

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12037

CUIDADOS PALIATIVOS DA ENFERMAGEM NO CENÁRIO PANDÊMICO CONFORME A TEORIA DE FINAL DE VIDA PACÍFICO

*Palliative care of nursing in the pandemic scenario according to the pacific end-of-life theory**Cuidados paliativos de enfermagem em el escenario de pandemia según la teoría del terminal de vida del pacífico*Jonas Melo de Matos Júnior¹ Adriana de Sá Pinheiro¹ Danielle Saraiva Tuma dos Reis¹ William Dias Borges¹ Helena Megumi Sonobe² Antonio Jorge Silva Correa Júnior¹ 

RESUMO

Objetivo: descrever a perspectiva assistencial da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva para os pacientes diagnosticados com COVID-19 e fora de possibilidades terapêuticas, a luz da Teoria de Final de Vida Pacífico. **Métodos:** estudo qualitativo com suporte da Teoria de Final de Vida Pacífico, em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto do Norte do Brasil. A coleta no segundo semestre de 2020 obteve nove profissionais, contando com roteiro semiestruturado e posterior análise de três etapas. **Resultados:** inter-relação entre “Não sentir dor” e “Experiência de Conforto”, uma polissemia de perspectivas quanto a “Experiência de dignidade e respeito” e “Estar em paz”, já a “Proximidade com outros significativos” foi totalmente abalada. **Considerações finais:** preceitos da humanização alinharam-se a teoria, porém foi um problema a falta de padronização quanto a avaliação de dor. A exclusão dos outros significativos impossibilitou o final de vida pacífico para os pacientes com COVID-19.

DESCRITORES: COVID-19; Coronavirus; Cuidados paliativos; Unidades de terapia intensiva; Enfermagem.

¹ Universidade Federal do Pará, Belém, Paraná, Brasil

² Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Recebido em: 07/08/2022; Aceito em: 23/08/2022; Publicado em: 20/04/2023

Autor correspondente: Jonas Melo de Matos Júnior, E-mail: jonas13melo13@gmail.com

Como citar este artigo: Júnior JMM, Pinheiro AS, Reis DST, Borges WD, Sonobe HM, Júnior AJSC. Cuidados paliativos da enfermagem no cenário pandêmico conforme a teoria de final de vida pacífico. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e12037.

Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12037>



ABSTRACT

Objective: to describe the care perspective of the nursing team in an Intensive Care Unit for patients diagnosed with COVID-19 and out of therapeutic possibilities, in the light of the Peaceful End of Life Theory. **Methods:** qualitative study supported by the Theory of Peaceful End of Life, in an adult Intensive Care Unit in Northern Brazil. The collection in the second half of 2020 obtained nine professionals, with a semi-structured script and subsequent analysis of three stages. **Results:** interrelationship between “Not feeling pain” and “Experience of Comfort”, a polysemy of perspectives regarding “Experience of dignity and respect” and “Being at peace”, whereas “Proximity to significant others” was totally affected. **Final considerations:** humanization precepts were in line with the theory, but the lack of standardization regarding pain assessment was a problem. Excluding significant others made peaceful end-of-life impossible for COVID-19 patients.

DESCRIPTORS: COVID-19; Coronavirus; Palliative care; Intensive care units; Critical Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir la perspectiva del cuidado del equipo de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes diagnosticados con COVID-19 y fuera de posibilidades terapéuticas, a la luz de la Teoría del Final de Vida Tranquilo. **Métodos:** estudio cualitativo sustentado en la Teoría del Final de la Vida en Paz, en una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos en el Norte de Brasil. La colección del segundo semestre de 2020 obtuvo nueve profesionales, con un guión semiestructurado y posterior análisis de tres etapas. **Resultados:** interrelación entre “No sentir dolor” y “Experiencia de Confort”, polisemia de perspectivas sobre “Experiencia de dignidad y respeto” y “Estar en paz”, mientras la “proximidad a otras personas significativas” se vio totalmente afectada. **Consideraciones finales:** los preceptos de humanización estaban en línea con la teoría, pero la falta de estandarización en cuanto a la evaluación del dolor fue un problema. La exclusión de otras personas importantes hizo imposible el final de la vida pacífica para los pacientes con COVID-19.

