

MORTE E MORRER

A importância do estudo da morte para profissionais de enfermagem

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde são os que mais lutam contra a morte, mas sua formação e sua carreira são marcadas pelo afastamento dela. Métodos: estudo de natureza descritiva, com base bibliográfica, teve como objetivo levantar conteúdos sobre o fenômeno “morte” no intuito de despertar um senso crítico sobre a assistência de enfermagem ao cliente terminal. Justificativa: poucos são os conteúdos abordados nos cursos de enfermagem sobre o tema. Na escala das existências individuais, a morte é a única certeza absoluta no domínio da vida. Esta afirmação encontra-se com o fato de que a enfermagem é a única profissão presente na vida do cliente do início da vida até a consumação da morte. Conclusão: os profissionais devem produzir uma harmonia entre a vida e a morte, entre saúde e doença, entre a cura e o óbito. O cuidado de qualidade deve ser prestado ao ser humano em todos os seus aspectos.

Palavras-chave: Morte, doente terminal, tanatologia.

1. INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde são os que mais lutam contra a morte, mas sua formação e sua carreira são marcadas pelo afastamento dela. A morte não faz parte do programa de estudos nas universidades e quando ocorre o ensino é superficial. Em face desse ritual obsessivo de negação da morte, o indivíduo perde a oportunidade de melhor formar suas concepções sobre a morte e o morrer. O enfermeiro e outros profissionais de saúde se apropriam cada vez mais da vida e da morte, admitindo sempre de má-vontade os casos em que não podem realizar milagres. Este pavor à morte e reafirmação insistentes de imortalidade que parte de nossas mentes são o outro lado da criação da morte verdadeira, da morte profunda, da morte. Negando a morte, nossa cultura a mistificou e impôs tabus.

Para Penna, Nova e Barbosa (1999, p.20), os conteúdos que abordam a morte no currículo de enfermagem falam de questões éticas ou *causa mortis* da população, mas ao aprender a morte como um fenômeno ao qual se está exposto diariamente e com o qual se deveria saber lidar, não há referências. Esse aprendizado se dá no campo da prática quando o profissional começa a perder os pacientes sob seus cuidados. Alunos e professores demonstram não ter preparo para enfrentar a morte, e o que aprenderam; ainda insuficiente, passa pela experiência de vida de cada um, pela convivência eventual com o morrer do outro. Este aprendizado é solitário e vem da necessidade individual daquele profissional que, no seu cotidiano de trabalho, convive com a morte à qual não se habitua, pois lidar com ela é doloroso, vem acompanhado de muito sofrer e mecaniza as ações. Diante da soma desses fatores, objetiva-se com esta pesquisa bibliográfica reunir conteúdos sobre o fenômeno “morte” para que desperte um senso crítico sobre a assistência de enfermagem ao cliente terminal e sobre o estudo deste tema.

2. METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se com o tipo exploratório, de acordo com Tomasi e Yamamoto (1999, p.21), os estudos exploratórios permitem ao investigador ampliar sua experiência em torno de um determinado problema. Ao mesmo tempo identifica-se um caráter descritivo, visto que a pesquisa descritiva tem como objetivo obter informações do que já existe, a fim de poder descrever e interpretar a realidade, conforme afirma Rudio (2001, p.16). Há uma necessidade de descobrir o que acontece, conhecer o fenômeno, procurando interpretá-lo, e descrevê-lo.

A revisão de literatura foi utilizada como meio de pesquisa, sendo a análise bibliográfica a principal fonte de dados. O termo “observação documental” deve ser utilizado num sentido mais extenso, *aplicando-o também para o “uso da biblioteca”, tanto porque nela se encontram as observações e experiência que os outros já fizeram, como também nela se acham as bases conceituais, sem as quais não se pode haver verdadeira observação científica.* (ibid, p.48)

3 A MORTE E A VIDA X HOSPITAL E ENFERMAGEM

Dois fatos são memoriais e ficam como marco existencial de uma pessoa: a de seu nascimento e a de sua morte. A tanatologia é o estudo da morte e do morrer. Do grego: *Thanatos* = morte e *logos* = estudo. Pode-se afirmar, então, que esse estudo abrange o doente terminal. Uma doença terminal é aquela cuja recuperação está aquém de uma expectativa razoável. Ao saber que a morte é algo inevitável e iminente, os pacientes tendem a vivenciar vários estágios.

