

Millenium, 2(27)

pt

NECESSIDADES DE CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA À LUZ DA TEORIA DE KOLCABA: UM ESTUDO QUALITATIVO

COMFORT NEEDS OF PATIENTS UNDERGOING MECHANICAL VENTILATION IN LIGHT OF KOLCABA'S THEORY: A QUALITATIVE STUDY

NECESIDADES DE CONFORT DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA A LA LUZ DE LA TEORÍA DE KOLCABA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Vânia Peixoto¹  <https://orcid.org/0000-0003-0141-825X>

Rui Novais²  <https://orcid.org/0000-0003-4520-400X>

Maria de Fátima Martins^{2,3}  <https://orcid.org/0000-0002-9137-5507>

¹ Hospital Agostinho Ribeiro, Felgueiras, Portugal

² Universidade do Minho, Braga, Portugal

³ Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal

Vânia Peixoto - catarina.lopes.peixoto@gmail.com | Rui Novais - rnovais@ese.uminho.pt | Maria de Fátima Martins - fmartins@ese.uminho.pt



Autor Correspondente:

Rui Novais

Rua da Universidade

4710-057 – Braga - Portugal

rnovais@ese.uminho.pt

RECEBIDO: 25 de março de 2025

REVISTO: 13 de maio de 2025

ACEITE: 02 de julho de 2025

PUBLICADO: 28 de julho de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0227.40989>

RESUMO

Introdução: A pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva encontra-se num estado de falência ou iminência de falência das suas funções vitais sendo sujeita a terapêuticas *lifesaving* extremamente 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.

Objetivo: Descrever as necessidades de conforto experienciadas pelo doente crítico submetido a ventilação mecânica invasiva.

Métodos: Estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. Realizadas entrevistas não estruturadas a nove participantes que foram submetidos a ventilação mecânica invasiva numa Unidade de Cuidados Intensivos. O tratamento dos dados foi realizado recorrendo ao método de Análise de Conteúdo de Bardin.

Resultados: Os resultados apontam que os participantes manifestam necessidades de conforto nos quatro contextos da experiência: contexto físico; contexto psicoespiritual; contexto ambiental e contexto sociocultural, nomeadamente a nível do autocuidado, da esperança, da temperatura, da responsabilidade económica e social, e da relação interpessoal com a equipa de saúde.

Conclusão: O conforto é considerado um estado imediato em que a pessoa vê satisfeitas as necessidades nos quatro contextos da experiência. Satisfazer as necessidades de conforto ajuda a reduzir a ansiedade e reforça a confiança do doente.

Palavras-chave: conforto do doente; teoria de enfermagem; enfermagem; cuidados intensivos; ventilação mecânica

ABSTRACT

Introduction: The person in a critical condition under invasive mechanical ventilation is in a state of organ failure or imminent organ failure, requiring extremely invasive lifesaving therapies that compromise their comfort needs. This challenges nurses to engage in advanced nursing practice, based on a set of highly specialized and differentiated skills, in order to meet these needs.

Objective: Describe the comfort needs experienced by critically ill patients undergoing invasive mechanical ventilation

Methods: This is an exploratory, descriptive, qualitative study. Unstructured interviews were conducted with nine participants who underwent invasive mechanical ventilation in an Intensive Care Unit. Data analysis was carried out using Bardin's Content Analysis method.

Results: The findings indicate that participants experience comfort needs in four contexts: physical, psychospiritual, environmental, and sociocultural. These needs include aspects such as self-care, hope, temperature regulation, economic and social responsibility, and interpersonal relationships with the healthcare team.

Conclusion: Comfort is considered an immediate state in which a person's needs are met across these four contexts. Meeting comfort needs helps reduce anxiety and strengthens patient confidence.

Keywords: patient comfort; nursing theory; nursing; critical care; artificial respiration

RESUMEN

Introducción: La persona en situación crítica bajo ventilación mecánica invasiva se encuentra en un estado de fallo o inminente fallo de sus funciones vitales, siendo sometida a terapias *lifesaving* extremadamente invasivas que comprometen sus necesidades de confort. Este hecho desafia a los enfermeros a una práctica de enfermería avanzada, basada en un conjunto de competencias altamente diferenciadas y especializadas, con el fin de satisfacer estas necesidades.

Objetivo: Describir las necesidades de confort que experimentan los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica invasiva

Métodos: Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo. Se realizaron entrevistas no estructuradas con nueve participantes que se sometieron a ventilación mecánica invasiva en una Unidad de Cuidados Intensivos. El tratamiento de los datos se realizó mediante el método de Análisis de Contenido de Bardin.

