



ORIGINAL ARTICLE

THE FEELINGS AND SPIRITUALITY IDENTIFIED IN RELATIVES OF TERMINALLY ILL PATIENTS IN INTENSIVE CARE

OS SENTIMENTOS E A ESPIRITUALIDADE IDENTIFICADOS NOS FAMILIARES DE PACIENTES TERMINAIS EM TERAPIA INTENSIVA

LOS SENTIMIENTOS Y LA ESPIRITUALIDAD IDENTIFICADOS EN LAS FAMILIAS CON PACIENTES CON ENFERMEADES TERMINALES EN CUIDADOS INTENSIVOS

Jefferson Nery Correia¹, Karina da Rosa²

ABSTRACT

Objective: to analyze the feelings and the presence of spirituality on the behavior and decisions taken by relatives of patients without possibility of cure admitted to an adult intensive care unit. **Methodology:** this is qualitative study, conducted with the families of terminally ill patients hospitalized in a critical care unit. The criteria for inclusion in the study were: be over 18 years of a patient hospitalized in an adult intensive care unit with a diagnosis of pathology with no chance of cure. Data collection was performed through interviews. Data were examined using content analysis. The study was approved by the Ethics Committee of the Faculdade Integrado de Campo Mourão (PR) with the registration number 65457. **Results:** after analysis of the speeches, two categories were identified, the first related to the feelings experienced by family members, and the second on the presence of spirituality on the decision of palliative care in intensive care. **Conclusion:** the family members are influenced by feelings and spirituality regarding the decision to adopt orthothanasia to the terminal patient. The nurse should be aware of the holistic and humanizing aspects, especially the emotional and spiritual needs in the possibility of palliative care in the intensive care unit. **Descriptors:** palliative care, intensive care units, family, spirituality, nursing.

RESUMO

Objetivo: analisar os sentimentos e a presença da espiritualidade no comportamento e nas decisões tomadas por familiares de pacientes fora de possibilidade de cura internados em uma unidade de terapia intensiva adulto. **Metodologia:** estudo qualitativo, realizado com familiares de pacientes terminais internados em uma unidade de cuidados críticos. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser familiar maior de 18 anos de paciente internado em uma unidade de terapia intensiva adulto com o diagnóstico de patologia fora de possibilidade de cura. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Integrado de Campo Mourão (PR) com o registro número 52/10. **Resultados:** após análise das falas foram identificadas duas categorias, a primeira relacionada aos sentimentos vivenciados pelos familiares e a segunda sobre a presença da espiritualidade na decisão dos cuidados paliativos em terapia intensiva. **Conclusão:** os familiares são influenciados pelos sentimentos e pela espiritualidade quando se trata da decisão de adotar ortotanásia ao paciente terminal. O enfermeiro deve considerar maior atenção aos aspectos holísticos e de humanização, em especial as necessidades emocionais e espirituais na possibilidade de cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Descritores:** cuidados paliativos; unidades de terapia intensiva; família; espiritualidade; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: analizar los sentimientos de la espiritualidad y la presencia en el comportamiento y las decisiones adoptadas por familiares de pacientes ajenos a posibilidad de una curación ingresados en unidades de cuidados intensivos para adultos. **Metodología:** estudio cualitativo, realizado con familias de pacientes terminales hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. Los criterios de inclusión en el estudio fueron: la familia, mayores de 18 años de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos de adultos, con un diagnóstico de la patología oportunidad ajena a curación. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas. Los datos fueron analizados utilizando el análisis de contenido. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Faculdade Integrado de Campo Mourão (PR) con el número de registración 52/10. **Resultados:** tras el análisis de los discursos se identificaron dos categorías, la primera relacionada con los sentimientos que prueban los familiares y el segunda sobre la presencia de la espiritualidad en la decisión de los cuidados paliativos en terapia intensiva. **Conclusión:** los miembros familiares se influncian por los sentimientos y espiritualidad con respeto a la decisión para adoptar el ortotanásia al paciente terminal. La enfermera debe considerar una mayor atención a los aspectos de humanización y holístico, sobre todo las necesidades emocionales y espirituales de la posibilidad de cuidado paliativo en la unidad del cuidado intensivo. **Descritores:** cuidados paliativos, unidades de cuidados intensivos, familia, espiritualidad, enfermería.

