofrimento, de um ambiente seguro com um sistema de cuidados e a certeza de que nem eles nem a família serão abandonados.

Os mesmos autores referem que, actualmente, após o diagnóstico, submetemos a pessoa a uma série de técnicas e tratamentos com objectivo curativo, sendo esses cuidados exercidos até aos últimos dias de vida da pessoa doente. Os cuidados paliativos só são requeridos nos últimos dias, quando deveriam ser efectuados atempadamente, permitindo ao doente preparar-se para a morte. É fundamental uma mudança de paradigma no foco do cuidado dos doentes, partir do modelo estritamente voltado para os cuidados curativos para uma nova visão na qual os cuidados curativos e paliativos sejam oferecidos de forma integrada aos doentes (Cicarello, G., 2003)^[2].

Ao lidar com um doente em fim de vida os enfermeiros têm tendência a distanciar-se, efectuando os cuidados rapidamente, fugindo do doente e refugiando-se na falta de tempo. São ensinados a tratar e curar, a lutar pela vida do outro até ao limite e não lhes é ensinado a acompanhar alguém na fase final da vida. Muitos enfermeiros são seduzidos pelo fascínio da tecnologia, desvalorizando o modelo orientador da actuação do enfermeiro que é o cuidar (Lourenço, S. & Cunha, T., 2006)^[1].

Hennezel (2001)^[3] refere que “a morte dos seus pacientes deixa-os desapossados. Ela desperta neles sentimentos de derrota e de impotência.”

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) surgiram da necessidade de aperfeiçoamento material e humano para o atendimento de doentes críticos e são consideradas dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital. Caracterizam-se por um ambiente onde a morte é constante, os sentidos “aguçados”, o sono privado, ruídos excessivos, grande fluxo de pessoal e exclusão de familiares, monitores, cabos, fios e sonoros bip (Silva, G., Sanches, P. & Carvalho, M., 2007)^[4]. Estão vocacionadas prioritariamente para a recuperação do doente, utilizando aparelhos de grande complexidade e exigindo uma aquisição de competências predominantemente no domínio técnico (Marques, P. & Vieira,

M., 2007)^[5]. Com os avanços no diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas os doentes são poupados da morte iminente para experienciarem um prolongamento da vida e os enfermeiros têm frequentemente de mudar o foco dos seus cuidados de uma perspectiva curativa para a do fim de vida.

Quando o objectivo dos cuidados muda de cuidados curativos para cuidados em fim de vida os enfermeiros da UCI sentem-se muitas vezes mal preparados e desconfortáveis (Gross, A., 2006)^[6]. Este sentimento de inadequação pode ser devido à falta de educação, suporte e treino. Segundo Tager (2001)^[7], os profissionais de saúde sentem a morte "... como um fracasso, uma inconveniência, uma mácula vergonha que importa esconder (...) o que por vezes os leva a descurar a dimensão humana e continuar a investir na tecnologia".

De acordo com Ciccarello citado por Gross, A. (2006)^[6] os enfermeiros devem tornar-se conscientes das suas atitudes e percepções dos cuidados em fim de vida para melhorar a sua prática clínica. A reduzida participação dos enfermeiros da UCI nos cuidados em fim de vida pode diminuir os aspectos holísticos do cuidar na assistência em enfermagem.

Em dois estudos, um nos EUA e outro na Austrália, os investigadores analisaram as percepções dos enfermeiros relativamente aos cuidados aos doentes em fim de vida. Asch et al. (1997)^[8] referem que de forma geral os enfermeiros desejavam ter mais a dizer nos cuidados prestados aos doentes a morrer, pensavam não existir coerência nos cuidados prestados a estes doentes e pensavam que o ambiente de cuidados críticos não era adequado para fomentar a compaixão que os doentes necessitam para morrer. No estudo de Cartwright et al. (1997)^[9] os enfermeiros referiram serem necessárias melhores medidas de controlo da dor para os doentes a morrer, enfatizaram a necessidade de melhorar a comunicação entre os médicos/doentes e também entre médicos /enfermeiros e pensam neles próprios como advogados dos doentes (Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchoff, K., 2006)^[10].

Algumas decisões clínicas relacionadas com o processo de morrer são feitas na UCI e espera-se que os doentes e família tenham a palavra final. Os enfermeiros da UCI estão numa posição única para ajudar os doentes, fornecendo informação, facilitando a discussão e advogando os desejos do doente.