Resultados: Los resultados indican que los participantes manifiestan necesidades de confort en los cuatro contextos de la experiencia: contexto físico; contexto psicoespiritual; contexto ambiental y sociocultural, principalmente en términos de autocuidado, esperanza, temperatura, responsabilidad económica y social, y relación interpersonal con el equipo de salud.

Conclusión: El confort se considera un estado inmediato en el que la persona ve satisfechas las necesidades en los cuatro contextos de la experiencia. Satisfacer las necesidades de comodidad ayuda a reducir la ansiedad y genera confianza en el paciente.

Palabras Clave: comodidad del paciente; teoría de enfermería; enfermería; cuidados intensivos; respiración artificial

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0227.40989>

INTRODUÇÃO

A preocupação com o conforto da pessoa em situação crítica tem-se sido uma constante na enfermagem com a finalidade de promover a qualidade dos cuidados. A ventilação mecânica invasiva (VMI), comumente utilizada como medida de *lifesaving*, é uma forma de assistência ventilatória artificial, essencial para promover a oxigenação e a ventilação do doente com insuficiência respiratória (Damiani et al., 2023), de qualquer etiologia, pelo tempo que for necessário até reversão do quadro. Apesar de indispensável à sobrevivência, acarreta um vasto leque de alterações das necessidades de conforto do doente. Desta forma, os doentes sob VMI estão sujeitos a diversos procedimentos de diagnóstico e terapêutica suscetíveis de alterar o seu conforto. O internamento pode ser um processo repleto de experiências intensas, dada a exposição ao stress e a diversas ameaças. Cuidar o doente crítico exige a necessidade premente de intervenções diferenciadas. Os enfermeiros são desafiados a desenvolver uma prática de enfermagem avançada, alicerçada num conjunto de competências altamente especializadas de modo a satisfazer as necessidades dos doentes com base numa abordagem holística do cuidar.

O conforto é um conceito fundamental para a prática de enfermagem. Ao longo dos tempos tem assumido diferentes significados relacionados com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade, bem como, com a evolução tecnocientífica das ciências da saúde, de um modo geral, e da enfermagem em particular. O verbo “confortar”, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer e revigorar (Apóstolo, 2009; Coelho, et al., 2016). O termo conforto corresponde à sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal, sendo o enfermeiro é aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo (Apóstolo, 2009; Relvas, 2019).

A evolução e o papel do conforto progrediram 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. Na década de 90 do século XX, Katharine Kolcaba dedicou-se à conceitualização e operacionalização do conceito do conforto considerando-o como uma experiência imediata de satisfação das necessidades humanas básicas para o alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psíquico, ambiental e social. 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. 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 (Goldin et al., 2023; Oliveira, 2013).

Assim, consideramos pertinente investigar a experiência do doente submetido a VMI 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. No âmbito de uma revisão sistemática da literatura realizada por Relvas (2019), constatou-se a insuficiência de estudos em Portugal neste contexto, razão pela a qual este estudo foi desenvolvido. Neste sentido, pretende-se responder à questão de investigação: Quais as necessidades de conforto experienciadas pelo doente crítico submetido a ventilação mecânica invasiva?

1. MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa. 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 fenómenos, e o enfoque de análise de cariz indutivo, holístico e ideográfico (Almeida & Freire, 2017). Nesta perspetiva, 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 perspetivas dos participantes. Para manter o rigor metodológico do estudo, foi utilizada como ferramenta de apoio o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

1.1 Amostra

Numa abordagem qualitativa, considera-se que o objeto de estudo é melhor compreendido quando observado no seu 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*. Para tal, foi disponibilizada uma sala que se constituiu como um espaço particularmente agradável, apropriado e onde as entrevistas decorreram, face a face, sem interrupções. Num primeiro momento, o investigador foi apresentado por um elemento da equipa de enfermagem e, posteriormente, foi explicado ao entrevistado o tema e os objetivos da entrevista, no sentido de estabelecer uma relação de parceria que permitiu a “reflexibilidade” nos dois elementos desta interação.

Dos dezassete utentes referenciados pela instituição, apenas nove aceitaram participar no estudo. A amostra foi constituída por nove pessoas, não tendo sido o tamanho pré-determinado e obtido de forma intencional. Os participantes obedeceram aos seguintes critérios de elegibilidade: ter idade superior ou igual a 18 anos; ter sido submetido a ventilação mecânica invasiva, ter capacidade cognitiva para participar no estudo.