¹Enfermeiro Especialista em Saúde Pública. Docente da Faculdade Integrado de Campo Mourão/FICM. Campo Mourão (PR), Brasil. E-mail: jefferson.correia@grupointegrado.br; ²Enfermeira. Graduada pela Faculdade Integrado de Campo Mourão/FICM. Campo Mourão (PR), Brasil. E-mail: karina_rrosa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é destinada para o atendimento de pacientes graves ou com risco de vida e potencialmente recuperáveis, para tanto possui equipamentos e infraestrutura de alta tecnologia onde o tratamento e os cuidados são realizados por uma equipe multiprofissional altamente especializada, que fundamentam suas ações em evidências científicas comprovadas.¹⁻²

O objetivo principal da UTI é salvar vidas, no entanto em alguns casos o paciente pode ser portador de uma doença crônica degenerativa ou de um agravo à saúde fora de possibilidades de cura, e mesmo diante das tecnologias e do atendimento especializado, o cuidado pode deixar de ser voltado para cura e tornar-se apenas paliativo.^{2,3}

Com o aumento da expectativa de vida da população, cronicidade das doenças e a necessidade social de um cuidado humanizado dentro do ambiente de cuidados intensivos, tornou-se indispensável a implementação de medidas que vão de encontro com essa realidade de maneira satisfatória buscando garantir a dignidade das pessoas que estão no final da vida.⁴⁻⁷

Neste contexto, o cuidado paliativo (CP) busca considerar a vida e reconhecer a morte e morrer como um processo natural, sem com isso apressar a morte, mas também não visa adiá-la no intuito desumano de curar alguém que não tem mais cura.⁷

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os CP devem proporcionar alívio à dor e a outros sintomas angustiantes e, ainda, oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa suportar a doença e o luto, usando a abordagem que atenda às necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento e acompanhamento do processo de luto, se indicado.⁴

Quando a morte torna-se iminente, a única possibilidade que resta é cuidar do corpo, da mente e do espírito, tanto dos moribundos como de seus familiares. Por isso, é necessária maior atenção com o ser doente e menos com a doença de quem está morrendo, isso significa entre outras coisas um olhar para os aspectos psicológicos e espirituais por parte da equipe multiprofissional que atua na terapia intensiva.⁷⁻⁸

Ao refletir sobre o uso da terapêutica em detrimento de uma melhor qualidade de vida para o doente terminal é importante considerar os preceitos bioéticos. Entra em discussão a distanásia (morte lenta e cheia de sofrimento) para o paciente e da ortotanásia

(a morte natural e no seu tempo), porém a tomada de decisão pode ser uma questão bastante polêmica para a equipe multiprofissional, mas principalmente para a família e para a sociedade.¹⁻²

O processo de decisão para iniciar os CP, com o paciente terminal na unidade de terapia intensiva (UTI), deve ser feito envolvendo principalmente a família e os membros da equipe multidisciplinar. Mas sempre que se julgar necessário é possível consultar o Comitê de Ética da instituição para auxiliar nas decisões mais complexas.¹

No ambiente de cuidados críticos, o paciente terminal e sua família estão totalmente vulneráveis e muito mais sensíveis para tomada de decisões. Nesse sentido, é necessário considerar alguns aspectos importantes como a comunicação direta, a clareza das informações fornecidas e a certeza das intenções.¹

Os familiares devem ser orientados sobre o que são os CP disponíveis para manter o paciente terminal na UTI com o máximo de conforto, o que inclui garantir a analgesia necessária, manutenção da sedação, ventilação, nutrição, higiene, mudanças de decúbito, cuidado com a pele, entre outros. Conhecer e entender que a ortotanásia proporcionará todos os cuidados pode ajudar a entender que o doente será assistido dentro de suas necessidades e que confortará a família e influenciará em sua decisão.¹