Alguns estudos concluíram que os desejos dos doentes para não serem reanimados não eram conhecidas pelos médicos, a existência de uma directiva prévia não teve efeito sobre as decisões acerca do tratamento, a maioria dos doentes prefere que as famílias e os médicos decidam acerca de das situações críticas como ressuscitação e os familiares têm a percepção que muitas vezes os doentes experienciam dor moderada a severa quando estão nas UCI (Beckstrand, R. & Kirchoff, K., 2005)^[11].

A comunicação é uma das áreas que os familiares consideram mais importante na UCI pelo que deveriam ser escutados e implicados nas tomadas de decisão. Curtis, J. (2008)^[12] refere existirem três factores associados à maior satisfação familiar:

- Garantir que o doente não será abandonado pela equipa antes da morte;
- Assegurar que o doente está confortável e não irá sofrer;
- Manter o apoio à família acerca de decisões que seja necessário tomar;

A comunicação interdisciplinar é talvez das áreas mais importantes para melhorar os cuidados paliativos aos doentes da UCI. Podem perder-se oportunidades de ouvir e responder a questões dos familiares, reconhecer emoções, abordar questões básicas de cuidados paliativos (incluindo preferências do doente nas decisões a tomar). As famílias a quem foi fornecida informação dúbia apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão (Curtis, J., 2008)^[12].

O ambiente na UCI também é relevante e para que se prestem bons cuidados em fim de vida deve existir privacidade, cadeiras confortáveis, visitas sem limite de tempo, acesso a aconselhamento espiritual, participação da família nos cuidados, encorajamento da prática de rituais (Cicarello, G. 2003)^[2]. Num estudo efectuado por Gurses, A. & Carayon, P. (2007)^[13] verificou-se que 46% dos inquiridos consideravam o ambiente ruidoso da UCI como um obstáculo aos cuidados em fim de vida, tal como falta de espaço e excesso de pessoas no local.

O processo de morrer numa UCI é complicado e a pesquisa acerca de obstáculos específicos que impeçam os cuidados em fim de vida e comportamentos de suporte que ajudem a prestar melhores cuidados é limitada. No entanto, uma maior compreensão das percepções dos enfermeiros de cuidados intensivos desses obstáculos e das mudanças que facilitariam o cuidado apropriado em fim de vida será importante e em última instância melhorará a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes.

Questão de Investigação

Quais as dificuldades/obstáculos sentidas pelos enfermeiros de cuidados intensivos ao prestar cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida e quais as estratégias facilitadoras por eles utilizadas?

Objectivo do Estudo e Metodologia

O objectivo principal que estabelecemos para este trabalho foi identificar, de acordo com o actual contexto do conhecimento em Enfermagem, quais as principais dificuldades/obstáculos dos enfermeiros de cuidados intensivos ao cuidar de doentes em fim de vida e identificar algumas estratégias facilitadoras na prestação desses cuidados.

Perante a questão que definimos associamos as seguintes palavras-chave como descritores da pesquisa: *Cuidados Intensivos, Fim de vida, Obstáculos, Morte, Comunicação*.

No processo de revisão sistemática, a identificação dos estudos é a etapa seguinte à elaboração do projecto, na qual são utilizadas diversas fontes para identificar todos os estudos que potencialmente poderão ser incluídos na revisão, segundo os critérios pré-estabelecidos. Para reunirmos literatura relevante para a nossa pesquisa consultámos a base de dados informatizada EBSCO (*CINAHL plus with Full Text*).

Código S14 - Base de dados electrónica observada: EBSCO (*CINAHL plus with Full Text*). Foi consultada tendo em conta o intervalo temporal entre 2000 e 2009 utilizando as seguintes palavras-chave: *AB intensive care and AB end of life and AB obstacles no modo de pesquisa Booleano/Frase*. As palavras-chave foram procuradas no *Texto Integral*. Resultado: 4 artigos.

Código S18 - Base de dados electrónica observada: EBSCO (*CINAHL plus with Full Text*).

Foi consultada tendo em conta o intervalo temporal entre 2000 e 2009 utilizando as seguintes palavras-chave: *AB intensive care and AB death and AB communication no modo de pesquisa Booleano/Frase*. As palavras-chave foram procuradas no *Texto Integral*. Resultado: 25 artigos.