DESCRIPTORES: COVID-19; Coronavirus; Cuidados paliativos; Unidades de cuidados intensivos; Enfermería.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) atendem pacientes em estado crítico, contando com recursos tecnológicos, apesar da prevalência de técnicas e equipamentos somados a profissionais especializados é necessário compreender o conceito de finitude e o medo dos pacientes que desnuda incertezas.¹ Sabe-se do aumento do público paliativo na UTI, vivenciando uma experiência desconfortável e reconhecendo tal desprovimento a assistência de enfermagem avaliará a função e disfunção cognitiva, identificará demandas, potencializará o conforto por meio de metas e oferecerá “recursos para transcendência” e atualmente integra-se na atenção a família.²⁻³

A partir do ano 2020 a disseminação do vírus Sars-CoV-2, causador do *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) se tornou um dilema do diagnóstico, tratamento e do cuidado, criando constante pressão nos profissionais.⁴ Atenta-se para o potencial de contaminação que é em média é de 22 dias em fezes e 18 dias em amostras exsudativas respiratórias, logo ao lidarem com amostras fecais, salivares e séricas os profissionais acabam sendo um grupo de risco, favorecendo o distanciamento emocional e a vivência de culpa pela transmissibilidade.⁵⁻⁶

Em relação aos princípios nos cuidados paliativos para a COVID-19 é necessário: relacionamento terapêutico; avaliar condições agudas, subjacentes, fragilidades, valores e objetivos do paciente; explicar e discutir opções com o responsável; plano de tratamento; e buscar consentimento nas decisões.⁷ O estado precisaria reconhecer e garantir urgentemente os cuidados paliativos para pessoas com COVID-19 disponibilizando

equipamentos de proteção individual (EPI); fazendo a consultas durante esse período; e discussões sobre objetivos de tratamento, além de aliviar a dor para interferir nos agravos geradores de dependência e desconforto.^{3,8-9}

A enfermagem atua valendo-se do Processo de Enfermagem e de sua sistematização pautada em teorias ou conceitos. É premente, portanto, versar sobre a *Theory of the Peaceful End of Life* (Teoria de Final de Vida Pacífico) de 1998, que trata do desenvolvimento de um padrão de atendimento em uma unidade oncológica cirúrgica gastroenterológica na Noruega.¹⁰

Considerando o intrincado cenário de óbitos indaga-se: Quais as perspectivas da equipe de enfermagem a respeito da assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva para os pacientes diagnosticados com COVID-19? O objetivo foi descrever a perspectiva assistencial da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva para os pacientes diagnosticados com COVID-19 e fora de possibilidades terapêuticas, a luz da Teoria de Final de Vida Pacífico.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo qualitativo respeitando o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).¹¹⁻¹²

São declarações relacionais da Teoria de Final de Vida Pacífico: 1) intervenções farmacológicas e não farmacológicas para a dor; 2) facilitar descanso, relaxamento e conforto; 3) incluir o outro significativo na tomada de decisões; 4) suporte emocional e saber quais são as necessidades para dar orientações, fornecendo presença física; 5) atender as perguntas e sofrimento da família;

6) não sentir dor, dar conforto, permitir dignidade, mediar paz e respeito são o núcleo do processo. Seus indicadores de resultado são: 1) Não sentir dor; 2) Experiência de conforto; 3) Experiência de dignidade e respeito; 4) Estar em paz; 5) Proximidade com outros significativos; e todas as declarações são necessárias para a completude desta.¹⁰

O local foi um hospital do Norte do Brasil referência em infectologia e tratamento do Vírus da Imunodeficiência Humana. O cenário da UTI adulto possui dez leitos, devido ao perfil da instituição caracterizar-se por problemas infecciosos e contagiosos em maior parte do tempo todos os leitos estão em precaução de contato. Na pandemia o hospital contou com esta estrutura para atendimento exclusivo de diagnosticados com COVID-19.