A doença terminal causa conflitos, incertezas, sentimentos desagradáveis e desesperança. Possivelmente, tomar decisões tornam-se mais difíceis para todos, em especial para os familiares que, emocionalmente abalados e muitas vezes apoiados em suas crenças religiosas e espirituais, podem sofrer ainda mais, ou encontrar uma razão em sua fé para o final da vida.^{5,7,9}

Somente será possível garantir o cuidado adequado para pacientes terminais e seus familiares na UTI, quando todas as necessidades humanas básicas forem reveladas, entendidas e contempladas no plano de cuidados. No entanto, o que é mais comum aos profissionais envolvidos na terapia intensiva é apresentar uma postura mecanizada e voltada apenas para o corpo, doença e equipamentos. Na maioria das vezes, os sentimentos e a identificação da espiritualidade como aspectos que possam contribuir direta ou indiretamente para atender às necessidades mais importantes são deixadas de lado.

Para os familiares de doentes no final da vida que estão na UTI, a decisão em optar por CP pode ser muito difícil, pois para eles possivelmente não é levado em conta somente critérios técnicos e científicos, mas também toda complexidade e fragilidade humana e ainda aspectos culturais e religiosos.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar os sentimentos e a presença da espiritualidade no comportamento e nas decisões tomadas por familiares de pacientes fora de possibilidade de cura internados em uma unidade de terapia intensiva adulto.

MÉTODO

O presente estudo seguiu como caminho metodológico a pesquisa descritiva exploratória com uma abordagem qualitativa. O método qualitativo é o que se aplica principalmente no estudo das relações e representações, crenças, percepções e opiniões, que pode traduzir os produtos de interpretações das pessoas e de como elas vivem. As abordagens qualitativas são bastante adequadas a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais, de relações e para análises de discursos e de documentos.¹⁰

Os sujeitos do estudo foram familiares de pacientes em estado terminal fora de chances de cura com indicação para CP e internados na UTI adulto geral do Hospital Santa Casa de Campo Mourão-PR. Trata-se de uma instituição filantrópica, de médio porte, que atende pacientes de média e alta complexidade, conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) e que possui uma UTI adulto geral com 13 leitos, além de uma UTI pediátrica e neonatal.

O período de coleta ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2010. Os pacientes terminais foram selecionados pela leitura dos prontuários e da indicação médica de não adotar novas medidas consideradas fúteis. Os dados sociodemográficos, diagnóstico e tempo de estada na UTI, foram coletados do prontuário do paciente através da primeira parte do roteiro que serviu como instrumento para coleta dos dados.

Em um segundo momento, o pesquisador realizou a abordagem familiar na antessala de espera do setor, antes da visita ao paciente na UTI, quando foram explicados os objetivos e métodos da pesquisa. Para os familiares que concordaram em participar do estudo foi agendado uma visita domiciliar, onde foi aplicado à segunda parte do instrumento de coleta dados.

As entrevistas foram gravadas com um aparelho de *mídia player 4* (MP4) seguindo a seguinte questão norteadora: Como você se sente sobre a evolução da doença do seu familiar, do tratamento? Até quando continuá-lo?

Posteriormente, realizou-se a transcrição das entrevistas na íntegra e codificaram-se de forma genérica os sujeitos como E1 a E10. Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo,¹¹ em que as falas foram lidas e classificadas por categorias de acordo com a temática dos discursos, e então foram confrontados com outros estudos sobre o assunto.

A pesquisa seguiu os aspectos éticos da Resolução 196/96, a qual garante o caráter confidencial e voluntário do participante da pesquisa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Integrado de Campo Mourão - PR com o número de protocolo 65457 e registro no CEP número 52/10. E também foi autorizado pela instituição onde os pacientes encontravam-se internados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período em que ocorreu a pesquisa dez pacientes atenderam aos critérios de inclusão, cinco eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino. A idade variou entre 52 a 85 anos e com uma média de idade de 71,1 anos.

O tempo de internamento no momento em que ocorreram as entrevistas variou de um a 58 dias, com a média de 22,9 dias. Os indivíduos entrevistados eram todos membros da família (5 filhos, 3 esposas, 1 neto e 1 cunhada.), constituindo dez familiares, destes, nove eram do sexo feminino. Dos entrevistados, quatro relataram possuírem o Ensino Fundamental completo, três Ensino Fundamental incompleto e três do Ensino Médio completo. Com relação à religião, nove se declararam católicos e um evangélico.