Para realizarmos a pesquisa e obtermos os artigos adequados à questão de investigação e aos objectivos do nosso estudo estabelecemos o conjunto de critérios de inclusão e exclusão apresentados no quadro 2.

Após a pesquisa na base de dados identificámos um total de 29 artigos. Procedemos à sua análise e após a avaliação do texto completo verificámos que a maioria não preenchia os critérios de inclusão da revisão sistemática da literatura. Assim, foram excluídos 24 artigos por não serem relevantes para a questão e objectivos do estudo, por não ser possível o acesso ao texto completo do artigo ou por se relacionarem com doentes pediátricos.

Foram identificados 5 estudos que preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos. Procedemos à sua leitura

P	Participantes	Quem foi estudado?	Enfermeiros de unidades de cuidados intensivos	Palavras-chave
I	Intervenções	O que foi feito?	Identificação dos obstáculos/facilitadores na prestação de cuidados ao doente em fim de vida	Cuidados Intensivos, fim-de-vida, Obstáculos, Morte, Comunicação
C	Comparações	Podem existir ou não?	Comparação dos resultados das variáveis dos estudos	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Obstáculos e medidas facilitadoras à prestação de cuidados ao doente em fim de vida	
D	Desenho do estudo	Como é que a evidência foi recolhida?	Estudos quantitativos e revisão da literatura	

Quadro 1: Critérios utilizados na formulação da questão de investigação

Critérios de selecção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Enfermeiros a trabalhar em unidades de cuidados intensivos. Enfermeiros que tenham cuidado de doentes em fim de vida na UCI.	Enfermeiros a trabalhar em unidades de cuidados intensivos pediátricos
Intervenção	Obstáculos à prestação de cuidados ao doente em fim de vida na UCI Medidas facilitadoras de cuidados ao doente em fim de vida na UCI	
Desenho	Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa e revisões da literatura	Todos os achados de pesquisa que não apresentem os critérios de metodologia definidos nos critérios de inclusão

Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão dos artigos de investigação

integral e respectiva análise crítica assim como à elaboração de fichas de leitura. Deste modo, a revisão sistemática da literatura inclui um total de 5 artigos de investigação.

Análise dos Dados

De acordo com a nossa questão de partida e objectivos do estudo analisámos reflexivamente os cinco artigos seleccionados. As informações que recolhemos foram reunidas em tabelas retiradas da Cochrane Database of Systematic Reviews uma vez que são facilitadoras para a sistematização da informação e sua apresentação de forma objectiva. Permitem igualmente a triagem da informação nelas contidas.

Em termos metodológicos foram analisados três artigos de natureza quantitativa e dois artigos de revisão da literatura. Os participantes dos estudos são enfermeiros de unidades de cuidados intensivos.

Apresentamos seguidamente as tabelas relativas aos artigos em estudo.

Autores	Becktrand, R. & Kirchoff, K. (2005)
Método	Método Quantitativo.
Participantes	Amostra aleatória de 1500 membros da American Association of Critical Care Nurses (AACN).
Intervenções	Questionário da National Survey of Critical Care Nurses Regarding End of Life Care.
Resultados	Os obstáculos com maior score foram os telefonemas frequentes da família para saber informações, familiares que não entendiam o termo <i>lifesaving measures</i> e médicos não estarem de acordo com os objectivos do tratamento. Os comportamentos favoráveis mais cotados foram permitir tempo adequado aos familiares com o doente depois da morte, promover um ambiente calmo e pacífico à cabeceira do doente depois da morte e ensinar os familiares a estarem junto ao doente terminal.
Notas	O estudo foi concebido para avaliar a percepção dos enfermeiros da UCI da intensidade e frequência de obstáculos e comportamentos favoráveis na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida e suas famílias. S14-4

Tabela 1: Estudo de Becktrand, R. & Kirchoff, K. (2005)