A amostragem foi intencional¹³ de nove profissionais, participaram: 5 mulheres e 4 homens, sendo 5 enfermeiros(as) e 4 técnicos(as), a média de idade foi 32 anos, todos professavam religiões cristãs. Os incluídos foram da equipe de enfermagem da manhã e da tarde, com mais de 6 meses de atuação que anuíram, que confirmaram terem atendido pacientes com COVID-19 e em terminalidade, os pacientes encontravam-se sedados ou comatosos, intubados ou traqueostomizados, em ventilação mecânica, usando drogas vasoativas e em monitorização hemodinâmica. O critério de exclusão foi a recusa em participar.

Empregou-se uma entrevista semiestruturada individualizada: “Não Sentir Dor” – Qual sua perspectiva em relação a monitorização do adoecido em finitude?; Qual sua perspectiva em relação ao alívio da dor?; “Experiência de Conforto” – Quais medidas de conforto físico são aplicadas? E para prevenção do desconforto físico?; “Experiência de Dignidade e Respeito” – Como é realizada a inclusão de outro significativos nas decisões?; Como você entende a dignidade, necessidades e desejos do paciente?; “Estar em Paz” – Como você costuma fornecer apoio

emocional?; “Proximidade com outros Significativos” – Como é facilitada a participação de outros significativos no processo de terminalidade neste momento de pandemia de COVID-19?

As entrevistas ocorreram no segundo semestre de 2020 e duraram em média 20 minutos na sala da gerência de enfermagem, realizadas pelo primeiro autor (enfermeiro residente) sendo áudio-gravadas e convertidas em MP3 e transcritas para arquivos do *Microsoft Word*. A formação de um corpus para ser codificado contou com um arquivo matriz resultado da junção dos individuais, e a saturação foi teórica.¹¹ Analisaram-se os dados com validação de experts em UTI e pacientes críticos, e não por *softwares* conforme três etapas: 1) pré-análise com leitura flutuante; 2) exploração com categorização; e 3) interpretação.¹⁴

Atendeu-se à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a aprovação (CAAE 36935720.7.0000.0017). Empregou-se TE1, TE2 entre outros, para os Técnicos de Enfermagem e E1, E2, seguidamente, para Enfermeiros.

RESULTADOS

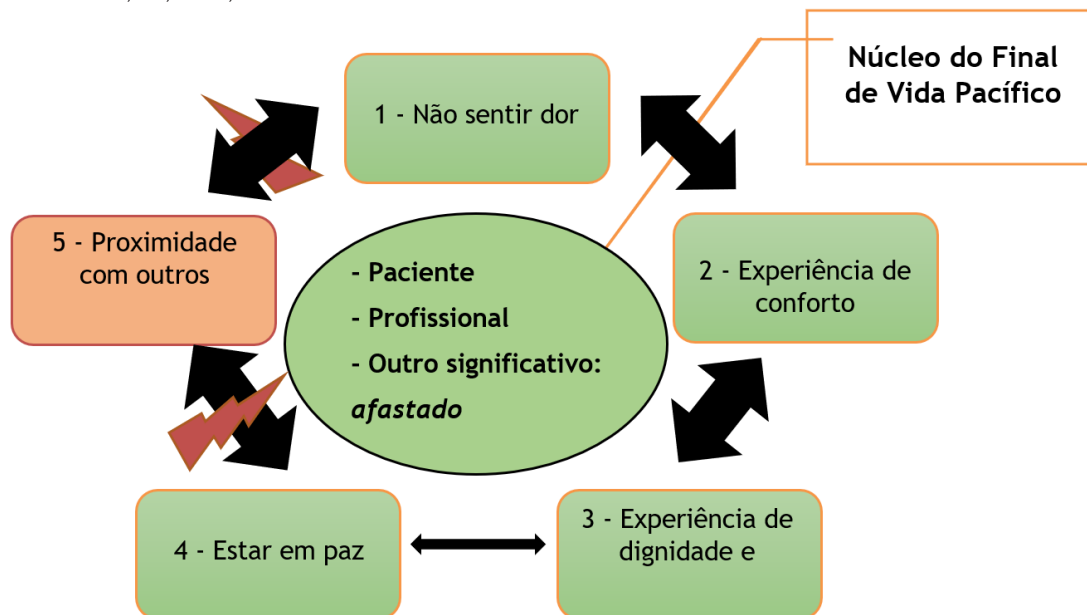
Observando a ligação entre eixos, pela falta de proximidade com outros significativos o Final de Vida Pacífico não foi assegurado (Figura 1).