Após a leitura minuciosa dos discursos e análise sistemática das falas, foi possível definir duas categorias: os sentimentos vivenciados pelos familiares sobre o final da vida na UTI e espiritualidade e religião presentes na morte e no morrer na UTI.

• Os sentimentos vivenciados pelos familiares sobre o final da vida na UTI

Ser familiar de um paciente fora de possibilidades de cura que se encontra internado em uma UTI revela-se como uma condição bastante complexa. A terminalidade da vida é uma realidade difícil de ser aceita pelo ser humano, mas quando se depara com

ela é possível identificar vários sentimentos, a maioria deles desagradáveis.

Um estudo brasileiro verificou que os sentimentos mais comuns expressos pelos membros da família do paciente internados em uma UTI são ansiedade, preocupação, angústia e tristeza, impotência, dor e mágoa, perda, medo e pânico, confiança e segurança, insegurança, fé e esperança, e inexplicável.¹²

Percebe-se que alguns familiares não compreendem totalmente a terminalidade da vida, mas aceitam a morte ao perceber que a vida para seu parente só está sendo mantida à custa de sofrimento, revelam o sentimento de tristeza e pesar, conforme o relato a seguir:

É muito triste pensar que ele não tem cura, mas vendo o jeito que ele está, é mais triste
E2

O familiar diante da constante incerteza da morte e do momento em que ela ocorrerá, vivencia de diversas maneiras o processo terminal do parente. Saber que a terapia intensiva não está trazendo melhora e muito menos a cura, perceber que o parente não reage a sua presença durante as visitas, entre outros fatores, provocam sentimentos de angústia e tristeza. Esses sentimentos são causados principalmente pelo medo da morte, pela separação, ou até mesmo pela impossibilidade de contribuir diretamente no cuidado e estar ao lado de seu ente querido nos momentos mais difíceis e finais.¹²

O ser humano, na maioria das vezes, tem a consciência que toda pessoa está sujeita a adoecer e morrer a qualquer momento de sua existência, mas apenas quando se depara com a possibilidade real de morte é que se percebe que ela existe, então se afloram sentimentos como tristeza e pesar. No entanto, mesmo quando se aceita a terminalidade da vida, o sofrimento é uma condição que apenas o tempo, terapias e a adequada elaboração do luto poderão atenuar e em alguns casos carrega-se o sentimento negativo por toda a vida.^{12,13}

Para alguns familiares, a tristeza parece ser ainda maior ao perceberem que o fim da vida pode ser um fato inexorável; demonstram de maneira bastante clara a incompreensão, revolta e negação sobre o fato de a vida ter chegado ao fim para seu ente querido. Após refletirem um pouco mais sobre a realidade irrefutável e a condição de grande sofrimento necessária para manter a vida a qualquer custo, percebem que se trata de um ato egoísta, mas concordar em suspender o tratamento e não adotar terapias fúteis leva a um profundo pesar, pela perda inevitável e pela culpa de aceitar a realidade:

Eu não gosto de pensar que ela não tem tratamento (pensamento longe), não gosto de pensar em ver minha mãe morta (choro), mas às vezes penso o quanto a gente é egoísta e talvez isso acaba prolongando o sofrimento dela (choro) [...] E7

[...] mesmo sabendo que não tem cura eu não quero que ela morra agora, quanto mais tempo ela ficar entre nós é melhor [...] E4

Os sentimentos vivenciados pelos familiares de pacientes em estágio terminal são descritos como a negação da doença e a rejeição da condição de finitude do ser humano, podendo fazer desabrochar sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento e buscando sempre o tratamento curativo e o prolongamento da vida.^{3,9,12-13}

A incerteza sobre o estado terminal também traz outras percepções como a de insegurança e fragilidade para os familiares, que no processo de negação e barganha apega-se esperanças de cura irreais, fazendo com que o paciente seja submetido a tratamentos invasivos que não poderão resultar em melhora de seu quadro clínico, apenas aumentando tempo de vida e consequentemente mais sofrimento.^{3,9}