Autores	Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchoff, K. (2006)
Método	Método Quantitativo.
Participantes	Amostra de 1409 enfermeiros da American Association of Critical Care Nurses.
Intervenções	Questionário.
Resultados	As sugestões obtidas incluíam formas de garantir que a morte era digna e em paz. Os obstáculos à promoção de uma boa morte incluíam falta tempo, desafios de comunicação e decisões de tratamento baseadas nos cuidados médicos em vez de nas necessidades do doente. As sugestões para facilitar uma boa morte incluíam facilitar uma morte com dignidade, não deixar o doente morrer sozinho, gerir a dor e desconforto, saber os desejos do doente e comunicação eficaz na equipa.
Notas	O estudo foi efectuado para recolher sugestões de enfermeiros da unidade de cuidados intensivos para melhorar os cuidados em fim de vida na UCI. S18-23

Tabela 2: Estudo de Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchoff, K. (2006)

Autores	Gross, A. (2006)
Método	Método Quantitativo
Participantes	Amostra constituída por 23 enfermeiros.
Intervenções	Questionário da National Survey of Critical Care Nurses Regarding End of Life Care.
Resultados	Os resultados deste estudo demonstram que as enfermeiras percebem o comportamento optimista em relação ao prognóstico dos doentes, as famílias não compreenderem o significado de medidas de suporte de vida e a continuação de tratamentos agressivos como obstáculos. As enfermeiras identificaram o acordo dos médicos relativamente aos cuidados e a aceitação da família do mau prognóstico como facilitadores.
Notas	O estudo visa investigar a percepção das enfermeiras de cuidados intensivos acerca dos obstáculos e facilitadores dos cuidados em fim de vida. S14-3

Tabela 3: Estudo de Gross, A. (2006)

Autores	Curtis, J. (2008)
Método	Revisão sistemática da literatura.
Participantes	Enfermeiros.
Resultados	A UCI é um local onde a morte é comum. Existe um interesse crescente em melhorar a qualidade dos cuidados paliativos na UCI. Melhorar os cuidados paliativos está ao nosso alcance e deve ser responsabilidade de todos os membros da equipa interdisciplinar da UCI.
Notas	Este artigo fornece uma visão geral dos princípios e práticas de integração dos cuidados paliativos nos cuidados curativos.

S18-3

Tabela 4: Estudo de Curtis, J. (2008)

Autores	Cicarello, G. (2003)
Método	Revisão sistemática da literatura.
Participantes	Enfermeiros.
Resultados	Os enfermeiros muitas vezes sentem-se pouco preparados para efectuar cuidados em fim de vida. Os enfermeiros da UCI podem reconhecer que os cuidados paliativos e curativos podem existir, explorando crenças sobre a morte, criando um ambiente que suporte morrer tão bem como curar, melhorando a comunicação com doentes, familiares e profissionais e promovendo “pequenas coisas que fazem a diferença no fim de vida”.
Notas	O estudo visa propor estratégias específicas para os enfermeiros de cuidados intensivos melhorarem os cuidados em fim de vida na UCI.

S18-25

Tabela 5: Estudo de Cicarello, G. (2003)

Discussão

O processo de morrer na UCI pode ser confuso, ruidoso e complicado. Um melhor entendimento dos obstáculos mais frequentes que restringem as enfermeiras de proporcionar cuidados de qualidade ao doente em fim de vida pode levar ao desenvolvimento de intervenções que reduzam a intensidade e frequências desses obstáculos.

No estudo de Beckstrand, R. & Kirchoff, K. (2005)^[11] o obstáculo referido pelos enfermeiros como mais frequente foi “os familiares e amigos do doente que frequentemente chamam a enfermeira para fazer uma actualização do estado do doente em vez de falarem com a pessoa de contacto”. O doente crítico muitas vezes não consegue comunicar pelo que necessita de um enfermeiro ou pessoa significativa para receber a informação acerca da sua condição. Dada a tec-

nologia da UCI não é possível terem telefone pelo que o contacto com os familiares distantes é mais difícil e as chamadas têm de ser encaminhadas pelo enfermeiro. Medland, J. & Ferrans, C. (1998)^[14] reconhecem que fornecer informação acerca do estado do doente é uma parte essencial do cuidado ao doente, também reconhecem que as constantes interrupções constituem um fardo adicional para os enfermeiros. Nos estudos de Gross, A. (2006)^[6] e Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchoff, K. (2006)^[10] este obstáculo também obteve scores elevados de pontuação.

