

Morte na perspectiva do paciente e família na Unidade de Terapia Intensiva

Death from the perspective of patients and families in the Intensive Care Unit

La muerte desde la perspectiva de la familia y el paciente en la unidad de cuidados intensivos
mortes. Assim, o paciente e seu familiar são
públicos que merecem ser analisados a partir

Alessandra do Nascimento Cavalcanti¹
Karina Danielly Cavalcanti Pinto²
Luciana Carla Barbosa de Oliveira³
Eulália Maria Chaves Maia⁴
Rodrigo da Silva Maia⁵

Resumo

A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente que direciona seus cuidados aos pacientes gravemente enfermos e possui, em seus números estatísticos, altas incidências de

de sua vivência aproximativa da finitude. O objetivo desse artigo foi revisar, na literatura, publicações sobre a morte em UTIs na perspectiva de pacientes e familiares. A varredura dos artigos ocorreu através de Revisão Sistemática, com demarcação de descritores ‘Psicologia’, ‘Morte’, ‘Unidade de Terapia Intensiva’, e critérios de inclusão para análise de artigos coerentes. Os artigos foram divididos em cinco categorias temáticas (A morte a partir da perspectiva do paciente; A morte a partir da perspectiva da família; Comunicação de más notícias; Cuidados de fim de vida; Religiosidade e Morte) para facilitação da exploração dos conteúdos dos artigos. Há necessidade de integração dos cuidados voltados para os familiares e pacientes, além de considerar possibilidades de novos estudos voltados a práticas inovadoras e de cuidado sobre a flexibilidade de espaços para debater entre pacientes e familiares a respeito da morte.
Descritores: Morte, Unidade de Terapia Intensiva, Psicologia.

¹ Psicóloga formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2014). Residente Multiprofissional em Saúde com ênfase em Terapia Intensiva Adulto (2016) pelo Hospital Universitário Onofre Lopes. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

² Psicóloga formada pela Universidade Potiguar (2012). Especialista em Psicologia da Saúde: Desenvolvimento e Hospitalização (2014); Experiência na área de Psicologia, com ênfase em Saúde e Hospitalar. Psicóloga Residente Multiprofissional do programa de Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Onofre Lopes (2014-2016). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRN (2016) Vinculada ao Grupo de Estudo de Psicologia da Saúde (GEPS/ UFRN) Linha de Pesquisa em Psicologia da Saúde e Psicologia do Desenvolvimento.

³ Doutora em Ciências da Saúde/UFRN. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1999). Especialização em Psicologia da Saúde: Desenvolvimento e Hospitalização. Psicóloga do Hospital de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do curso de Psicologia do Centro de Ensino FACEX - UNIFACEX, Professora convidada do Curso de Especialização em Psicologia da Saúde: Desenvolvimento e Hospitalização -UFRN. Tutora e Preceptora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Atenção à Criança e da Residência Integrada Multiprofissional em UTI no Núcleo de Saber em Psicologia - HUOL/UFRN.

⁴ Possui Licenciatura e Graduação Plena em Psicologia pelo Instituto Paraibanos de Educação (1976 e 1977, respectivamente), Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS (1980) e Doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo - USP/SP (2000). Professora Titular e bolsista de produtividade (CNPq) na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), vinculada ao Curso de Graduação em Psicologia e Orientadora credenciada para Mestrado e Doutorado nos Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Pós-graduação em Psicologia.

⁵ Graduado em Psicologia (2011), Especialista em Psicologia da Saúde (2014), Mestre em Psicologia (2014) e, atualmente, Doutorando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Cursa Especialização em Neuropsicologia pela UFRN. Atualmente, é docente do curso de Psicologia do Centro Universitário FACEX - UNIFACEX

Abstract

The intensive care unit is an environment that directs your care to critically ill patients, has in its statistical numbers high incidence of deaths. The patient and family are public who deserve to be analyzing from a rough experience of finitude. The objective of this article is doing review in the literature publications of death in ICUs from the perspective of patients and families. A scan of articles occurred through Systematic Review with demarcation descriptors 'Psychology' AND 'Death' AND 'intensive care unit', and inclusion criteria for analysis of articles consistent. The articles were divided into five thematic categories (The death from the patient's perspective; The death from the perspective of the family; Communication of bad news; Care end of life; religiosity and death) to facilitate the exploitation of the contents of the articles. The need for integration of care focused on the family and patients. Consider possibilities of new studies related to innovative practices and care about the flexibility of spaces for debate between patients and families about death.

Key words: Death, Intensive Care Unit, Psychology.

Resume

La Unidad de Cuidados Intensivos es un entorno que dirige su atención a los pacientes críticamente enfermos, que tiene en sus números estadísticos alta incidencia de

Morte na perspectiva do paciente e família...

muertes. Por lo tanto, el paciente y su familia, son los públicos que deben ser analizadas a partir de una dura experiencia de la finitud. El objetivo de este trabajo fue revisar las publicaciones de literatura de la muerte en la UCI desde la perspectiva de los pacientes y sus familias. La búsqueda de los artículos se produjo a través de Revisión Sistemática con descriptores de demarcación 'psicología' AND 'Muerte' AND 'unidad de cuidados intensivos', y los criterios de inclusión para el análisis de los artículos coherentes. Los artículos fueron divididos en cinco temas (la muerte desde la perspectiva del paciente, la muerte desde la perspectiva de la familia, la comunicación de malas noticias; final de la vida; Religiosidad y la muerte) para facilitar la explotación de los contenidos de los artículos. No hay necesidad de la integración de la atención centrada en la familia y pacientes. Considere posibilidades para nuevos estudios se centraron en las prácticas innovadoras y se preocupan por la flexibilidad de los espacios de debate entre los pacientes y sus familias acerca de la muerte.

Descritores: Muerte, Unidad de Cuidados Intensivos, Psicología

Introdução

Na rede de complexidade da instituição do hospital, existem vários setores responsáveis por determinados eixos de cuidado, um exemplo é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽¹⁾. Essa unidade volta os seus atendimentos aos pacientes em estado crítico

de saúde, que além de apresentar algum risco de vida, também podem possuir diversas alterações metabólicas e condições clínicas, necessitando do cuidado em uma unidade especializada. Nesse ambiente ainda podem ser encontrados pacientes em processo de terminalidade, já que o tratamento intensivo pode possibilitar, em alguns casos, alívio do sofrimento⁽²⁾.

Desse modo, o processo de adoecer que acontece na vida de uma pessoa de maneira inesperada, traz consigo vários sentimentos e mudanças em seu cotidiano. Tais fatores podem ser vivenciados e aceitos de forma diferente para cada um dos envolvidos. A internação do paciente em um ambiente de UTI e a situação de morte iminente são fatores que influenciam na mudança do estado de estresse e tensão para o enfermo e familiares⁽³⁾. Durante o período de internação na UTI, o paciente pode sofrer perdas significativas, não somente no campo físico, mas também em relação à sua singularidade e subjetividade⁽⁴⁾. Esses aspectos, somados à dimensão individual do sofrimento da pessoa internada em UTI, tais como dor, medo e ansiedade, trazem fortes fatores psicológicos a serem trabalhados com os pacientes e seus familiares.