Além dos sentimentos de tristeza e angústia, quando se trata da morte e do morrer na UTI, ressalta-se que o sofrimento dos familiares também pode se manifestar como alterações das suas vidas, apresentando estado de choque, depressão, confusão e desilusão, podendo ainda coexistirem com os sentimentos de negação. Enfatiza-se, ainda, que a aceitação da doença e da finitude é uma fase que pode não acontecer em alguns casos.^{9,12,14-15}

Os sentimentos negativos, de culpa e dor relacionados aos familiares de pacientes terminais na UTI são conflitantes principalmente por se tratar de um ambiente de alta tecnologia onde se espera conseguir ótimos resultados. Nesse contexto, o enfermeiro junto com a equipe multiprofissional devem discutir com os familiares até que ponto a tecnologia poderá prolongar a vida ou o sofrimento, lembrando que ao abordar a espiritualidade possibilita-se transcender a visão tecnológica em detrimento do bem-estar e da dignidade das pessoas.¹⁶⁻¹⁷

O conflito causado pela instabilidade de emoções vivenciadas pelos familiares deve ser trabalhado pela equipe multiprofissional, a fim de promover entendimento claro sobre as vantagens e desvantagens de prosseguir com terapias possivelmente fúteis para o paciente terminal, o apoio emocional proporcionado

pelo enfermeiro da UTI ao ouvir atentamente as angústias, reconhecendo os sentimentos mais predominantes, esclarecendo dúvidas e até mesmo solicitando o acompanhamento do profissional Psicólogo pode diminuir o sofrimento e contribuir para tomada de decisões mais coerentes com um quadro incompatível com a vida do paciente.

Quando se trata de um paciente internado na UTI fora de possibilidade de cura, os próprios familiares, ao vivenciarem o prolongado e sofrido período final da doença e o esgotamento pelos vários dias de espera na expectativa e esperança de uma melhora que não acontece, acabam aceitando a morte e até mesmo pedindo uma alguma solução que abrevie a situação.^{12,16}

Mesmo diante dos sentimentos como tristeza, pesar pela perda que se aproxima, o familiar é capaz de contribuir nas decisões sobre quais cuidados devem ser priorizados e quais são considerados fúteis. Observa-se que esse momento também pode proporcionar a aproximação e pelos sentimentos, como a compaixão e amor, é possível expressar o reconhecimento da importância da pessoa no âmbito familiar, trata-se na verdade do momento de despedida, que favorece mais conforto para o paciente terminal. Como se percebe na fala, a seguir:

Todos os cuidados são importantes, mas um cuidado que eu posso dar (choro) é dizer o quanto ele foi um bom homem, um bom pai para os meus filhos [...] E10

Sobre o final da vida na UTI, pode-se observar o quanto é difícil a condição da finitude humana para os familiares, a morte e o morrer provocam reações como a negação, raiva, barganha e depressão, mas a partir do momento que se torna claro que aceitar a morte é a melhor forma de demonstração de carinho, respeito, dignidade e amor que a família pode ter para a pessoa querida, esses sentimentos, na elaboração do luto transformam-se, não deixam de existir, porém prevalece o sentimento mais saudável que é a saudade e as boas lembranças de quem está partindo ou já se foi.^{3,12-13}

• Espiritualidade e religião na morte e no morrer na UTI

Observou-se que para todos os familiares entrevistados neste estudo, a religiosidade e a espiritualidade estavam sempre presentes de alguma forma e infere-se que direta ou indiretamente apresentam influência nas decisões tomadas. Acreditar em um Ser superior traz, principalmente, conforto para a finitude da vida, ou para sustentar a esperança em um desfecho tranquilo para

situação terminal, ou para dar um significado à vida. Dessa forma, a família consegue buscar um alívio para o sofrimento impingido pela doença e pela morte iminente.^{9,14}

A espiritualidade ou religiosidade quando manifestada deve ser valorizada e respeitada pela equipe interdisciplinar e como parte integrante dos CP, visando dar melhor suporte ao tratamento, ao fim da vida e ao conforto pessoal do paciente e, principalmente, aos familiares.⁸