O segundo obstáculo mais referido do estudo anterior foi “os familiares não perceberem o que as medidas *lifesaving* realmente significam para o doente”. Uma possível explicação para este obstáculo encontra-se nos estudos de Pierce, S. (1999)^[15] as famílias que ele entrevistou relataram que queriam ter feito tudo pelo seu familiar a morrer, no entanto, tudo o possível não significa necessariamente intervenções médicas. Para eles, significa estar fisicamente perto do doente, tocar, falar e manter o doente limpo e confortável.

Um achado importante no estudo de Gross, A. (2006)^[6] foi os enfermeiros referirem como um obstáculo “não saber os desejos do doente relativamente aos cuidados *lifesaving*”. Esta falta de conhecimento pode ser devido aos enfermeiros não conhecerem o seu papel nos cuidados em fim de vida. De acordo com Cicarello, G. (2003)^[2] para implementar a perspectiva dos cuidados paliativos deve-se conhecer e respeitar as metas do doente, preferências, escolhas e conhecer as preocupações dos cuidadores.

O papel dos enfermeiros pode ser legitimado ao efectuarem actividades que promovam bons cuidados como participar nas reuniões multidisciplinares, compartilhar a sua opinião acerca da situação dos doentes, manterem uma comunicação aberta com a família e investigarem as preferências dos doentes acerca dos cuidados. Este processo deve fazer parte das actividades do enfermeiro assim que o doente é admitido na UCI.

Outro obstáculo mencionado no estudo de Beckstrand, R. & Kirchoff, K. (2005)^[11] foi a percepção de que os médicos muitas vezes discordam acerca dos objectivos/metast do tratamento do doente. Os desentendimentos dos médicos acerca dos objectivos do tratamento causam confusão no pessoal de enfermagem e aumentam o seu trabalho pois têm de actuar como árbitros.

Com frequência os profissionais de saúde, particularmente os médicos, manifestam relutância em lidar com a família, quer por acharem que é uma tarefa que lhes pode ocupar muito tempo, quer por se sentirem pouco preparados para oferecer esse apoio (Hennezel, 2001)^[3].

Em 2006, no seu estudo, Beckstrand, R. Callister, L. & Kirchoff, K.^[10], obtiveram também referência a este facto. De acordo com os inquiridos, o comportamento de alguns médicos, ao serem pouco verdadeiros e realistas acerca do prognóstico dos doentes, evita a prestação de bons cuidados em fim de vida. Alguns participantes focaram que os médicos tendem a ver a morte do doente como um fracasso pessoal encarando-a como uma derrota. É necessária uma resposta mais realista e compassiva por parte dos médicos às necessidades dos doentes terminais. Eles vêem a morte como uma afronta às suas capacidades profissionais e não vêem o processo de morrer como uma parte da vida. Os familiares não aceitam que o doente está a morrer e o facto de terem de lidar com familiares de doentes, irritados ou zangados, foram outros dos obstáculos mencionados pelos enfermeiros, nos estudos de Beckstrand, R. & Kirchoff, K. (2005)^[11] e Downey, L., Engelberg, R., Shannon, S & Curtis, J. (2007)^[16]. Os profissionais de saúde têm de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família (Bukman citado por Pereira, 2008)^[17]. Ideia corroborada por Cicarello, G. (2003)^[2] ao referir que os enfermeiros têm de aceitar a morte como um processo natural, reflectindo sobre ela e confrontando os seus medos e receios.

A comunicação com a família foi cotada como um obstáculo no estudo de Gross, A. (2006)^[6]. Um dos obstáculos mencionados pelos entrevistados foi lidar com os familiares zangados e com o facto de estes não aceitarem o mau prognóstico. Isto sugere que existe a necessidade de formação especializada por parte das equipas de enfermagem para lidar com famílias em crise, com a tristeza e gestão do luto e em estratégias de comunicação.

Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchoff, K. (2006)^[10] no seu estudo acerca desta temática identificaram a escassez de enfermeiros e a falta de tempo como obstáculos mais referidos. Os enfermeiros referem sentir-se frustrados por terem pouco tempo para cuidar do doente e sua família. Quando a morte está iminente deveriam poder prestar cuidados na base de 1:1 de forma a responder adequadamente às neces-

sidades do doente e família sem ter de desviar a atenção para outros doentes.