No que concerne ao papel da família envolvida nos processos de hospitalização do sujeito, pode-se afirmar que o paciente é um seguimento da família, que tem um papel

Morte na perspectiva do paciente e família...

fundamental na sua recuperação, sendo de extrema importância atender as reais necessidades dos familiares⁽⁵⁾. Por isso que, ao possibilitar espaços de escuta e diálogo com esses familiares, é importante que se discuta sobre temas considerados tabus, mas que estão presentes no imaginário das pessoas, como por exemplo a morte. Assim, é importante considerar a necessidade da presença do profissional de psicologia na UTI, para que possa realizar as condutas aos pacientes e familiares conforme explicado na Política Nacional ao Paciente Crítico⁽¹⁾. Nesse sentido, a morte do ponto de vista psicológico pode ser representada de diversas maneiras, podendo muitas vezes ser até negada. A existência humana é marcada pela presença da morte em vida, que de certa maneira acaba nos remetendo à ideia de nossa finitude; bem como formando em nós representações sobre a morte, tais como dor, ruptura, tristeza, perda, medo do desconhecido, interrupção. Desse modo, não podemos falar em morte sem citar o sentimento mais comum a ela relacionado: o medo. Esse medo pode se dar a partir de duas concepções, da morte do outro (medo do abandono) e da própria morte (consciência da própria finitude)⁽⁶⁾.

Nesse ensejo do medo da morte e do processo de morrer, é importante pontuar acerca dos estágios que perpassam os sujeitos quando estão em processo de terminalidade, é possível observar: 1) negação e isolamento - o sujeito perpassa por uma fase de uma possível

defesa psíquica, em que não entra em contato com os fatos da realidade e nega a problemática; 2) raiva - o indivíduo não se conforma com a realidade vivenciada e passa a utilizar do sentimento de revolta e senso de injustiça; 3) barganha – nessa fase, com o intuito de conseguir superar a situação, o indivíduo começa a negociar, através de promessas ou metas consigo mesmo para ‘escapar da morte’; 4) depressão - o sujeito se isola em seu mundo interno, tornando-se melancólico e se sentindo impotente diante da situação; 5) aceitação - o indivíduo não apresenta desespero e consegue perceber a realidade, estruturando-se para enfrentar a perda ou a morte⁽⁷⁾.

Em consonância com as reflexões supracitadas, a externalização dos sentimentos pelo paciente e familiares, bem como a compreensão dessas demandas emocionais que ocorrem nesse momento são essenciais para o seu processo de aceitação⁽⁷⁾. Dessa forma, é importante que haja espaço para a discussão acerca da morte no ambiente de UTI, pois o posicionamento em relação ao assunto vai depender da visão sobre a morte que cada um possui e o que ela representa para cada indivíduo. A reação diante dessa situação irá depender de diversos fatores biopsicossociais em que o sujeito e sua família estão inseridos. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo revisar, na literatura, publicações sobre a morte em ambientes de UTIs a partir da perspectiva de

Morte na perspectiva do paciente e família...

pacientes e familiares. A temática escolhida para análise de revisão justifica-se em decorrência de baixo quantitativo de artigos nacionais e internacionais publicados direcionados especificamente para as questões de morte e morrer voltados para os pacientes e familiares, com o viés da reflexão da psicologia acerca do tema.

Metodologia

Neste tópico será explanado acerca dos procedimentos utilizados, objetivando demonstrar a forma como foi realizado o estudo para se chegar aos resultados⁽⁸⁾. Dessa forma, trata-se de uma revisão sistemática, que utiliza fonte de dados da literatura sobre uma temática específica. Esse tipo de pesquisa irá disponibilizar um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada⁽⁹⁾.

A escolha por essa abordagem de delineamento de pesquisa ocorreu devido à utilidade integrativa de informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada temática, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras. Desse modo, foram utilizadas, para a pesquisa e seleção dos estudos, as bases de dados eletrônicas (MEDLINE, SciELO e Scopus).

As bases mencionadas foram selecionadas levando-se em consideração a visibilidade e relevância destas na publicação de artigos na área da saúde de âmbito nacional e internacional. Estas bases são consideradas fontes confiáveis de informações abrangentes e atualizadas na área da saúde.

Na busca realizada nas bases, optou-se pela utilização do cruzamento dos seguintes descritores: 'morte', 'unidade de terapia intensiva' e 'psicologia'. Esses descritores foram utilizados nos idiomas português, inglês e espanhol, com o intuito de proporcionar abrangência à pesquisa, combinando-se os termos com o operador booleano padrão AND. Os descritores relacionados ao estudo foram pesquisados através do DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), que utiliza uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais.

Assim, através de descritores cadastrados nesse banco de dados, é possível maior aproveitamento das fontes de informações nos periódicos pesquisados. Desse modo, adotou-se como critérios de inclusão para a análise dos estudos: (1) artigos apresentados na íntegra; (2) disponíveis em inglês, espanhol e português, sem restrições sobre o tipo de estudo e amostra. (3) população (adultos e idosos), (4) critério de divisão temporal compreendido entre o período de 2010 a

Morte na perspectiva do paciente e família...

2014, (5) pesquisas que foram realizadas no ambiente da UTI; (6) estudos realizados com familiares e/ou pacientes; (7) como temática principal a percepção de morte na UTI. Em contrapartida, os critérios de exclusão adotados foram: (1) trabalhos de monografia, dissertação, tese e artigos publicados em eventos científicos, (2) artigos repetidos entre as bases (considerando somente um, no caso de repetições), (3) editoriais, cartas e outras comunicações científicas que não caracterizassem um artigo científico, (4) estudos realizados/voltados ao público pediátrico e materno, (5) pesquisa com ênfase nos profissionais de saúde, (6) realizados no âmbito da hospitalização como foco central, sem centralizar na UTI, (7) e todos aqueles que por algum motivo não atendessem algum critério mencionado. O período temporal compreendido para busca dos artigos foi em decorrência da necessidade de material bibliográfico atualizado que pudesse subsidiar o que estava sendo pesquisado nos últimos cinco anos que tivesse relevância para o objetivo geral do presente artigo. A pesquisa foi realizada no período de 02 a 10 de outubro/2015 e confirmada com nova busca adotando os mesmos critérios no período de 06 a 07 de novembro/2015 a fim de respaldar o quantitativo encontrado.

Após a inserção dos critérios de inclusão e exclusão, foi possível desenhar o seguinte fluxograma metodológico de captação dos artigos encontrados:

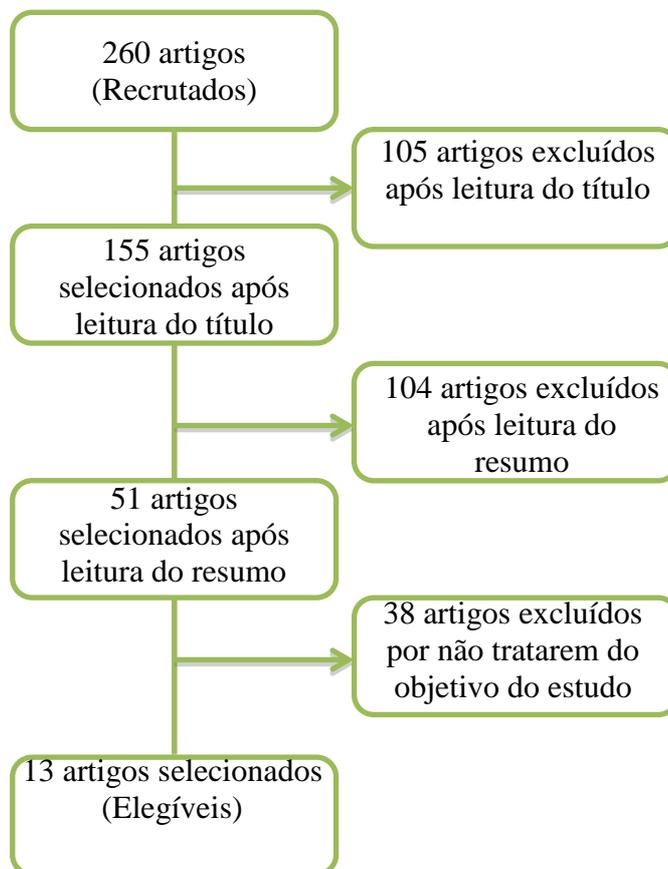


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos utilizado na seção de Método