1.2 Instrumentos de recolha de dados

Recorreu-se à entrevista não estruturada, realizada pelo investigador principal, com formação na área e, cujo guião foi constituído por duas partes. A primeira parte com sete questões permitiu caracterizar o perfil biográfico e social dos participantes (idade, género, estado civil, escolaridade, profissão, motivo de internamento na UCI, tempo de internamento na UCI) e a segunda

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0227.40989>

constituída por uma questão ampla que solicitava ao participante a descrição pormenorizada da sua experiência de internamento na unidade de cuidados intensivos, no sentido de dar liberdade à narração dos participantes. Este guião foi submetido a um pré-teste num contexto similar onde foi desenvolvido o estudo. As entrevistas foram gravadas 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 30 minutos.

1.3 Análise dos dados

Todo o material recolhido foi tratado com recurso à técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2016), permitindo a explicitação e sistematização do conteúdo das entrevistas e a categorização dos dados. Iniciou-se com a transcrição integral das entrevistas, realizando-se de seguida leituras flutuantes do conteúdo. Posteriormente, efetuaram-se leituras mais exaustivas das narrativas de modo a efetuar a categorização dos dados. O critério de categorização adotado foi o semântico (categorias temáticas), em que todos os conceitos com o mesmo significado foram agrupados na mesma categoria, com base no referencial teórico de Kolcaba e validadas por dois investigadores.

1.4 Considerações éticas

Para a concretização do estudo foi solicitado parecer à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (Parecer CEICVS 071/2019), ao Departamento de Ensino Formação e Investigação e à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar onde o mesmo se realizou (Parecer 2019.190 (156-DEFI/162-CE)), 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* e o Guia das Boas Práticas Clínicas, bem como assegurado o princípio da confidencialidade. Não houve identificação nominal do participante. Para tal desiderato, foi atribuído um código alfa numérico (E1, E2...) a cada um sendo desta forma inviabilizada uma hipotética identificação dos mesmos e da instituição.

Importa salientar que antes de iniciar a entrevista, deu-se conhecimento ao entrevistado do propósito da mesma, bem como, os objetivos da investigação, assegurando a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. Após a aceitação voluntária de participação no estudo, cada participante assinou o consentimento informado de livre participação. Foi explicado, ainda, que as entrevistas seriam gravadas em registo áudio, que seriam destruídas após o término da investigação.

Da recolha de dados não resultaram cópias ou documentos que identifiquem os participantes. Os dados recolhidos após a conclusão do estudo foram destruídos. Os participantes em circunstância alguma foram lesados, observando-se assim o princípio da beneficência.

2. RESULTADOS

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 (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil biográfico e social dos participantes

	Variável	Fr
Idade	Mínimo: 21	
	Máximo: 68	
	Média: 48,88	
Género	Masculino	3
	Feminino	6
Estado civil	Casado	7
	Solteiro	1
	Viúvo	1
	4.º ano	1
	8.º ano	1
Escolaridade	9.º ano	1
	10.º ano	1
	11.º ano	3
	12.º ano	2
Tempo de internamento na UCI	Mínimo: 3	
	Máximo: 11	
	Média: 5,33	

Nota. Fr = frequência relativa

Do corpus de análise, após aplicação sucessiva dos diferentes procedimentos de análise emergiram quatro categorias relativas ao tema Necessidades de Conforto, designadas de i) Contexto físico; ii) Contexto psíquico; iii) Contexto ambiental; e, iv)

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0227.40989>

Contexto sociocultural. Salienta-se que as categorias enunciadas são de natureza teórica, tendo por base a teoria do Conforto de Kolcaba. As categorias e subcategorias são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Categorias e Subcategorias relativas às necessidades de conforto

Tema	Categoria	Subcategoria
Necessidade 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 a equipa de saúde
		Comunicação
		Suporte social
		Vida social

Contexto físico

Esta categoria 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 ventilação mecânica invasiva, 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 e à eliminação: *“Lembro-me de me darem banho.”* (E9); *“Queria ir à casa de banho.”* (E3)

A experiência de sede foi mencionada como causa de desconforto. Foi, por isso, uma das necessidades identificadas e expressa no seguinte relato: *“Passava tanta sede...muita sede...de noite até ganhava peles no céu da boca.”* (E6)

Os participantes recordaram ainda a experiência de dor: *“Lembro-me de ter dor... dor no braço, muita dor [...] tinha realmente dor no braço, é a única dor que me lembro.”* (E1)