Gross, A. (2006)^[6] obteve como um dos obstáculos mais frequentes à prestação de cuidados em fim de vida a “utilização de modalidades de tratamento agressivas”. O estudo infere que os enfermeiros são frequentemente confrontados com tratamentos fúteis e agressivos para manter o doente vivo, vendo-os como atentados à dignidade do doente. São geralmente encarregados de desligar o equipamento de suporte à vida quando a ordem é dada. Para Cicarello, G. (2003)^[2] quando se retiram as medidas de suporte, além de remover as linhas, tubos e desligar os monitores, deve-se encorajar os familiares a manter o contacto físico, respeitar a espiritualidade da morte, encorajar rituais e apoiar a família no sofrimento.

Os enfermeiros também referiram as necessidades educacionais como um obstáculo à prestação de bons cuidados em fim de vida. Curiosamente, nos outros dois estudos a falta de formação em cuidados em fim de vida é referida como um pequeno obstáculo. Talvez porque os enfermeiros não estejam despertos para os benefícios da educação em cuidados paliativos como parte das suas competências em UCI. Cicarello, G. (2003)^[2] refere que a educação dos enfermeiros deveria incluir aspectos como: avaliação de necessidades, comunicação, dor e perda, gestão de prognósticos incertos, dimensão espiritual da vida e doença, terapias complementares.

Os obstáculos cotados como menos frequentes para Beckstrand, R. & Kirchoff, K. (2005)^[11] foram: o conceito de que os tratamentos prestados ao doente são efectuados para que o hospital tenha benefícios financeiros, horário das visitas restritivo e pouco apoio de outros profissionais à família do doente, como assistentes sociais e líderes religiosos. Downey, L. et al. (2007)^[16]. Para Gross, A. (2006)^[6] foram a falha do médico ao não aceitar o desejo de parar o tratamento e o médico não instituir medidas de alívio da dor.

As medidas facilitadoras para a prestação de cuidados em fim de vida mais referidas nos estudos relacionam-se com comportamentos que a enfermeira pode controlar, pelo que são percebidos como úteis, e as relacionadas com comportamentos favoráveis para a enfermeira por parte dos familiares ou outros membros do pessoal. Muitos dos comportamentos também se relacionam com o suporte dado à família após a morte do doente.

Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchoff, K. (2006)^[10] referem que os enfermeiros consideram importante morrer com dignidade e não morrer sozinho sendo isto reflexo das suas atitudes pessoais, medos ou experiências anteriores. Os mecanismos de fuga estão relacionados muitas vezes com os seus medos e receios face à própria morte ou doença, ou de um familiar próximo, provocando a “sensação de espelho”. A este propósito, refere Bent-Kelly citado por Pereira (2008)^[17], “(...) tornamo-nos incapacitados e vulneráveis às nossas próprias emoções e por esse motivo não conseguimos dar o apoio necessário aos que dele necessitam”.

No estudo de Singer et al. (1999)^[18], com doentes com cancro em fase terminal, foram identificados como componentes para uma boa morte o adequado tratamento da dor e sintomas, evitar prolongar a morte, ter controlo, não ser um fardo e fortalecer as relações com as pessoas amadas. Num outro estudo com pacientes, familiares, médicos e outros profissionais de saúde foi referido como importante manter-se limpo, decidir quem toma as decisões críticas, ser cuidados por enfermeiras com quem se sintam confortáveis, saber o que esperar da sua condição física, ter alguém que os escute, manter a dignidade no fim da vida. Referem também a gestão da dor e sintomas e realçam a importância de terem tempo para se prepararem para a morte (Cicarello, G., 2003)^[2].

No estudo de Gross, A. (2006)^[6] os enfermeiros consideraram que facilitar uma morte digna foi facilitador de cuidados em fim de vida. Garantir uma morte digna ao doente e família favorecendo uma cena pacífica à cabeceira, permitir às famílias tempo suficiente com a pessoa amada, ter tempo para preparar as famílias para o processo de morrer, ter um local adequado para as famílias em luto e fornecer continuidade dos cuidados foram classificados como muito úteis.

Os inquiridos por Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchoff, K. (2006)^[10] referiram que a melhoria da comunicação entre os elementos da equipa facilitaria uma boa morte porque todos trabalhariam para o mesmo objectivo e plano de cuidados. A criação de equipas interdisciplinares com a presença de um membro da família para desenvolver um plano de cuidados foi sugerida. Outras sugestões foram a existência de conselheiros especializados a trabalhar com famílias em negação, uma equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e maior envolvimento de outros grupos pro-

fissionais (pessoal religioso, especialistas de cuidados paliativos, membros das comissões de ética). Para os inquiridos no estudo de Gross, A. (2006)^[6] e para Curtis, J. (2008)^[12] estes aspectos também são considerados facilitadores.