A busca ocorreu de forma mais ampliada, uma vez que delimitada a descritores como ‘família’ ou ‘paciente’, os achados são pouco significativos quantitativamente. Os dados iniciais demonstraram que as temáticas relacionadas aos profissionais de UTI são predominantes em comparação com a díade paciente-família. Objetivando medir a relevância das pesquisas, realizou-se, a priori, leitura dos resumos e em alguns casos a leitura integral das pesquisas, com o objetivo de estabelecer um agrupamento por temática. Desse modo, os artigos selecionados para Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 09, n. 02, maio. 2018

análise foram agrupados com base nas leituras integrais. Portanto, esse estudo promoverá, através da busca criteriosa, um apanhado de artigos que contribuam para a construção de revisão sistemática significativa para a área.

Resultados

Os resultados descritos a seguir foram obtidos a partir dos critérios metodológicos mencionados anteriormente. O estudo evidenciou, inicialmente, 260 publicações nas bases Scielo, Lilacs (sendo excluída posteriormente), Medline e Scopus, as quais

versaram sobre a interface Psicologia, Morte e Unidade de Terapia Intensiva. Após realização de triagem dos artigos, através de leitura dos títulos, resumos e leituras integrais de alguns, foi possível evidenciar a exclusão de estudos que não se encaixavam nos critérios de inclusão adotados. Resultando finalmente em 13 artigos para análise final e que se enquadravam para análise dentro do eixo temático considerado.

A partir dos registros obtidos, foram produzidos os seguintes indicadores: base de dados de publicação, ano de produção dos artigos, idiomas dos estudos, continentes em que foram realizadas as pesquisas, e por fim, as categorizações das temáticas realizadas a partir das leituras dos artigos. As exposições dos resultados foram realizadas através de tabelas, mas houver alguns resultados que foram expostos somente textualmente devido à extensa quantidade de categorias pouco relevantes em termos de frequência e os pontos relevantes foram analisados e discutidos ao longo do texto.

No que concerne às bases de dados pesquisadas, foi possível evidenciar diferença considerável. Após análise de título, resumo e, quando necessário, a leitura integral, uma das bases foi excluída (Lilacs), em que foi encontrado somente 01 artigo que remetia a ênfase na equipe de saúde. A maior quantidade de artigos encontrados foi na base

Medline, que correspondeu a um total de 11 artigos. As bases Scielo e Scopus, ao final da análise, corresponderam ambas a um total de 01 artigo em cada uma delas. Desse modo, a representatividade da base de dados Medline foi bastante destoante das demais, em que os artigos correspondiam com mais relevância e significância para o tema pesquisado, a morte como eixo temático central na perspectiva de familiares e pacientes da unidade de terapia intensiva. Observa-se a diferença significativa das demais devido ao alcance que a base de dados Medline possui por sua natureza internacional e os estudos voltados para área de saúde, corroborando assim na produção em larga escala de artigos que possuam afinidade com o tema pesquisado.

Em relação aos anos de publicação, foi possível verificar diferenças, principalmente no que concerne aos artigos mais recentes. A adoção do período de 2010 a 2014 ocorreu devido a pouca ou nenhuma literatura encontrada em anos mais recentes. Verificando que ao passar dos anos, a produção, no que concerne à especificidade da temática, foi diminuindo devido à falta de interesse pelos pesquisadores e houve uma recessão na produção do conhecimento científico nessa área. É possível perceber produção mais evidente nos anos de 2010 e 2012, reduzindo nos anos posteriores, conforme descrito na tabela 01:

Ano	Produção	%
2010	5	38,46%
2011	2	15,38%
2012	3	23,08%
2013	1	7,69%
2014	2	15,38%
Total	13	100%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados (2015)

Tabela 01 – Produção de artigos durante os anos, utilizada na seção dos Resultados

Os idiomas adotados para pesquisa dos artigos foram português, inglês e espanhol, para conferir mais abrangência e achados significativos de estudos. Foi possível perceber que os artigos encontrados se concentraram em sua maioria na língua inglesa, correspondendo a um total de 11 artigos (78,57%). Enquanto os idiomas português e espanhol concentraram-se em 1 artigo cada um. Desse modo, por tratar-se de bases de dados internacionais e dada a larga amplitude da língua inglesa, é compreensível a quantidade superior dos artigos publicados nesse idioma. Esse resultado reflete a necessidade de buscar a internacionalização da ciência, atingindo e transmitindo o conhecimento a um público maior.

Em consonância com o resultado exposto anteriormente, foi considerado relevante inferir os dados relacionados aos continentes

que desenvolveram as pesquisas. Inicialmente foi proposto analisar os países em que os estudos foram realizados, mas devido à diversidade presente nos artigos, optou-se pela classificação por conjunto de países. Através dessa classificação é possível evidenciar dados mais significativos para análise. De acordo com as leituras integrais dos artigos foi possível evidenciar estudos que abrangiam mais de um país, sendo considerado cada um desses países como um elemento a ser analisado. Essa diversidade permite a observação de que a globalização da língua pode possibilitar o acesso a outros indivíduos de diferentes culturas e nacionalidades.

De acordo com a tabela explanada abaixo, foi possível evidenciar:

Continente	Produção	%
América do Sul	1	5,56%
América do Norte	5	27,78%
Ásia	4	22,22%
Oceania	1	5,56%
Europa	7	38,89%
Total	13	100%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados (2015)

Tabela 02 – Produção de artigos nos continentes utilizada na seção dos Resultados

Através da tabela acima, pode-se evidenciar a concentração de conhecimento científico em dois continentes, representando o equivalente a 66,67% (Europa – 38,89% / América do Norte – 27,78%). Em estudo realizado na literatura, é pontuando que parte da Europa e a América do Norte estão se especializando em ciências da vida, campo do conhecimento que tem ganhado relevância crescente, em um período de 30 anos, os 15 países da formação original da União

Europeia ganharam vantagem em citação, a partir de 2001, em ciências da vida e ciências aplicadas⁽¹⁰⁾.

Considerando que a temática central do artigo se propõe acerca da perspectiva da família e do paciente, foi possível refletir sobre o público alvo de estudo que os artigos se referiam. A tabela a seguir expõe os resultados encontrados a partir de leitura integral dos artigos:

Público Alvo	Produção	%
Paciente	5	38,46%
Família	6	46,15%
Paciente e Família	2	15,38%
Total	13	100%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados (2015)

Tabela 03 – Público-alvo em que os artigos focaram, utilizada na seção dos Resultados

De acordo com o apresentado na tabela 03, observa-se que a produção voltada para pacientes e familiares na UTI estão próximas em termos quantitativos. Entretanto, após leitura dos artigos, é possível inferir que os artigos que tratam da perspectiva dos familiares possuem perspectivas mais aproximativas, através de diálogos ou respostas a questionários desses sujeitos, enquanto que os artigos que versam sobre os pacientes são abordados a partir de um observador que relata acerca dos achados. Desse modo, considerando esses achados de

quantitativos semelhantes, o estudo se respalda a partir das perspectivas desses públicos, abordando-os como sujeitos igualmente importantes no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Acerca dos processos de categorização das temáticas relacionadas aos artigos selecionados, pode-se evidenciar a presença com mais frequência de cinco grandes temas que serão abordados com mais detalhamento na discussão. A presença dessas temáticas foi demonstrada com a seguinte frequência:

Temáticas	Aparecimentos	%
	das temáticas	
A morte a partir da perspectiva do paciente	3	12%
A morte a partir da perspectiva da família	8	32%
Comunicação de más notícias	5	20%
Cuidados de fim de vida (<i>end-of-life care</i>)	6	24%
Religiosidade e Morte	3	12%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados (2015)

Tabela 04 – Aparecimento das temáticas nos artigos encontrados, utilizada nos Resultados

A partir do que foi descrito na tabela 04, foi possível observar a predominância de duas categorias “Cuidados de fim de vida” e “A morte e o morrer na UTI na perspectiva da família”, estabelecendo a relevância entre as categorias, compondo 52,18% juntas. Por motivos teóricos, cuidados de fim de vida foi considerada uma categoria diferenciada da morte a partir da perspectiva dos públicos que Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 09, n. 02, maio. 2018

estão sendo estudados, devido aos procedimentos que são implicados especificamente a esse momento da vida. É possível observar que, nos artigos, as temáticas podem surgir mais de uma vez. Dessa forma, o número total da tabela corresponde ao total de aparecimento das temáticas e não ao número total de artigos. Conforme explicitado acima, as

diferenciações entre categorizações serão explanadas em tópico referente à discussão.

Discussão

A partir da análise dos resultados e da leitura integral dos artigos, foi possível construir 5 categorias (1- A morte a partir da perspectiva do paciente; 2- A morte a partir da perspectiva da família; 3- Comunicação de más notícias; 4- Cuidados de Fim de Vida; 5- Religiosidade e Morte) que pudessem explorar satisfatoriamente os achados na

literatura pesquisada. A ideia central da discussão é remeter aos processos de morte e morrer nas perspectivas de familiares e pacientes, perpassando por temáticas que possam contribuir na discussão e no enfrentamento desse processo pelos envolvidos. Nos 13 artigos selecionados para a exploração, foi possível encontrar mais de uma categoria por estudo, demonstrando, assim, a riqueza científica de cada artigo que pôde contribuir para essa temática. No intuito de facilitar esse processo, foi criado um quadro conforme demonstrado na tabela 05:

Título	Autores	Ano	Base	Categoria
Equivalência semântica da versão em português da Escala de Experiência de Quase-Morte (EQM)	Serralta et al.	2010	Scielo	1
Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit	Klink et al.	2010	Scopus	2 / 3
Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs	Kongsuwan et al.	2012	Medline	2 / 4 / 5
Measuring family satisfaction with care and quality of dying in the intensive care unit: does patient age matter?	Lewis-Newby et al.	2011	Medline	2
End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study.	Bloomer et al.	2010	Medline	1 / 2 / 3 / 4
Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study	Bullock et al.	2012	Medline	5

Physician–patient end-of-life care discussions: Correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients—a cross-sectional survey study	Tang et al	2014	Medline	3 / 4
Factors affecting Family satisfaction with inpatient end of-life care	Sadler et al	2014	Medline	2 / 4
Emotional numbness modifies the effect of end-of-life discussions on end-of-life care.	Maciejewski et al	2013	Medline	3 / 4
Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit.	O’Mahony et al	2010	Medline	2 / 3 / 4 / 5
Impact of awareness of terminal illness and use of palliative care or intensive care unit on the survival of terminally ill patients with cancer: prospective cohort study.	Yun et al	2011	Medline	4
Incidencia del trastorno por duelo prolongado en los allegados de pacientes fallecidos durante o tras ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos	Villar et al	2012	Medline	1 / 2
Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU	Gries et al	2010	Medline	2

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados (2015)

Tabela 05 – Quadro dos Artigos Seleccionados, utilizada na seção dos Resultados

A morte a partir da perspectiva do paciente

Na unidade de terapia intensiva (UTI), os pacientes perpassam por uma série de situações que promovem a reflexão acerca Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 09, n. 02, maio. 2018

dos conteúdos de vida e de morte. A externalização dos sentimentos pelo paciente e a compreensão dessas demandas emocionais que ocorrem nesse momento são essenciais para o caminhar do processo. O atendimento ao paciente internado em uma unidade de

terapia intensiva deve incluir o cuidado e atenção quanto à possibilidade de morte para o paciente e seus familiares⁽¹¹⁾. A morte nesse ambiente do hospital pode levantar questões éticas, familiares e clínicas⁽¹²⁾. Mesmo ao considerar que o objetivo principal do tratamento de terapia intensiva é ajudar os pacientes a sobreviverem às ameaças graves para a sua saúde, a morte continua a ser inevitável para alguns pacientes em estado crítico. O estudo estabelece uma média de que uma em cada cinco mortes nos Estados Unidos ocorre em UTI. As expectativas da sociedade podem se concentrar em tratamento ativo na UTI, mesmo quando os clínicos prevêem que a morte é iminente e esperada⁽¹¹⁻¹²⁾.

Em estudo realizado, foi verificado a experiência de quase-morte (EQM) habitualmente vivenciada por pacientes internados na UTI⁽¹³⁾. Essa vivência envolve um conjunto de experiências místicas e raras em que pacientes relatam ao estar no limiar da morte, mas que conseguiram sobreviver⁽¹³⁾. Existem hipóteses diversas para explicar a etiologia das experiências de quase-morte, destacando os mecanismos psicológicos, biológicos e sociopsicológicos. Desse modo, cada mecanismo desenvolve a sua explicação sobre o fenômeno, inferindo, assim, a complexidade da compreensão da EQM.

Ainda nesse mesmo estudo, foram observados os variados efeitos psicológicos produzidos nos pacientes após a experiência.

Foi percebido, através da leitura integral, que, após a experiência, os pacientes passaram a observar mudanças de alguns fatores, principalmente na perspectiva comportamental e de identidade pessoal (mudança de foco da valorização do status e materialização, voltando a atenção para conteúdos pessoais, de vínculos e, sobretudo, de modificação dos valores). Outro fator de relevância observado foi a influência espiritual nesse processo, em que o sentido de espiritualidade foi ampliado e que ocasionou entendimento maior de significado essencial da vida⁽¹³⁾.

Uma das inferências realizadas nesse estudo supracitado foi a relação de maior geração de sofrimento psicológico e a proximidade da morte⁽¹³⁾. No caso das mortes ocorridas na UTI, verificou-se, em pesquisas, que 66,2 % dos pacientes estavam recebendo analgesia no momento da morte⁽¹²⁾. A medicação mais frequentemente administrada no momento da morte foi uma combinação de morfina e midazolam em 30 casos (34,3%)⁽¹²⁾. Os familiares estavam presentes no momento da morte em 46 óbitos (65,9%)⁽¹²⁾. Após a retirada da terapia, o tempo médio observado para o óbito foi de 105 min, sendo que 20 óbitos (28%) ocorrem dentro de 1 h da retirada da terapia, 31 óbitos (44%) ocorrem entre 1h e 6 h, 5 (8%) ocorrem entre 6 e 12 h e a morte depois de 12 h ocorre em apenas 14 casos (20 %)⁽¹²⁾. Dessa forma, ao paciente experimentar os momentos antes da finitude,

diversos sentimentos vêm à tona e a angústia parece tomar conta de muitos indivíduos pesquisados. Entretanto, a EQM pode ser um fator que promova a diminuição do sofrimento psicológico diante da finitude⁽¹³⁾.