Verifica-se, pelas falas dos familiares, que a espiritualidade contribui para melhor aceitação da terminalidade da vida na UTI e, ainda, que diante da constatação do sofrimento prolongado e falta de perspectiva de cura, a fé em um Ser superior permite até mesmo o desejo e o apelo para que o fim seja o mais rápido para abreviar o sofrimento. Seguem as falas:

[...] é egoísmo demais de nossa parte (não aceitar o fim da vida), então é entregar nas mãos de Deus (choro) e deixar que Ele faça a sua vontade. E5

(...) peço a Deus sempre que ele faça o melhor por ela e se eu perder ela para Ele vou ficar muito triste, mas sei que ela estará bem. E7

[...] peço a Deus todas as noites que acabe com o sofrimento dela. E8

A presença da espiritualidade verificada na maioria dos entrevistados, neste estudo, permite inferir que apresenta influência nas decisões dos familiares sobre CP, a ortotanásia a fim de garantir toda a dignidade do processo de morrer, sem prolongar ou adiantar a morte, sem dor e sofrimentos adicionais.

Ao abordar a religiosidade e espiritualidade, torna-se evidente que esse aspecto proporcionará forças para superar as dificuldades no enfrentamento da morte e deve ser partilhado pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde. A espiritualidade e a religiosidade possibilitam encontrar significado e propósito para o momento da morte e posteriormente para a elaboração do luto.^{3, 9,14}

Deus quis assim! E10

Oramos a Deus que Ele nos de força para viver sem nossa mãe E5

Além de proporcionar melhor aceitação da finitude humana, a espiritualidade representa o significado necessário onde possibilita atribuir um sentido para vida e para morte. É a força que move os familiares dos pacientes terminais a viver mesmo diante da terminalidade da vida.

A religiosidade e a espiritualidade também podem ser consideradas como uma possibilidade de conforto ao paciente terminal e afirmar que a morte pode ser encarada como uma forma de crescimento para o indivíduo, atribuindo-se um significado para a vida e também para a morte em busca da paz espiritual.¹⁹

O enfermeiro e a equipe de enfermagem, ao desenvolver a sistematização da assistência dos cuidados, devem estar atentos à necessidade apresentada por pacientes e familiares de um elemento que reforce a espiritualidade como a presença de um religioso, o conforto proporcionado por essas ações são de grande valor. Observa-se na fala, a seguir:

A enfermeira autorizou o Padre entrar e dar a extrema unção, isso foi muito importante.
E1

O apoio espiritual aos pacientes terminais e à família é entendido como uma prioridade a ser considerada nos CP e afirma que é uma das fontes de ajuda mais solicitadas pelos pacientes e familiares, é um momento para afirmar a sua fé, e comum solicitarem a presença de um religioso nos momentos difíceis, o que é encarado como um gesto de amor, compreensão e solidariedade.^{20,21}

O sofrimento latente dos familiares e muitas vezes do paciente terminal, como também da equipe de enfermagem e do profissional enfermeiro que atua no processo de sistematização da assistência de enfermagem pode ser atenuado pelo resgate da espiritualidade, o que torna o cuidado mais humanizado e holístico.²¹

A espiritualidade e a religiosidade mostram-se presentes tanto para os familiares, quanto para os pacientes, e direta ou indiretamente contribuem e influenciam na aceitação da terminalidade da vida como nas decisões tomadas sobre quais as melhores condutas a serem adotadas para o bem-estar do paciente no final da vida.

CONCLUSÃO

Pelo presente estudo infere-se que o papel do apoio psicológico e espiritual, além do biológico e social, realizado pelo enfermeiro na assistência sistematizada de enfermagem deve seguir um enfoque holístico quando se trata do cuidado de pacientes terminais e seus familiares dentro da UTI.

A terminalidade da vida ainda encontra-se envolta em grande mistério e é encarada pelo indivíduo com medo e preconceito. O medo reflete em grande parte o sentimento de perda que o paciente e a família enfrentam e

torna muito difícil a aceitação do fim da vida. Nos familiares, nota-se grande insegurança aliada ao sentimento pessoal da perda, que impede um relacionamento afetivo mais intenso com o paciente e seus familiares.