De acordo com Pitta (1994, p.25), o homem moderno, pelo horror de adoecer e de sua própria morte, necessita do saber e da técnica como refúgio para seu medo e precariedade. A atitude atual dos homens diante da dor, sofrimento e morte é a de negá-los como fim da vida, prolongando esta até não mais poder, através de todos os dispositivos disponíveis nos hospitais, afastando a morte do convívio social, reforçando-lhe sempre o seu caráter de presença incômoda e mítica, e como tal, devendo ser ocultada e distanciada. Na idade média, a morte estava na sala de visitas; hoje, ela se esconde nos hospitais, nas UTIs, controlada por guardiões nem sempre esclarecidos da sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde.

É esta a missão exercida agora não mais por todos em suas casas, mas por alguns que, ao vender sua força de trabalho, assumem em contrapartida o mandato social de cuidar dos vivos e dos mortos de modo exclusivo e silencioso. Assim, o que foi propriedade do homem por milênios — sua doença e morte — passa a ter em outros e em outras instituições os depositários de tal sina. Sobrecarregados, a morte, nos hospitais e sobre os profissionais de saúde. *Infelizmente, nem a morte consegue escapar da invasão da técnica, já que não se permite mais que o paciente morra sossegado.* (SHAKTI, 1994, p.83)

No mundo atual de tecnologias, encontram-se profissionais desprovidos de qualquer avanço para enfrentar a morte como algo que está por vir, posto que sua visão de morte, em ambiente hospitalar, vem acompanhada da idéia de fracasso do corpo, falência de órgãos, do sistema de saúde, da sociedade, das relações com Deus e com os homens, etc. (PITTA, 1994, p.25)

Encontram-se na literatura conteúdos voltados para o cuidado ao cliente terminal. Ações estas voltadas para um assistir mais respeitoso, e fala-se em morte com dignidade. A *American Journal of Nursing Company*¹ publicou em 1975 a carta dos direitos da pessoa prestes a morrer.

Dentre os direitos, encontra-se um sumário relatando que o cuidador deve ser sensível e especializado, deve compreender as necessidades do moribundo, para que ele obtenha satisfação e possa enfrentar a morte.

O assistir ao morrer dos pacientes terminais conduz os profissionais à reflexão em relação a finitude da vida humana. Apesar de disporem de vários recursos científicos e tecnológicos que permitem o prolongamento da vida, no momento em que a morte chega, percebe-se que não há o que fazer rendendo-se ao término do viver. Ficam pensativos refletindo sobre sua condição humana de que somos finitos, constituindo-se o problema central da existência humana, pois não somos seres eternos. Isso nos remete as idéias de que *a única maneira de o homem se realizar autenticamente, assumindo a responsabilidade da própria vida, é enfrentar fria e corajosamente a sua finitude e contingência, isto é, a sua inevitável morte.* (MARANHÃO, 1995, p.71)

Neste contexto, percebe-se que o profissional de enfermagem é o único que assiste o ser humano em todas as fases da vida, inclusive diante da possibilidade da morte de seus pacientes. Geralmente, não está preparado para enfrentar a morte nem lidar com seus próprios sentimentos, principalmente, quando o cuidar envolve ajudar a morrer com dignidade, pois tanto o paciente quanto a família procuram neste profissional apoio e assistência. Profissional, este, que está treinado para promover a vida, a cultivar a saúde... a cura. E o que fazer em uma situação de morte? O que falar para os parentes próximos? Como se sentir?

Alguns profissionais costumam retrucar: “Mas eu não sinto qualquer angústia nestas situações...”. E então se pergunta: será que não sente mesmo? Segundo D’asumpção (1998, p.91), os seres humanos têm uma grande capacidade de criar máscaras para usar diante de cada situação. Máscaras de alegria, quando se está em profunda tristeza..., desta forma, o “eu” verdadeiro que está por detrás de tantas máscaras não vem à tona.

3. MORTE E O MORRER

Antes de aprofundar-se o estudo sobre o tema, faz-se por necessário a diferenciação entre morrer e morte. O morrer está ocorrendo em qualquer um a cada momento, e dependendo da forma como se vive tem-se um medo intenso da morte, conseqüentemente, lidar com a terminalidade (morte) tornar-se-á uma tarefa muito difícil para todos. *Morte é o final da vida material, tal como nós conhecemos. E o morrer é o ato pelo qual ocorre à morte.* (D'ASSUMPÇÃO, 1998, p.98)

Morrer está ligado, intimamente, ao instinto de sobrevivência humana, pelo qual o organismo tende a esquivar-se de qualquer dor. A curva do homem-corpo obedece ao percurso de nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer. *A morte não vem de fora, mas se processa dentro da vida com a perda progressiva da força vital. Morremos um pouco, a cada minuto e um dia este processo chegará ao fim.* (BOFF, 2002, p.152)

Uma coisa é encarar a morte como algo inscrito necessariamente no destino dos homens, em geral, enquanto membros da classe dos seres vivos. Outra coisa é pensar a realidade de cada morte individual.