“Não sentir dor”: investigando e atuando sobre o não aparente

Os depoentes ligam não ter dor ao conforto e evidenciam seus sinais.

Quando paciente se encontra consciente e orientado, um dos aspectos de maior relevância é a dor. O paciente que

Figura 1 – Análise. Belém, PA, Brasil, 2022



está intubado é mais complicado de você monitorizar, mas existem maneiras de perceber através dos aspectos da face, geralmente sente uns espasmos evidenciando através desses sinais. Nós temos mecanismos farmacológicos e não farmacológicos. (síntese E1 e E2)

Encontram-se comatosos, intubados, com analgesia e sedação contínua [...] os sedados apresentam alterações nos sinais vitais e através disso sugerimos que ele apresenta algum desconforto, então buscamos a solução, provavelmente a analgesia não está adequada e aí fazemos associações entre alguns analgésicos. (síntese E3 e E5)

Franzem a testa, olhos mais cerrados, apresentam taquicardia, padrão respiratório alterado, esses sinais sugerem que ele possa estar sentindo dor, o que se confirma com a analgesia. (E4)

Os entraves para garantir a observância ao eixo são o estado de inconsciência e a falta de escalas padronizadas.

Preocupação mais com os que estão inconscientes, porque aquele que está consciente e orientado expressa melhor sua dor. Aplicar escalas adequadas a pacientes intubados e sedados torna o processo de trabalho melhor. (E1)

Sabendo que a dor é o quinto sinal vital em cuidados paliativos, ela deve ser bem monitorizada e tratada. Aqui não é utilizada nenhuma escala, geralmente identificamos com a nossa experiência, a aplicação de uma escala padronizada nos ajudaria a classificar o nível de dor e a escolha do fármaco. No mais, apenas quando ele faz fáceis de dor. (síntese TE2, TE3, E2 e E5)

Os técnicos de enfermagem avaliam a dor de forma básica por meio de fáceis, citando rapidamente a analgesia medicamentosa.

Para a avaliação existem as escalas, mas aqui não tem, a gente verifica pela face. [...] quando estão sedados dá para ver através das fáceis de dor, os sinais vitais alteram, devemos averiguar e medir a dor por aí. (síntese TE2, TE3 e TE4)

Analgesia! O alívio da dor é muito medicamentoso. (síntese TE1 e TE2)

Quando está no fim e percebemos o desconforto, somos orientados a aumentar a dose do fentanil quando ele está sedado, ou mesmo é prescrito morfina. (TE4)

“Experiência de Conforto”: ligações entre o meio-ambiente, higiene e reposicionamento

Propicia-se tranquilidade e satisfação pacífica, para cumprimento do eixo.