Os sentimentos, a religiosidade e a espiritualidade quando se trata de CP, influencia de maneira significativa nas percepções e decisões tomadas pelos familiares, o que pode contribuir para respeitar inteiramente ou parcialmente a dignidade humana no final da vida.

Na maioria dos casos abordados no presente estudo, os familiares demonstraram certa relutância em aceitar os CP por vários motivos: questões pessoais, religiosidade, influência cultural e sentimentos de perda e culpa o que demonstra a necessidade de educação em saúde com a comunidade sobre o assunto.

Sugere-se que este tema seja abordado de maneira mais efetiva nos cursos de graduação em saúde, em especial nos de enfermagem e também mais pesquisas sobre o assunto no intuito de desvendar mais evidências científicas que contribuam para uma assistência mais adequada a pacientes terminais e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2006.
2. Morton PG, Fontaine DK. Cuidados críticos em enfermagem: uma abordagem holística. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2007.
3. Pimenta CAM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri (SP): Manole; 2006.
4. World Health Organization. Social development and ageing: crisis or opportunity? [homepage na internet; acesso em 2011 jul 15]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/development/alc_social_development.pdf.
5. Lira GV, Nations MK, Catrib, AMF. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar. Texto & contexto enferm. 2004 jan/mar;13(1): 147-55.
6. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latinoam enferm. 2006 Mar/Abr;14 (2):277-84.
7. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. 3ª ed. São Paulo (SP): Edições Loyola; 2006.

8. Reiriz AB, Scatola RP, Buffon VR, Motter C, Santos D, Fay AS, et al. Cuidados paliativos, a terceira via entre a eutanásia, distanásia: ortotanásia. *Prat hosp*[periódico na internet]. 2006 nov/dez[acesso em 2011 jul 15];8(48):77-82. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2048/pdfs/mat%2018.pdf>
9. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e morrer*. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1998.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
12. Almeida AS, Aragão NRO, Moura E, Lima GC, Hora EC, Silva LASM. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2009 nov/dez;62(6):844-9.
13. Pereira LP, Dias ACG. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. *Psico*. 2007 jan/abr;38(1):55-65.
14. Santos FS. *Cuidados paliativos, discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo (SP): Atheneu; 2009.
15. Mendes J, Lustosa MA, Andrade MCM. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev SBPH*. 2009 jan/jun;12(1):1-23.
16. Amaral MSL, Almeida JE Jr. Conflito de interesses entre familiares na condução da eutanásia. *Intertemas*. 2007;13(13):1-82.
17. Silva FR, Silva RCL. Spirituality and transcendence: reflections about nursing care in the age of technology. *Rev enferm UFPE on line*[periódico na internet]. 2010 Maio/Jun [acesso em 2011 jul 12];4(esp):1180-187. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1068/pdf_77
18. Quintana AM, Kegler P, Santos MS, Lima LD. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2006; 16(35):415-25.
19. Menezes RA. Assistência em saúde a situações terminais: entre práticas médicas e crenças religiosas. *R Electr de Com Inf Inov Saúde*[periódico na internet]. 2010 Set [acesso em 2011 jul 18];4(3):27-36. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/383/593>
20. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):660-67.
21. Tarouco RL, Muniz RM, Guimaraes SRL, Arreira IC, Campos N, Burille A. Spirituality

and living with cancer in the process of dying. *Rev enferm UFPE on line*[periódico na internet]. 2009 out/dez [acesso em 2011 Jul 12];3(4):239-45. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1579/pdf_430

Sources of funding: None
 Conflict of interest: None
 Date of first submission: 2011/09/14
 Last received: 2010/11/03
 Accepted: 2010/11/05
 Publishing: 2011/12/01

Corresponding Address

Jefferson Nery Correia
 Faculdade Integrado de Campo Mourão/FICM
 Rodovia BR 158, KM 207
 CEP: 87300-970 – Campo Mourão (PR), Brazil