O bem-estar da pessoa submetida a VMI foi condicionado quer pela tecnologia utilizada, quer pela presença de dispositivos médicos, tais como os cateteres e o tubo endotraqueal: *“Tinha dois cateteres um de cada lado [...] e sentia o tubo.”* (E6)

Esta situação pode ser responsável também 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) e então surge então a vontade de *“Me atirar da cama abaixo.”* (E2)

Estes relatos espelham alteração no bem-estar e consequente agitação dos doentes. Esta agitação acarreta a necessidade de os enfermeiros recorrerem à contenção física como recurso para minimizar riscos e acidentes, nomeadamente para evitar extubação, remoção de dispositivos e quedas em doentes com agitação psicomotora. Todavia, esta é identificada como uma intervenção geradora de desconforto pelos participantes: *“Estava a levantar o braço e ele estava preso. (E1). Estava amarrada e foi assim que eu acordei.”* (E3)

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. 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)

Contexto psicoespiritual

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 (Kolcaba & Wykle, 1997). Os participantes relataram perturbações da cognição, tais como alucinações, desorientação espaço-temporal e amnésia: *“Parecia que estavam a tirar as camas do sítio, que havia uma festa, qualquer coisa assim.”* (E4) *“Não sabia bem onde é que estava...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)

Através da relação que o doente crítico sob ventilação mecânica invasiva estabelece com um Ser Superior ou Entidade Divina cria mecanismos internos para suportar dificuldades, aceitar e solucionar problemas: *“pedia ajuda a Deus, pensava em Nossa Senhora para tentar ultrapassar.”* (E6)

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0227.40989>

A esperança surge como necessidade humana de encontrar sentido para a vida em momentos de crise, sendo um processo que permitiu aos participantes suportar o sofrimento: *“No primeiro dia em que o meu filho entrou nos cuidados intensivos, viu-me ali...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)

De igual modo, o medo foi mencionado nas narrativas dos participantes, relacionando-se com o desmame ventilatório, incerteza quanto ao prognóstico e com a possibilidade de morte: *“Fiquei em pânico na altura [extubação] e assustada.”* (E3)

Contexto ambiental

O contexto ambiental engloba elementos naturais ou artificiais do meio, as condições e influências externas e sua influência na pessoa (Kolcaba, 2025). Os participantes descreveram que o contexto ambiental da UCI funcionava como uma estranha atmosfera onde prevalecia o ruído dos alarmes como gerador de desconforto: *“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) Um dos participantes fez referência ao tamanho da cama como causador de desconforto e outro recordou como aspeto marcante na sua experiência de internamento na UCI o fator luminosidade: *“[...] lembro-me das luzes...a gente só vê o foco da luz [...]”* (E3) A temperatura adequada que é fundamental para garantir a normotermia dos doentes e, consequentemente o seu conforto, é valorizada pelos participantes ao referirem: *“[...] estava quentinha”* (E3) *“[...] sentia calor, nunca tive frio, sempre calor.”* (E7).

Contexto sociocultural

O contexto sociocultural 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). Os participantes expressaram preocupações durante o período em que foram submetidos a ventilação mecânica invasiva: *“[...] preocupava-me com o trabalho e todas as obrigações.”* (E2).

Referiram, também, que não conseguiram desempenhar o seu papel de mãe/pai durante o tempo em que estiveram internados: *“[...] falhanço no papel de mãe.”* (E5) *“Não estava lá para eles [para os filhos].”* (E7)

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 asservitude 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)

Os participantes descreveram a sua dificuldade 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)

Neste estudo, a família e os amigos surgem como fundamentais para que a pessoa sob VMI conseguisse enfrentar o seu internamento menos hostil e no auxílio da sua reabilitação: *“O meu filho veio-me visitar e sentou-se do lado direito, então não é uma alegria receber visitas?”* (E4) *“As visitas eram um apoio, ter tido colegas que me vieram visitar aos cuidados intensivos.”* (E7)

3. DISCUSSÃO

Ao longo da vida, o conforto é uma necessidade e constitui um desafio para a prática de enfermagem. 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).