Durante o banho é realizada a hidratação, o controle da luminosidade, da temperatura ambiente, a gente pode so-

lucionar de maneiras práticas, por exemplo o paciente com frio, a gente pode aquece-lo. (E 1)

Receber conforto é direito do paciente, através da nossa prescrição de enfermagem proporcionamos massagem de conforto, analgesia, mudança de decúbito, controle de temperatura, apoio emocional [...] já está sofrendo e não podemos ser amplificadores dessa dor, mas sim facilitadores. (E 2)

Manter o paciente limpo, atentar para questão de assaduras e lesões de pele, manter um diálogo principalmente para aquele que está consciente e orientado [...] Proporcionar conforto é tão simples, basta ter um olhar humano. (E 3 e E 4)

Alguns em palição encontram-se com uma deterioração orgânica muito acentuada, então temos o cuidado quanto a mudança de decúbito, posicionamento no leito, massagens de conforto... (E 5)

O meio ambiente é um fator influente nesta experiência, a luz, som e temperatura baixa são citados.

Todo tempo é frio, vai depender da quantidade de tecido adiposo, quando é bem magrinho a gente coloca um cobertor mais grosso [...] Na UTI aquecer a água para o banho é essencial para o controle térmico, tentar minimizar os ruídos, atentar para o frio, temperatura corpórea, outro fator que considero importante é a claridade, escuridão. Não pode ficar descoberto, são pequenas coisas, mas são conforto. (síntese E3, TE1, TE3 e TE2)

Para os técnicos de enfermagem a mudança de decúbito é um marcante meio de alívio desse desconforto.

Promover mudança de decúbito, a gente mesmo quando fica muito tempo na cama já fica dolorido. (TE2)

Paciente em decúbito lateral esquerdo por 2 horas e vejo que perpassou 30 minutos, eu já me preocupo, pois sei que essa posição já deve estar incomodando, eu me imagino parado em uma cama na mesma posição e sei que seria um incomodo... (TE3)

A falta de insumos dificulta na provisão de conforto.

O hospital não fornece colchão pneumático, placa de proteção hidrocolóide, para proteger de lesões... (TE1)

“Experiência de dignidade e respeito”: valorização do humano e os impactos da pandemia de COVID-19

Um atributo do conceito é o valor, envolvendo ser reconhecido e respeitado como igual e não ser exposto a nada que viole a integridade.

A dignidade e o respeito são primordiais, precisamos ver esse Ser como cliente, não como um paciente, ele está ali passivo

recebendo cuidados, mas não podemos esquecer que ele tem seus direitos, vontades e precisamos respeitar a dignidade inclusive no pós-morte, se colocar no lugar do outro [...] dignidade é garantir os direitos, prestar um cuidado humanizado além do físico, sanar também o social, mental e espiritual, enxergar esse ser em sua totalidade e fazê-lo incluso nesse processo. Muitos estão intubados e em coma induzido, entretanto, explicar o que será realizado mesmo ele sedado, já considero como um ato de garantia da dignidade (síntese E1, E2 e E4)

Os técnicos de enfermagem ligaram a consciência a expressão de sentimentos e a autonomia sobre o corpo.

A dignidade é muito mais fácil quando o paciente está orientado, pois percebemos que estão ansiosos, tristes e aí damos apoio emocional. Ter alguém para trocar ele, é humilhante, baixa a autoestima. (TE1)

[...] intubados e sedados, sabemos que eles estão ouvindo, então as vezes na hora do banho eu tomo cuidado para não falar nada que possa chatear. Esse paciente tem uma família, um emprego, uma vida. Dignidade é se sentir útil, imagino que se sinta ferida quando ela perde a autonomia e precisa que outras pessoas façam para ela coisas que antes ela fazia só (síntese TE2 e TE4)

Nesse eixo da teoria, evidencia-se os efeitos da pandemia de COVID-19.