Em algumas falas dos pacientes que tiveram a experiência de quase morte é possível perceber a forma como cada um vivenciou esse momento. Um dos pacientes retoma questões pessoais que ainda não foram realizadas e outro paciente pontua a importância que exerce para pessoas ao seu redor⁽¹³⁾. Nos dois contextos, é possível inferir que a morte era temida, remetendo assim a um sentimento constantemente presente ao se deparar e falar sobre finitude: o medo. Esse medo pode se dar a partir de duas concepções: da morte do outro (medo do abandono) e da própria morte (consciência da própria finitude)⁶. O medo da morte pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama, medo do desconhecido, do julgamento pelas ações cometidas ao longo da jornada da vida, do que possa acontecer aos dependentes, da interrupção dos planos e fracasso em realizar os objetivos mais importantes das pessoas, entre muitos outros. Por isso, falar de morte também é falar de medo e de como isso pode ocasionar sofrimento psíquico ao paciente. O retorno desse paciente ao lidar cara a cara com a morte, muda perspectivas e, acima de tudo, há necessidade das trocas de lentes para enxergar o que está para além disso. Portanto, é possível concluir que as

Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 09, n. 02, maio. 2018

pessoas que perpassam por essa experiência apresentam mudanças significativas de valores, atitudes, comportamentos e crenças, sendo destaque em algumas falas a forma como a EQM foi disparadora para gerar outros processos de reflexão⁽¹³⁾.

A morte a partir da perspectiva da família

No processo de adoecimento do paciente, os familiares são considerados como pacientes secundários, em que possuem queixas, demandas significativas ao momento de crise instaurado na dinâmica familiar devido ao adoecimento de um ente querido. Ao ocorrer mudanças no plano da internação ou até mesmo na estabilidade clínica, o paciente, por vezes, pode ser demandando a internar-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Conforme foi explicitado ao longo do artigo, essa unidade abarca, em seu imaginário e também em números, a ideia de possibilidade real da mortalidade. A morte de um ente querido que se encontra internado nesse ambiente é muitas vezes repentina e inesperada, tendo um forte impacto sobre os membros da família. A partir dessa perda, a forma como a informação vai se adequar e a sequências de eventos que pode ocorrer após essa morte, exerce influência direta no processo de luto⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, durante o período de internação e pós-internação na unidade intensiva, os familiares podem desenvolver, a partir das experiências vividas, uma série de

mudanças do status psicológico. Em um estudo⁽¹¹⁾ realizado, foi verificado que sintomas de ansiedade, estresse pós-traumático e depressão podem se apresentar nos familiares durante a internação do ente querido e persistir mesmo após a alta⁽¹¹⁾. Corroborando com essa ideia, o agravamento da doença e a morte na UTI pode ocasionar expressiva carga de ansiedade e estresse entre esses familiares, resultando em sintomas psicológicos de curto ou longo prazo associados a diversos distúrbios, como os citados anteriormente, adicionando ainda o luto complicado⁽¹⁵⁾.

Em relação ao processo do luto, um serviço para acompanhamento dessa perda poderia gerar efeitos adaptativos nos membros familiares diante da finitude de um ente querido e ajudar, posteriormente, nos aspectos emocionais e sintomas físicos de um possível luto não elaborado⁽¹⁴⁾. Foi constatado que os membros das famílias envolvidos nas decisões sobre cuidados de final de vida eram mais propensos a ter sintomas de transtorno de estresse pós-traumático do que aqueles que não foram⁽¹⁴⁾. Nas pesquisas complementares desenvolvidas, a ideia de dependência psicológica sobre o paciente que veio a falecer estava entre os mais importantes preditores de transtorno de estresse pós-traumático⁽¹¹⁾. Assim, a boa compreensão e a satisfação pode ajudar os familiares a lidarem com a perda, bem como a importância da vinculação com a equipe da UTI, adquirindo

Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 09, n. 02, maio. 2018

confiança nos cuidados prestados e nos profissionais que trabalham nesse ambiente⁽¹¹⁾.

Em outros estudos⁽¹⁵⁾, foi possível retomar a relação dos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático/depressão e a morte de um ente querido na UTI⁽¹⁵⁾. Foram identificados fatores demográficos associados ao aumento do risco, tais como o sexo feminino e histórico de sintomas ou doenças psicológicas que podem ajudar a desenvolver nos indivíduos-alvo riscos mais elevados para os sintomas⁽¹⁵⁾. Em consonância com a ideia da morte dos pacientes e a presença dos familiares no ambiente da UTI, a família estava presente em 66,9% das mortes⁽¹²⁾. Na instituição pesquisada, os familiares foram encorajados a estarem presentes durante os cuidados de fim de vida e na morte, proporcionando, em diferentes níveis, uma possível aceitação da morte pela maioria dos membros da família, ocasionando uma perspectiva diferente sobre o momento vivenciado⁽¹²⁾.

Corroborando com a importância da presença dos familiares no momento de despedidas, estudo⁽¹⁶⁾ realizado na Tailândia observou a presença de cinco qualidades essenciais de uma morte pacífica em UTIs, de acordo com os familiares de uma religião budista: conhecimento que a morte era iminente; preparação para um estado de paz mental; não entrar em estado de sofrimento; presença da família, para que o paciente não

fique sozinho; familiares não estejam de luto⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, é possível perceber algumas diferenciações no que concerne a cultura e religião, principalmente no que concerne as perspectivas diante do lidar com a morte⁽¹⁶⁾. Mas como a UTI é um espaço de imparcialidade e acolhimento, é importante que as necessidades pessoais, culturais, espirituais e emocionais dos membros da família na UTI sejam consideradas⁽¹⁷⁾.

Em relação aos indicadores de satisfação global que os familiares pontuaram durante a internação de ente querido na UTI⁽¹⁸⁾, foi observado o nível de confiança nos cuidados desenvolvido pelo(s) médico(s) e enfermeiro(s) no paciente, a disponibilidade do(s) médico(s) quando os familiares precisavam se comunicar e retirar dúvidas e cuidado compassivo e solidário ao paciente e familiares⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, foi verificado, em outra pesquisa⁽¹⁹⁾, que famílias dos pacientes que são mais velhos pontuaram sobre níveis mais elevados de satisfação global com o atendimento na UTI, especialmente na categoria de comunicação médico – família⁽¹⁹⁾. Assim, nessa pesquisa realizada, foi possível inferir que se a satisfação com cuidado e qualidade de morte é menor para os pacientes mais jovens e suas famílias, esse grupo pode estar em maior risco de estresse. Melhorar a compreensão das áreas em que é fornecida menor qualidade aos cuidados de fim de vida, como aos pacientes mais jovens, pode ajudar a adaptar as

Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 09, n. 02, maio. 2018

intervenções e melhorar o atendimento aos pacientes e suas famílias⁽¹⁹⁾.

Comunicação de más notícias

O processo de finitude e agravamento de doenças no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva requerem a interação entre os três principais agentes envolvidos, paciente, família e equipe de saúde. Nesse sentido, o estabelecimento de vínculos e a efetivação de uma comunicação adequada são essenciais nesse momento vivenciado. Assim, foi proposto⁽¹⁴⁾ que três eixos - comunicação adequada, boa tomada de decisão e respeito e compaixão demonstrados para os pacientes morrendo e sua família - são importantes determinantes da satisfação⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, compreensão apropriada e a satisfação podem ajudar os familiares a lidar com a perda de um ente querido. Esse atendimento prestado aos familiares e pacientes pode influenciar diretamente o processo de luto e os efeitos de tristeza não resolvidos⁽¹⁴⁾. Os sentimentos de tristeza não resolvidos podem ocasionar o desenvolvimento potencial de transtorno de estresse pós-traumático, depressão, aumento da suscetibilidade à doença e maiores taxas de mortalidade. Dessa forma, para entendimento do processo de comunicação de más notícias, é interessante analisar a partir de duas perspectivas, (1) equipe-família e (2) equipe-paciente, avaliando suas influências no enfrentamento da internação na UTI para cada um desses envolvidos⁽¹⁴⁾.