Outro aspecto realçado pelos enfermeiros no estudo de Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchoff, K. (2006)^[10] foi promover a cessação de tratamentos e não iniciar procedimentos agressivos quando fossem fúteis para o cuidado ao doente. Alguns entrevistados referem que se deveria saber quando parar e admitir que apesar dos nossos esforços o doente vai morrer. Vários enfermeiros mencionam a frustração de continuar com tratamentos agressivos quando não existe esperança de sobrevivência do doente.

Os enfermeiros do estudo de Beckstrand, R. & Kirchoff, K. (2005)^[11] recomendam educar e incentivar os médicos a comunicarem de forma mais directa e transparente uns com os outros e com os familiares dos doentes.

É igualmente referido nesse estudo, como meio facilitador para a promoção de cuidados em fim de vida, esclarecer os doentes e familiares acerca de termos como *lifesaving measures*, para assegurar que compreendam as opções de tratamento que o doente tem, e explorar novas formas de divulgar regularmente informação aos membros da família, para diminuir o número de chamadas recebidas pelos enfermeiros.

No estudo de Gross, A. (2006)^[6] os enfermeiros expressaram que os cuidados em fim de vida são facilitados quando os médicos não têm medo de escrever ordens de não reanimar e não têm receio de discutir com a família o prognóstico, ajudando-as a tomar a decisão de retirar as medidas de suporte. Tanto os médicos como os enfermeiros enfrentam as mesmas questões éticas relacionadas com o fim de vida pelo que discussões interdisciplinares seriam benéficas.

As enfermeiras do estudo julgam que a disponibilidade de uma comissão de ética seria um meio facilitador para a promoção de bons cuidados em fim de vida, no entanto, e em simultâneo, a falta das mesmas foi cotada no top dos dez principais obstáculos. Esta dualidade pode dever-se ao facto de a comissão de ética só se envolver quando os casos se tornam difíceis de gerir. Cicarello, G. (2003)^[2] menciona que as comissões de ética e equipas de cuidados paliativos deveriam estar disponíveis para consulta em casos complexos e apoio aos enfermeiros da UCI.

Conclusão

Ao elaborarmos este artigo procurámos efectuar uma revisão da literatura acerca das dificuldades dos enfermeiros de cuidados intensivos ao cuidar de doentes em fim de vida. Após a elaboração da questão de partida e dos objectivos do artigo recorremos a uma base de dados informatizada e seleccionamos 29 artigos. Os artigos analisados permitiram-nos conhecer esses obstáculos, o que é um passo significativo para desenvolvimento de intervenções que melhorem os cuidados em fim de vida. A comunicação de informações acerca da situação do doente, utilização de tratamentos e procedimentos agressivos, desacordo quanto ao plano de cuidados, familiares zangados e que não compreendem o prognóstico são alguns dos obstáculos à prestação de cuidados em fim de vida na UCI.

Foram sugeridas algumas medidas como facilitadoras da prestação desses cuidados, entre elas proporcionar um ambiente digno e pacífico à cabeceira do doente, permitir acesso ilimitado aos familiares e ensiná-los a agir perto de um doente terminal.

É necessário investir na forma de comunicar informação aos doentes e familiares e esclarecê-los acerca de termos como *lifesaving measures* para assegurar que compreendam as opções de tratamento que o doente tem. Também foram sugeridas discussões acerca dos objectivos do tratamento, tratamento paliativo, ordem de não reanimar, entre os membros da família e equipa. Foi igualmente sugerido educar os médicos e os enfermeiros acerca dos desejos dos familiares de receberem informação de forma clara, directa e honesta, incentivando-os a comunicar de forma mais directa e transparente uns com os outros.