[...] seria essencial trazer a família para próximo em finitude, compreendo o momento que estamos passando, porém se coloque no lugar desse paciente, em fim de vida e ter seus últimos momentos longe daqueles que o ama, ter apenas a presença de pessoas estranhas, imagine o quanto isso fere a dignidade. Os conscientes que entram em palição, pedem muito para passarem o final da vida deles com a família e o problema é que a pandemia tirou essa possibilidade. (síntese TE1 e E3)

“Estar em paz”: desenvolvimento da relação interpessoal

Estar em paz significa não ter ansiedade, inquietação, preocupações e medo. Recorre-se a estratégias de proximidade para com os conscientes e orientados.

Questiono termos como religiosidade, empatia, falo sobre as questões de Deus, explico a finitude como uma passagem. (E1)

Imagina esse paciente passando por tudo que está passando, totalmente indefeso, com a moral ferida e ainda não poder estar próximo de quem ama, aí que tentamos criar vínculos, proporcionar paz por meio de conversas, descontrações. Mesmo sedado e intubado, mantenho minha conduta de

conversar, posso não obter respostas verbais, mas sei que está ouvindo. (síntese E2 e E4)

Incluir ele no próprio cuidado passando essa tranquilidade, mesmo sabendo que ele está partindo, fazer ele sentir uma sensação de dever cumprido [...] procuramos saber suas crenças religiosas, dar informações quando este está consciente e ajudar na aceitação. Nessa amizade que se forma quando estão orientados, ganho a confiança deles, pergunto o tipo de música que gostam de ouvir, puxo vários assuntos e ficam mais calmos. (síntese E3, E5 e TE1)

A pandemia refletiu diretamente no processo de enfermagem interpessoal.

A pandemia dificultou muito nosso trabalho, devem se sentir sozinhos e damos companhia, sentir tristeza e nós damos carinho. O apoio emocional ajuda eles a estarem em paz. (TE2)

“Proximidade com outros significativos”: o distanciamento do familiar

A proximidade com aqueles que se importam com o adoecido, tornou-se impossível.

Antes desse vírus buscava passar segurança dando informações concretas para a família, os enfermeiros acionam a psicologia nesse choque quando recebem a notícia, e ficamos muito atentos quando o familiar é idoso. [...] fico triste e até me emociono, mesmo antes desse caos, pois é neles que a dor vai perdurar e deve estar sendo uma barra. Devido à restrição acabaram com as visitas e fragilizou bastante esse vínculo entre familiar e paciente [...] não há aproximação da família com a equipe e muito menos com o paciente, deveria haver algum meio de aproximação da enfermagem, temos muito a contribuir com informações. Poderia ser implementada a criação de uma equipe multiprofissional para atuar de forma externa junto aos familiares nesse momento de pandemia. (síntese E1, E2, E3, E4, E5 e TE1)

O desafio: como dar esse apoio durante o que estamos vivendo? Não acho que o familiar seja envolvido na recuperação, agora menos ainda, por conta da pandemia. Não tem nada que tente aproximar o adoecido do familiar, isso falta ser implementado. Infelizmente não presenciei o familiar recebendo a notícia de palição durante a pandemia. Deve ser muito triste receber uma notícia dessas e não poder dar o último abraço. (síntese TE2, TE3 e TE4)

DISCUSSÃO

Houveram limitações para o fim pacífico relacionado à COVID-19 pela sobrecarga, falta de material e notou-se que o caráter biomédico se sobressaiu como em outras realidades.¹⁵ Referenciou-se o direito básico receber o controle da dor, para alívio do sofrimento por meio de analgésicos fortes, podendo

necessitarem de sedação contínua para o alívio da falta de ar, ansiedade e inquietação, esta última é indicada em sintomas refratários como o delírium e a dispneia.¹⁶⁻¹⁸