Em relação à primeira perspectiva, é importante que existam espaços para discussões verdadeiras, genuínas e clarificadoras para ajudar os familiares a aceitarem os processos de fim de vida e a permissão para os cuidados de natureza paliativa⁽¹²⁾. Nesse estudo, a centralidade da comunicação ocorreu na figura do médico junto aos familiares e traz dados em que as discussões sobre o processo de fim de vida havia ocorrido com a maioria das famílias de pacientes que foram a óbito. Então, pode-se inferir que a interação e o suporte ofertado às famílias de pacientes foram satisfatórios. A frequência de reuniões presentes nesse estudo, com membros da família antes da morte de um paciente, sugere que podem ser exigidas inúmeras reuniões para facilitar a aceitação do tratamento paliativo iminente. Um dos dados interessantes no estudo é a importância do compartilhamento entre equipe e família da tomada de decisões sobre tratamentos e terapêuticas para o paciente, com o objetivo de evitar o estresse adicional sobre a família através do ônus da tomada de decisão. Assim, permite enxergar a família como autônoma na tomada de decisões, mas considerando o grau de sofrimento e da necessidade de dividir essas decisões⁽¹²⁾.

No que concerne à segunda perspectiva, é interessante, em algumas situações, a comunicação entre equipe e paciente acerca das terapêuticas que serão adotadas, bem como a clarificação do prognóstico clínico.

No diálogo sobre o prognóstico clínico, pode vir à tona temáticas sobre os processos de fim de vida e da importância de não ignorar ou discutir sobre as escolhas de cuidados de fim de vida dos pacientes, em que isto pode estar associado a maiores gastos de saúde e uso de recursos hospitalares, como o prolongamento de internação e utilização de tratamentos dispendiosos desnecessários, uma vez que medidas extremas e agressivas são tomadas sem reconhecer as preferências do paciente⁽²⁰⁾.

Essa realidade de esquivar-se das comunicações de fim de vida com os pacientes, como proposto no estudo⁽²⁰⁾, parecem estar relacionadas com o nível de compreensão e precisão que o paciente possui sobre seu prognóstico. Assim, os pacientes que compreendiam o seu estado de doente terminal eram mais propensos a ter discutido sobre as preferências de cuidados de fim de vida com a equipe do que aqueles que não possuíam esse conhecimento⁽²⁰⁾. As diferenças entre conhecimento acerca do prognóstico podem também estar suportados em valores culturais e dinâmica familiar, em que pode promover uma rede de “proteção” para impedir que o paciente tome consciência acerca do estado atual de saúde. Essa rede de “proteção” ocasiona no paciente a incapacidade de se preparar adequadamente para sua morte, indicando a escolha, por vezes, de cuidados de fim de vida mais

agressivos, desconsiderando as medidas de conforto, como cuidados paliativos.

Nesse ensejo da consideração do paciente na temática da comunicação de más notícias, discutir acerca da finitude com o paciente gravemente enfermo pode desencadear uma resposta dissociativa em alguns pacientes caracterizada como dormência emocional⁽²¹⁾. A dormência emocional é denominada como uma resposta dissociativa a alguma ameaça psicológica, apresentando os sintomas de congelamento, analgesia e entorpecimento emocional. Nesse estudo⁽²¹⁾, foi possível descobrir que as discussões sobre fim de vida eram mais prováveis de acontecer com pacientes que possuíam performance de saúde pior e esse desempenho foi associada a uma maior dormência emocional. Sugestionando que a equipe de saúde, referenciada na figura do médico, esperaria até os pacientes entrarem em um estado de declínio físico grave antes de se envolver nessas discussões⁽²¹⁾. Dessa forma, essa prática de discussão tardia acaba ocorrendo com pacientes criticamente doentes, incapazes de comunicar seus próprios desejos, impedindo, assim, a conversa franca com o médico acerca do seu prognóstico⁽¹⁷⁾. A ocorrência das discussões de fim de vida no curso inicial dos cuidados paliativos poderia reduzir as chances de os pacientes encontrarem-se comprometidos e se beneficiarem desse momento⁽¹⁷⁾.

Então, foi possível inferir que a comunicação sobre os cuidados de fim de vida entre paciente e médico, pode favorecer de diferentes maneiras o sujeito enfermo imerso nesse processo, se realizada de modo compatível com a realidade⁽²¹⁾. Encontrou-se que pacientes emocionalmente dormentes podem se beneficiar das discussões à medida que concede terapêuticas menos agressivas para sua condição. Ainda, deduziu-se a importância da seleção de quando é benéfico envolver-se na discussão de fim de vida e quando já não traz mais ganho algum ao paciente, é o caso daqueles que apresentam níveis mais elevados de dormência emocional ou que são suscetíveis de se tornarem excessivamente dormentes a resposta⁽²¹⁾. Portanto, há necessidade de verificar como a dormência emocional, nesse processo, pode aparecer a ponto de influenciar nas condutas adotadas e na eficácia da comunicação⁽²¹⁾.

Cuidados de Fim de Vida

Na consideração da temática da finitude, através das leituras dos artigos analisados, é possível deparar-se com diferentes formas de enfrentamento por familiares e pacientes. Para os pacientes em que não existem mais possibilidades terapêuticas, surge como uma alternativa a abordagem dos cuidados paliativos/cuidados de fim de vida. Diferentemente do paradigma de cura da ciência médica, os cuidados paliativos valorizam a qualidade de vida do paciente e, por isso, têm como princípio fundamental o

cuidado integral e o respeito à autonomia do paciente em relação ao processo de morrer. É uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de problemas relacionados a doenças terminais. Isto é realizado através da prevenção e do alívio do sofrimento pelo diagnóstico precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Em decorrência dos avanços tecnológicos evidentemente presentes na UTI, é esperado que alguns tratamentos de pacientes que possuem o diagnóstico de morte iminente sejam realizados nesse ambiente⁽¹²⁾. Sendo assim, a importância da comunicação entre família e equipe é de importância ímpar para elucidação de possíveis dúvidas, diminuição de ruídos, bem como na possibilidade de redução de conflitos posteriores em relação às terapêuticas.

Na discussão acerca dos cuidados paliativos, faz-se necessária a reflexão sobre o significado do processo para os envolvidos (paciente e família). O conhecimento acerca da terminalidade proporcionou aos enfermos e aos familiares tempo para gerenciar e se preparar para a morte⁽¹⁶⁾. Ainda é preciso refletir que as perspectivas vivenciadas por familiares e pacientes de uma religião e cultura específica podem transpor a experiência de sujeitos com religiões e culturas completamente diferentes, principalmente no que concerne à morte⁽¹⁶⁾.

Trazendo alguns elementos observados e como isso se mostra na literatura ocidental de forma generalizada: 1- A consciência de morte; 2- Preparação para a morte; 3 - Estar confortável; 4- Estar com os entes queridos; demonstra-se que, dessa forma, o processo de cuidados no fim de vida está presente independente de características culturais, fazendo refletir que, por tratar-se de algo que faz parte do desenvolvimento humano, os sentimentos são transpostos para além de costumes e valores, diferenciando a forma singular de enfrentar a situação⁽¹⁶⁾.