É importante reconhecer que os cuidados em fim de vida implicam considerações éticas e sociais significativas. Requerem uma mente aberta por parte dos profissionais e atitude de aceitação pois as famílias e os doentes podem ter dificuldade em aceitar um mau prognóstico e desejar medidas para prolongar a vida. O papel dos técnicos é comunicar honestamente, respeitando os desejos do doente e famílias e prestando cuidados paliativos como um componente da rotina dos cuidados intensivos. É importante realçar a visibilidade e poder da enfermagem melhorando a qualidade dos cuidados paliativos prestados na UCI. Os enfermeiros podem intervir ao reconhecer que os cuidados paliativos e curativos podem coexistir, explorando crenças sobre a morte,

criando um ambiente que suporte morrer tão bem como curar, melhorando a comunicação com doentes, familiares e profissionais e promovendo “pequenas coisas que fazem a diferença no fim de vida”. (Cicarello, G., 2003)^[2]

BIBLIOGRAFIA

1. Lourenço, S. & Cunha, T. (2006). Cuidar em fim de vida - impacto nos profissionais <http://www.scribd.com/doc/2454684/Cuidar-em-Fim-de-Vida-impacto-nos-Profissionais>
2. Ciccarello, G. (2003, September). Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(5), 216-222. Retrieved April 18, 2009, from CINAHL Plus with Full Text database.
3. Hennezel, M. (2001) A arte de morrer (3.ª ed). Lisboa: Editorial Notícias.
4. Silva, G. F. da S., Sanches, P. G., Carvalho, M. D. de B. (2007) - Reflectindo sobre o cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. In: Revista Mineira de Enfermagem. Belo Horizonte. Vol. 11, nº 1 (Jan.- Mar. 2007), p.1-9. Disponível em: [www: http://www.prtabvserf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-276222X](http://www.prtabvserf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-276222X). ISSN 1415-2762.
5. Marques, P. & Vieira, M. (2007). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos à intervenção de enfermagem promotora de dignidade das pessoas em fim de vida internadas em unidades de cuidados intensivos. S.Camilo. 1 (2). p.45-55. Disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/bioethikos/57/Principios_eticos_gerais_no_agir_em_enfermagem.pdf
6. Gross, A. (2006, March). End-of-life care obstacles and facilitators in the critical care units of a community hospital. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(2), 92-102. Retrieved April 18, 2009, from CINAHL Plus with Full Text database.
7. Tager, D. K. (2001) *Viver a morte*. Lisboa: Estampa
8. Asch, D., Shea, J., Jedziewski, M. & Bosk, C. (1997). The limits of suffering: critical care nurses views of hospital care at the end of life. *Soc Sci Med*, 45.p.1661-1668 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9428086>
9. Cartwright, C., Steinberg, M. Williams, G. & Najman, J. (1997). Issues of death and dying: the perspective of critical care nurses. *Aust Crit Care*, 10.p.81-87 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9362607>
10. Beckstrand, R., Callister, L., & Kirchoff, K. (2006). Providing a good death: critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-46. Retrieved April 18, 2009, from CINAHL Plus with Full Text database.
11. Beckstrand, R., & Kirchoff, K. (2005, September). Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care*, 14(5), 395-403. Retrieved April 18, 2009, from CINAHL Plus with Full Text database.
12. Curtis, J. (2008, April). Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team. *Respiratory Care*, 53(4), 480-487. Retrieved April 18, 2009, from CINAHL Plus with Full Text database.
13. Gurses, A. P., Carayon, P. (May/June 2007). Performance Obstacles of Intensive Care Nurses. *Nursing Research*. Volume 56 - Issue 3 - pp 185-194.
14. Medland, J. & Ferrans, C. (1998). Effectiveness of structured communication program for family members of patients in an ICU. *American Journal of Critical Care*. 7, p. 24-29. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/content/abstract/7/1/24>.
15. Pierce, S. (1999). Improving end of life care: gathering suggestions from family members. *Nurs Forum*. 34, p. 5-14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10603852?dopt=Abstract>.
16. Downey, L., Engleberg, R., Shannon, S., & Curtis, J. (2006, November). Measuring intensive care nurses' perspectives on family-centered end-of-life care: evaluation of 3 questionnaires. *American Journal of Critical Care*, 15(6), 568-579. Retrieved April 24, 2009, from CINAHL Plus with Full Text database.
17. Pereira, M. A. G. (2008, Abril) *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Formasau - Formação e Saúde, Lda.
18. Singer, P., Martin, D. & Kelner, M. (1999). Quality of life care: patient's perspectives. *JAMA*, 281.p.163-168 Disponível em : <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/281/2/163>.