Desvelando a dor, explica-se que a assistência possui atitudes de carinho, sensibilidade e compaixão exemplificadas pela postura altruísta em se imaginarem como pacientes da UTI.¹⁰ Frisa-se que os eixos se completaram dinamicamente e o “não sentir dor” interagiu diretamente com o eixo “experiência de conforto”. Usa-se assim a dosagem intermitente e infusões de opioides e benzodiazepínicos, que dependendo da gravidade dos sintomas dão o conforto principalmente na dispneia severa.⁷

Ademais outras formas de proporcionar conforto são banho no leito, hidratação da pele, controle de luminosidade, ruídos sonoros e temperatura. Essa manutenção prevê por parte da equipe interprofissional: evitar a imobilização prolongada e procedimentos desnecessários, ajuste de horário de verificação de sinais vitais e administração de medicamentos para que não haja interrupções no descanso noturno, avaliar a necessidade de sondas e cateteres, considerar a possibilidade de desmame precoce, corrigir desidratação e suspender medicamentos potencialmente causadores de delírium.¹⁹

No terceiro eixo notou-se certa limitação no entendimento sobre a palavra dignidade seguindo a teoria, entretanto atributos importantes como humanização, respeito, direitos, autonomia e autoestima foram citados. Garantir dignidade perpassa por decisões complexas como escolher quem será conduzido a tratamento com chances maiores de cura – a “excepcionalidade social” da equipe – discernir e flexibilizar preceitos que a anos adotavam.^{10,20}

Contudo, mesmo que a visita hospitalar como manutenção da dignidade seja necessária, consideraram-se os decretos de distanciamento social, porém como alternativa o uso da tecnologia poderia ser implementado para facilitar o contato.²¹ Apontou-se assim a perda de funções, os pacientes vivenciam experiências consideradas humilhantes, angustiantes e dolorosas.¹⁰

Sobre o quarto eixo dissertou-se sobre espiritualidade, amizade, confiança, carinho, apoio emocional e bem-estar sendo influenciadores da pacificidade na terminalidade. Os cuidados paliativos estão direcionados a estas contingências e inclusão dos outros significativos, algo que sofreu abalos.²² Corrobora-se que o quinto eixo foi o mais afetado, muitas UTI não permitiram visitas e entende-se que o processo de apoio ao familiar foi prejudicado quebrando o elo da teoria. As intervenções facilitando a participação do outro significativo, foram frustradas, mas pelo fato do primeiro autor estar no setor sabe-se que o uso do telefone ou videochamada foi mantido, para a passagem do boletim médico entre a equipe e o familiar, ou nos piores momentos quando era necessário realizar a conferência para fechar a proposta de palição. Não houve relato de apoio psicológico e tampouco contato presencial entre familiar e a enfermagem.

Mundialmente enfrentou-se um momento de colapso e de extremo descontrole e insuficiência de leitos, insumos e ações governamentais, neste bojo a Organização Mundial de Saúde considera o cuidado paliativo como o alívio de sintomas biopsicos-

sociais.²³ As limitações do estudo relacionam-se a difícil captação para a amostra devido ao tempo disponível dos entrevistados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que a humanização foi tomada como prioridade, nas perspectivas da equipe de enfermagem compreendeu-se a falta de padronização para a implementação do Final de Vida Pacífico, que se mostra como um modelo clínico, evidenciada pela falta de escalas de avaliação de dor como o maior exemplo da falta dessa normatização na UTI. Sabe-se que o controle da dor é um quesito prioritário que é obstado por dificuldades gerenciais, adscrito a isso a pandemia de COVID-19 foi um desafio para atuantes em linha de frente e que por certo foram sobrecarregados, sendo assim, entender como pensam, atuam e gerenciam é de extrema importância para o desenvolvimento da categoria e para a valorização do processo de enfermagem e sistematização.