Os participantes mencionaram um elevado grau de dependência para a realização do autocuidado durante o momento em que estiveram submetidos a ventilação mecânica invasiva. Estes dados são corroborados por diversos autores (Baumgarten & 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, o doente é obrigado a tolerar os cuidados de higiene realizados no leito, uma vez que está impossibilitado de sair da cama. Outros autores apontam, ainda, que a simples troca de lençóis pode ser uma fonte de angústia pela incapacidade do doente 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 o desconforto físico, tendo como causa constrangimentos relativos à eliminação intestinal e vesical pela impossibilidade de se deslocarem à casa de banho e pelo uso da fralda. Este desconforto foi, de igual modo, analisado noutras pesquisas (Baumgarten & Poulsen, 2015) que evidenciaram que estas situações constrangedoras constituem para o doente crítico sob VMI uma vergonha, fazendo-o sentir-se como um fardo para os profissionais de saúde. 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 (Hajiabadi et al., 2018). 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 (Takashima et al., 2019). 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 (Hajiabadi et al., 2018).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0227.40989>

A dor provoca sofrimento contínuo, sendo das necessidades que os doentes mais ambicionam ver satisfeitas, porque causa astenia severa e interfere com a qualidade do sono. A prática permite-nos afirmar que a dor é uma das experiências mais temidas e a mais vivenciada pelo doente crítico. Sendo a dor um fenómeno universal, é influenciada por fatores sociais, psicológicos e culturais, o que a torna um desafio para os enfermeiros, assumindo-se como uma sensação desagradável, consequência da doença como um elemento transversal a todos os doentes sob VMI (Hajiabadi et al., 2018; Kisorio & Langley, 2019).

A tecnologia de uma UCI 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. 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 o doente sob VMI experienciasse a perda de controlo e da função do seu próprio corpo. Esta perda de função corporal é, frequentemente, acompanhada pela perda de integridade em termos de dependência e de dignidade (Berntzen et al., 2020).

Ser doente na UCI significou, por vezes, uma luta constante para manter a consciência e a conexão com o mundo real. Sonhos e alucinações aglomeraram o real e o imaginário, por isso os delírios foram comuns e desagradáveis (Berntzen et al., 2020). Os fatores que mais contribuíram para o *delirium* do doente 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 (Ortega et al., 2020). Esse estado de confusão confrontou os doentes com as questões existenciais de incerteza, desamparo e mortalidade. É fundamental ter a ajuda dos profissionais de saúde para lidar com as memórias do *delirium*.

Numa situação de doença crítica, as crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de *stress* e sofrimento (Kisorio & Langley, 2019). As pessoas sob VMI têm consciência da possibilidade da morte e refletem sobre esta, com base nas suas crenças religiosas ou espirituais (Carruthers et al., 2018). Por isso, para enfrentar as sensações de medo e ansiedade recorrem a um ser superior (Baumgarten & Poulsen, 2015) conduzindo-as a um estado de bem-estar e crescimento individual. 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 enfrentar a doença e o seu tratamento (Alves et al., 2016)). Assim, da necessidade do doente em mobilizar recursos para se sentir confortável permitindo um processo de fortalecimento e de autodeterminação, surge a esperança como necessidade humana de encontrar sentido para a vida em momentos de crise, um processo que lhes permite suportar o sofrimento.

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, os primeiros dias de internamento na UCI são caracterizados pela incerteza, gerando sentimentos de medo e angústia pela possibilidade de a condição clínica do seu familiar poder representar o princípio do fim (Valle & Lohne, 2021). 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 faz-lhe esquecer-se da doença e do medo, proporcionando segurança (Castro & Botelho, 2017) e está relacionada com sensação de conforto e tranquilidade num momento de grande incerteza e medo (Hajiabadi et al., 2018).

Os participantes relataram o peculiar e estranho ambiente da UCI e a sua repercussão no conforto. O uso de múltiplos dispositivos com alarmes, a ventilação mecânica, e a presença dos profissionais de saúde criam um ambiente barulhento e desconfortável, despoletando sentimentos de raiva, desordem, sofrimento, *stress* psicológico, mal-estar e insónia (Hajiabadi et al., 2018; Kisorio & Langley, 2019). Neste sentido, apreciaram o facto de quando os enfermeiros lhes proporcionavam uma atmosfera mais calma e tranquila, atenuando as consequências do ruído envolvente (Baumgarten, 2015).

De forma a manter os padrões de qualidade dos cuidados prestados, as UCI mantêm a iluminação artificial durante 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 manutenção de uma temperatura corporal adequada é essencial para minimizar os efeitos fisiológicos e bioquímicos causados pelos extremos de temperatura nocivos para o doente, de modo a prevenir uma desregulação da homeostasia corporal e consequente falência ou disfunções orgânicas (Chacko & Peter, 2018). Assim, 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 que provocaram uma maior confusão nos doentes (Escudero et al., 2014).