Em relação à realidade de deparar-se com a finitude, é importante o reconhecimento do paciente dessa condição terminal para realizar planejamento sobre os processos de fim de vida, ajudando o sujeito a evitar efeitos desfavoráveis e nocivos de terapias inapropriadas⁽²²⁾. Sendo previsto que os cuidados paliativos associado ao apoio psicossocial e monitoramento satisfatório podem prolongar a vida dos pacientes e melhorar a qualidade de vida⁽²²⁾. Nessa pesquisa realizada, foi possível inferir que os pacientes que tinham consciência de seu estado terminal foram mais propensos a utilizar os cuidados paliativos (70,6%) e menos propensos a escolha das terapêuticas na UTI (50,0%)⁽²²⁾.

Dessa forma, é possível perceber que as discussões sobre os desejos do paciente acerca dos tratamentos têm a tendência a ocorrer de forma tardia, comumente nos

últimos dois dias de vida. Outro dado importante é que foi constatado que cerca de metade dos pacientes que morreram na UTI, experimentaram dores moderadas/intensas e outros sintomas nos últimos dias de vida⁽¹⁷⁾. Assim, a consciência da doença terminal não foi um fator preditivo, pelo contrário, a discussão sobre prognóstico foi associada com uma significativa melhoria da qualidade de vida⁽²²⁾. Esse respaldo oferta autonomia ao paciente nesse processo, uma vez que a tomada de conhecimento não está relacionada diretamente com a piora clínica, permitindo o paciente definir o seu processo.

Um dos estudos⁽¹⁸⁾ verificou nos seus dados de entrevistas que quase metade dos familiares entrevistados acreditavam que os pacientes não morreram em seu local preferido (geralmente o local preferido foi citado como fora do hospital), interferindo diretamente na satisfação do paciente⁽¹⁸⁾. Outro dado de relevância foi que apesar do desejo dos familiares em evitar tratamentos agressivos, a localização mais comum das mortes no hospital foi na Unidade de Terapia Intensiva, promovendo a necessidade de pensar em alternativas de cuidados de fim de vida que se configurem no suporte que a UTI fornece⁽¹⁸⁾. Desse modo, foi constatado que as famílias de pacientes que morreram em seu local preferido eram quase duas vezes mais prováveis de estar satisfeito com cuidados de fim de vida.

Corroborando com a perspectiva refletida na temática de cuidados de fim de vida, a internação em UTI pode encurtar a sobrevivência do paciente, no intuito de prolongá-la com tratamentos mais agressivos⁽²²⁾. O aumento das taxas de planejamento da assistência que ocorrem com antecedência (discussão equipe-paciente, equipe-família, por exemplo), pode ocasionar a diminuição do uso de tratamentos desnecessários nos processos de fim de vida que ocorrem geralmente na UTI, já que esses procedimentos prejudicam e influenciam diretamente na qualidade de vida sem obter melhoras na sobrevivência⁽²¹⁾. Portanto, os pacientes que tiveram a oportunidade de tomar conhecimento sobre a finitude e discutir acerca dos cuidados com o seu médico, acabaram recebendo terapêuticas menos agressivas, refletindo seus valores e desejos⁽²⁰⁾. Assim, a consideração das preferências de singularidade do sujeito frente aos cuidados evitou os tratamentos de suporte de vida supérfluos.

Religiosidade e Morte

Ao abordar a temática de religiosidade como componente importante para o processo de morte, é preciso compreender como esse aspecto pode influenciar e afetar pacientes e familiares no enfrentamento do processo de adoecimento e possível finitude. Nesse sentido, a religião pode desempenhar um papel singular na saúde, doença e morte, influenciando as discussões e limitações acerca do fim de vida (FDV)⁽²³⁾. Neste

estudo⁽²³⁾, foi avaliada a existência de possíveis diferenças significativas entre ser religioso e apenas filiado - sendo membro - de uma religião. Considerando assim, a análise acerca da religião em um plano mais amplo, permeando os processos subjetivos adjacentes que cerca o ato de ser religioso e àqueles que não praticam a religião em questão⁽²³⁾.

Desse modo, nesse tópico pretende-se discutir acerca do processo de religiosidade, sem determina-la a uma categoria religiosa específica. Assim, a auto definição de religiosidade é suscetível de variação de um grupo para outro, como de uma pessoa para outra⁽²³⁾. É relevante compreender que se um indivíduo se considera religioso, isso tem implicações significativas⁽²³⁾. Nesse sentido, na UTI, é importante que haja a estimulação dos familiares a exibirem objetos religiosos e convidar participantes de suas comunidades espirituais e religiosas a visitarem o paciente durante a internação⁽¹⁷⁾. Portanto, é possível inferir de acordo com os achados que a religião tem se mostrado como força potencializadora no que concerne nas implicações sobre as decisões de fim de vida.

No contexto hospitalar é possível se deparar, principalmente ao remetermos a Unidade de Terapia Intensiva Adulto, com os diálogos dos ditos e não-ditos acerca da finitude. Nesse ambiente e nas relações estabelecidas entre familiares-pacientes-equipes é ímpar compreender as
Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 09, n. 02, maio. 2018

singularidades dos sujeitos e suas formas de enxergar a morte e o morrer, em consideração de suas crenças e valores culturais. Nesse ensejo de morte e religião, é importante revisitar a noção de uma morte pacífica como parte da percepção individual, baseada nas crenças religiosas e culturais⁽¹⁶⁾. Através dos relatos de familiares e pacientes, essa morte pacífica é identificada como resultado da sensação de paz de espírito no momento da finitude⁽¹⁶⁾.

Entretanto, foi possível demonstrar que os sujeitos mais religiosos insistiam em medidas e tratamentos mais agressivos com o intuito de prolongar a vida⁽²³⁾. Ao comparar-se com sujeitos filiados, notificou-se diferença significativa sobre as decisões acerca do fim de vida. Através desse estudo pode-se corroborar com a ideia de que ser membro de uma religião não é a única questão, mas o que se tem apreendido de valores morais, éticos e culturais acerca da vida e da morte. Ao tratar da temática de eutanásia, por exemplo, que implica sobre vida e morte em linha tênue, os sujeitos religiosos se abstiveram desse processo por ser religiosamente proibido, desconsiderando o seu aspecto pessoal e valorativo nessa decisão acerca de sua vida⁽²³⁾.

Ao debater acerca dos conteúdos que os artigos trouxeram sobre religiosidade e morte, considera-se que há outros campos e aspectos que podem ser analisados, principalmente sobre o fator de proteção que a religião pode

exercer nesses momentos de difíceis enfrentamentos que o sujeito pode perpassar. A consideração da temática em seu sentido mais amplo está em inserir a compreensão das singularidades, pedidos e decisões dos sujeitos, bem como o reconhecimento das práticas que possam ocasionar conforto e cuidado ao processo de finitude.

Conclusão

Após os expostos dos artigos, foi possível inferir que os principais achados corroboram em uma mesma linha de pensamento, a morte enquanto experiência mobilizadora de sentimentos e promotora de mudanças nas perspectivas de pacientes e familiares. É consenso afirmar que discutir acerca da temática de morte remete a discussão sobre a vida e os valores atribuídos a cada um dos sujeitos implicados no processo.

Na Unidade de Terapia Intensiva, os cuidados são voltados para o combate à morte, mas como sabido, os pacientes que se internam nessa unidade são conhecidos pelos seus complicadores clínicos e as necessidades de intervenções tecnológicas avançadas e por vezes agressivas. Desse modo, discutir sobre morte nesse ambiente é necessário e construtor de reflexões aos familiares e pacientes, uma vez que essa possibilidade de finitude se faz presente nesse ambiente. A responsabilidade sobre essa discussão é do profissional de saúde implicado e sensível ao momento vivenciado.