Os outros significativos foram abalados, pensa-se com o exposto pela COVID-19 se a terminalidade continuará a ser não pacífica devido a este afastamento em outras situações de pandemia com alto risco de contaminação e óbitos. A partir disto, quais estratégias interprofissionais serão tomadas, valendo-se da tecnologia certamente, assegurando este contato? Nota-se que a enfermagem verbalizou desconforto ao lidar com o limiar da vida na pandemia, enxergando-se do outro lado das situações assistenciais, não considerando o final de vida dos que atenderam na UTI como pacífico, por conta de status deletérios como solidão, angústia e “moral ferida”.

REFERÊNCIAS

1. Silveira NR, Nascimento ERPD, Rosa LMD, Jung W, Martins SR, Fontes MDS. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2022 aug 09];69(6). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>
2. Berntzen H, Bjørk IT, Storsveen AM, Wøien H. “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];29(13-14). Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15260>
3. Vasconcelos MF, Costa SFG, Batista PSDS, Lopes MEL. Cuidados paliativos para o paciente com HIV/AIDS. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2016 [acesso em 10 de agosto 2022];24(2). Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.26409>
4. Radbruch L, Knaul FM, Lima L, Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];395(10235). Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30964-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30964-8)

5. Zheng S, Fan J, Yu F, Feng B, Lou B, Zou Q, et al. Viral load dynamics and disease severity in patients infected with SARS-CoV-2 in Zhejiang province, China, January-March 2020: retrospective cohort study. *BMJ* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];369. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1443>
6. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *J pain symptom manage* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];60(1). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
7. Mottiar M, Hendin A, Fischer L, des Ordon AR, Hartwick M. End-of-life care in patients with a highly transmissible respiratory virus: implications for COVID-19. *Can J Anaesth* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];67(10). Available from: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01699-0>
8. Costantini M, Sleeman KE, Peruselli C, Higginson IJ. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: a national telephone survey of hospices in Italy. *Palliat Med* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];34(7). Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216320920780>
9. Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al. Creating a palliative care inpatient response plan for COVID-19—the UW medicine experience. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];60(1). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.025>
10. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook* [Internet]. 1998 [cited 2022 aug 09];46(4). Available from: [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90069-0)
11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2017 [acesso em 10 de agosto 2022];5(7). Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [cited 2022 aug 09];19(6). Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
13. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Florêncio RS, Cestari VRF, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TMM, et al. Palliative care amidst the COVID-19 pandemic: challenges and contributions. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];33. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01886>
16. Bajwah S, Wilcock A, Towers R, Costantini M, Bausewein C, Simon ST, et al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *Eur Respir J* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];55(4). Available from: <https://doi.org/10.1183/13993003.00815-2020>
17. Nehls W, Delis S, Haberland B, Maier BO, Sängler K, Tessmer G, et al. Recommendations for treatment of patients with COVID-19 from the palliative care perspective V2.0. *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin* [Internet]; 2020 [cited 2022 aug 09];(2). Available from: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID18_V2.0_English_version.pdf
18. Menezes MS, Cruz MDGM. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2019 [acesso em 10 de agosto 2022];69(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.002>
19. Ministério da Saúde (BR). Manual de Cuidados Paliativos. Hospital Sírio Libanês [Internet]. 2020 [acesso em 10 de agosto 2022]. 175p. Available from: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>
20. Sanches MA, Cunha TRD, Siqueira SSD, Siqueira JED. Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. *Rev Bioét* [Internet]. 2020 [cited 2022 aug 09];28(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283401>
21. Santiago FB, Silva ALA. Primeiro caso de COVID-19 em uma unidade de Cuidados Paliativos oncológicos: relato de experiência. *Enferm foco* [Internet]. 2020 [acesso em 10 de agosto 2022];11(2.ESP). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.3847>
22. Oliveira ALCB, Amorim ACRB, Barreto RESN, Carvalho Neto AL. Cuidados paliativos em enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2020 [acesso em 10 de agosto 2022];9. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.10835>
23. World Health Organization (WHO). Clinical management of COVID-19 – Interim guidance [Internet]. 2020 [cited 2021 may 31]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>