A responsabilidade económica/social, a relação interpessoal com equipa de saúde, a comunicação, o suporte social e a vida social sobressaem dos relatos dos participantes no que reporta ao contexto sociocultural. Os participantes expressaram necessidades que se traduziram em preocupações durante o período em que foram submetidos a VMI nomeadamente no que diz respeito ao trabalho e aos filhos. A doença pode ser considerada como destrutiva porque interfere no papel familiar ou profissional e consequentemente a perda de posição e isolamento social.

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 (Regulamento n.º 190/2015, 2015). 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

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0227.40989>

participantes na equipa de saúde. A atenção imediata dada pelos enfermeiros aliviou a solidão, reduziu a ansiedade e proporcionou uma sensação de segurança e de conforto (Castro & Botelho, 2017; Kisorio & Langley, 2019).

A dificuldade em comunicar decorrente do processo de VMI 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 (Baumgarten & Poulsen, 2015; Carruthers et al., 2018).

A presença de familiares pareceu formar uma âncora para a realidade e contribuiu para o alívio do ambiente desconhecido e às vezes assustador (Berntzen et al., 2020), funcionando também como uma forma de suporte social. O internamento numa UCI e o recurso a uma terapêutica invasiva como é a VMI, traduz-se na privação de uma vida social ativa (Baumgarten & Poulsen, 2015) sendo que em algum momento a pessoa sob VMI desejou sair da cama e ir para casa, ambicionando ter uma vida normal.

CONCLUSÃO

Os resultados, consistentes com estudos internacionais e nacionais, evidenciam que os participantes experienciaram várias necessidades de conforto a nível físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, durante o processo de VMI. Devido aos níveis de sedação a que a pessoa foi submetida, estas necessidades não são facilmente identificáveis pelos enfermeiros. Promover o conforto do doente crítico sob ventilação mecânica invasiva não é uma tarefa simples, porque este 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 de modo que o cuidado confortador seja alcançado.

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. Igualmente, as instituições de ensino necessitam incluir o estudo do conforto nos *currícula*. 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, planejar e executar intervenções mais apropriadas, que sejam promotoras de conforto, minimizando assim os efeitos deletérios de um processo terapêutico considerado por muitos lifesaving.

A teoria do conforto representa um referencial teórico que fundamenta o cuidado holístico, sendo o conforto o resultado da intervenção de enfermagem.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, V.P., R.N. e M.F.M.; tratamento de dados, V.P., R.N. e M.F.M.; análise formal, R.N. e M.F.M.; investigação, V.P.; metodologia, V.P., R.N. e M.F.M.; administração do projeto, V.P.; recursos, V.P.; supervisão, R.N. e M.F.M.; validação, V.P., R.N. e M.F.M.; visualização V.P., R.N. e M.F.M.; redação – preparação do rascunho original, V.P.; redação – revisão e edição R.N. e M.F.M.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., & Freire, T. (2017). *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Psiquilíbrios.
- 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. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.336>.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II (9), 61–67. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239956007.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- 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>.
- 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, 2441–2454. <https://doi.org/10.1111/jocn.15260>.
- 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>.
- 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>.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0227.40989>

- 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. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(9), 3386–3394. <https://doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.11092017>.
- 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.
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 15(71), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>.
- Damiani, L.F., Basoalto, R., Retamal, J., Bruhn, A., & Buggedo, G. (2023). Mechanical Power of Ventilation: From Computer to Clinical Implications. *Respiratory Care*, 68(12), 1748-1756. <https://doi.org/10.4187/respcare.11462>.
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable 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>.
- Goldin, D., Maltseva, T., Scaccianoce, M., & Brenes, F. (2023). Holistic psychosocial approaches in the care of hispanic victims of trauma: An overview. *Journal of Holistic Nursing*, 41(1), 7-16. <https://doi.org/10.1177/08980101221083162>.
- Hajjabadi, 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>.
- 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>.
- 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. (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. (2025, march 18). *Welcome to the comfort line!* <https://www.thecomfortline.com/>
- Kolcaba, K., & Wykle, M. (1997). Spreading comfort around the world. *Reflections*, 23(2), 12–13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9295726/>
- Oliveira, C. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2–8. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v17i2.79>.
- 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>.
- Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Relvas, I. G. (2019). Conforto, o cuidar em enfermagem [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/45756>.
- 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
- 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* (5ª ed.). Lusociência.
- 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>.
- 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>.