Na consideração holística e singular do indivíduo, é preciso realizar um cuidado diferenciado e uma escuta ativa aos desejos, valores e satisfação dos familiares e pacientes, permitindo que a permanência na UTI não seja um processo traumático, mas que seja um momento em que as demandas são atendidas e que, acima disso, possa promover um ambiente humanizado nas práticas. Portanto, é necessário voltar-se para a realização de pesquisas no contexto do Brasil, considerando a realidade nacional da saúde para embasar as práticas dos profissionais de saúde. Dessa forma será possível promover, de maneira genuína, no ambiente da UTI, um espaço de acolhimento aos envolvidos, através de práticas humanizadoras e focadas na singularidade do sujeito. Remetendo o paciente, enquanto sujeito autônomo, ativo em seu processo e dono de suas escolhas, considerando ainda a importância dos familiares na sua recuperação ou suporte, aos cuidados de fim de vida.

Referências

1. Política Nacional de Assistência ao Paciente Crítico. Anexo I. [Internet]. 2005 [capturado 2015 Nov 09]. Disponível em: <http://www.sobрати.com.br/ms-politica-critico.htm>
2. Silvia RS, Pereira A, Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. Escola Anna Nery. [periódico online]. 2015 [capturado 2016 Jan 08]; 19(1), 40-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0040.pdf>
3. Sebastiani RW. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In Camon, V.A.A. Psicologia Hospitalar: Teoria e

- Prática. (Vol. 2, Cap. 03, pp. 21-62) São Paulo: Pioneiras; 1995.
4. Oliveira ECN. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. [periódico online]. 2002 [capturado 2015 Dez 05]; 22(2), 30-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=pt&tlng=pt.
 5. Ferreira PD, Mendes TN. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. *Rev. SBPH*. [periódico online]. 2013 [capturado 2015 Out 02]; 16(1), 88-112. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a06.pdf>
 6. Kóvacs MJ. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
 7. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e morrer* (9ª ed., P. Menezes, trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2012
 8. Sabadini AZP, Sampaio MIC, Koller SH. *Publicar em psicologia: um enfoque para a revista científica*. São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia; 2009.
 9. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.* [periódico online]. 2007 [capturado 2015 Nov 09]; 11(1), 83-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12>
 14. *Psico-USF*. [periódico online]. 2010
 15. [capturado 2015 Out 02]; 15(1), 35-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/05.pdf>
 16. Klink MAVD, Heijboer L, Hofhuis JGM, Hovingh A, Rommes JH, Westerman MJ, Spronk PE. Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. [periódico online]. 2010 [capturado 2015 Out 03], 26(4), 215-25. Disponível em: [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(10\)00041-8/fulltext](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(10)00041-8/fulltext)
 17. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, Curtis JR. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*. [periódico online]. 2010 [capturado 2015 Out 02]; 137(2), 280-7. Disponível em: <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22081/chest.09-1291.pdf>
 18. Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y. Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing Critical Care*. [periódico online]. 2012 [capturado 2015 Out 02]; 17(3), 151-9. Disponível em:
 10. Radosevic S, Yoruk E. Are there global shifts in the world science base? Analysing the catching up and falling behind of world regions. *Scientometrics Rev.* [periódico online]. 2014 [capturado 2015 Nov 07]; 101(3), 1897-924. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11192-014-1344-1>
 11. Villar SR, Casado MS, Prigerson HG, Garcia SM, Villar MR, Martin VAH, Schulke CMM, Vega RB, Quintana M, Abellanas GL. Incidencia del trastorno por duelo prolongado en los allegados de pacientes fallecidos durante o tras ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev. Esp. Anestesiología Reanim.* [periódico online]. 2012 [capturado 2015 Out 02]; 59(10), 535-41. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935612002423>
 12. Bloomer MJ, Tiruvoipati R, Tsiripillis M, Botha JA. End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. *Australian Critical Care*. [periódico online]. 2010 [capturado 2015 Out 02]; 23(1), 13-19. Disponível em: [http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(09\)00133-7/pdf](http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(09)00133-7/pdf)
 13. Serralta FB, Cony F, Cembranel Z, Greyson B, Szobot CM. Equivalência semântica da versão em português da Escala de Experiência de Quase-Morte. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00495.x/pdf>
 19. O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, Snow D, Karakas SE, Santoro G, Selwyn P, Kvetan V. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliat Med.* [periódico online]. 2010 [capturado 2015 Out 02]; 24(2), 154-65. Disponível em: <http://pmj.sagepub.com/content/24/2/154.long>
 20. Sandler E, Hales B, Henry B, Xiong W, Myers J, Wynnychuk L, Taggar R, Heyland D, Fowler R. Factors affecting Family satisfaction with inpatient end of-life care. *PLoS ONE*. [periódico online]. 2014 [capturado 2015 Out 02]; 9(11), 1-7. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0110860&representation=PDF>
 21. Lewis-Newby M, Curtis JR, Martin DP, Engelberg RA. Measuring family satisfaction with care and quality of dying in the intensive care unit: does patient age matter?. *Journal of palliative medicine*. [periódico online]. 2011 [capturado 2015 Out 02]; 14(12), 1284-90.

- Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263487/pdf/jpm.2011.0138.pdf>
22. Tang ST, Liu TW, Liu LN, Chiu CF, Hsieh RK, Tsai CM. Physician–patient end-of-life care discussions: Correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients—a cross-sectional survey study. *Palliative Medicine*. [periódico online]. 2014 [capturado 2015 Out 02]; 45(5), 841-47. Disponível em:
[http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00298-9/pdf](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(12)00298-9/pdf)
25. Yun YH, Lee MK, Kim SY, Lee WJ, Jung KH, Do YR, Kim S, Heo DS, Choi JS, Park SY, Jeong HS, Kang JH, Kim SY, Ro J, Lee JL, Park SR, Park S. Impact of awareness of terminal illness and use of palliative care or intensive care unit on the survival of terminally ill patients with cancer: prospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*. [periódico online]. 2011 [capturado 2015 Out 02]; 29(18), 2474-80. Disponível em:
<http://jco.ascopubs.org/content/29/18/2474.full.pdf+html>
26. Bullow HH, Sprung CL, Baras M, Carmel S, Svantesson M, Benbenishty J, Maia PA, Beishuizen A, Cohen S, Nalos D. Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU?. *Intensive Care Med*. [periódico online]. 2012 [capturado 2015 Out 02]; 38(7), 1126–33. Disponível em:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-012-2554->

[capturado 2015 Out 02]; 28(10), 1222-30. Disponível em:
<http://pmj.sagepub.com/content/28/10/1222.full.pdf+html>

23. Maciejewski PK, Prigerson HG. Emotional numbness modifies the effect of end-of-life discussions on end-of-life care. *J Pain Symptom Manage*. [periódico]

Participação dos Autores:

CAVALCANTI NA, trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise estatística e elaboração e redação final do texto.

CAVALCANTE KD, trabalhou na concepção teórica, elaboração, análise estatística e redação final do texto.

OLIVEIRA LCB, orientadora do trabalho, participação com orientações e modificações nos resultados e discussões.

MAIA EMC, reviro principal de todos os aspectos metodológicos, revisor principal de todos os aspectos dos resultados do artigo, trabalhou na análise estatística.

MAIA RS, co-orientadora do trabalho, revisor principal da produção do artigo, trabalhou na concepção teórica.

Recebido: 30.01.2017

Revisado: 30.01.2017

Aprovado: 30.01.2017