3.1 OS CINCO ESTÁGIOS DO MORRER: as considerações de Martin Heidegger sobre a morte, principalmente em sua obra “Ser e o tempo” publicada em 1927, o autor analisa a morte humana como um caminho para a descoberta do ser. A morte pertence à própria estrutura existencial. Assim que o homem começa a viver, tem idade suficiente para morrer.

Sabe-se que a pessoa passa por 5 fases antes de se consumir a extinção da vida. Temos a estabilidade da saúde o que contribui para um choque quando nos deparamos com uma doença grave. A primeira fase é a negação (não, eu não!) seguida pela raiva (por que eu?) — aqui as hostilidades são dirigidas até a quem cuida do cliente —, após as indagações vem a barganha (eu, está bem, mas...) —nesta fase, o paciente quer manifestar acordos com a morte, caso ele fique curado, fará isso ou aquilo. Na quarta fase, vem a depressão (sim, eu...), onde o paciente se lamenta e chora, não só provoca o sentimento de culpa, como também faz com que a equipe de saúde sintase insegura em conservar sua “máscara profissional” (defesas). A família merece atenção nesta fase.

A última fase se consolida com a aceitação (a hora está próxima e está tudo bem...). Não há o que fazer a não ser se entregar. Tais fases podem ser encontradas na obra do autor citado acima como outros autores mais atuais como Timby (2001, p.795).

4. OS VARIADOS ASPECTOS SOBRE A VIDA E A MORTE

Existem quatro abordagens sobre vida e morte que devem ser consideradas quando se referem aos aspectos jurídicos como ressalta Gelain (1998, p.49) . Deve-se saber onde começa a vida para entender-se de que ponto dar-se-á a morte.

4.1 ABORDAGEM TRADICIONAL: onde se defende a existência da vida desde a fecundação até a morte. Esta abordagem é a adotada pela igreja católica apostólica romana e por códigos penais, inclusive o brasileiro.

4.2 ABORDAGEM BIOLÓGICA: que defende a vida a partir da nidação (fixação do óvulo no útero) e da cerebralização (formação do córtex cerebral). A nidação, segundo a biologia, dá-se aproximadamente do 7º ao 8º dia, já a cerebralização se dá por volta do 40º dia. Esta teoria também é conhecida por “humanização adiada”.

4.3 ABORDAGEM FILOSÓFICA: ou “humanização progressiva” prega que a vida não possui momento fixo estabelecido, pois é um contínuo vir-a-ser. (ibid)

4.4 ABORDAGEM ANTROPOLÓGICO-FENOMENOLÓGICA: o ponto de vista desta corrente é de que depende da aprovação da comunidade. Isto, porque, o ser humano é constituído por uma rede de relacionamentos. O conceito de vida-pessoa, portanto depende da aprovação do grupo que aceita ou não o novo ser.

O código de ética dos profissionais de enfermagem em seu artigo 3º ressalta que o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza. Artigo enquadrado como princípio fundamental. Traz como dever em seu artigo 32 respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte.

A morte é o último acontecimento importante da vida e ninguém pode privar-se dele. Durante este momento, o enfermo deve ser assistido — dar-lhe a melhor assistência possível —, pois o ser humano tem o direito de morrer com dignidade.

5. A VISÃO SÓCIO –ANTROPOLÓGICA DA MORTE

O ser humano construiu uma visão através dos tempos de que a morte guarda em si um conjunto de forças sobrenaturais provenientes dos espíritos. Ao mesmo tempo em que há uma exaltação da morte nos meios de comunicação há uma dissimulação na vida cotidiana. O assunto é banido de conversas, escondido em metáforas e afastada das crianças é o que conclui Kestenberg, Sória e Paulo (1992, p.260).

Percebe-se que o ser humano, ao mesmo tempo em que é curioso por natureza, esquiva-se do que não domina, daquilo que não possui conhecimento. Uma visão social foi construída para que a morte fosse o desconhecido e rejeitado, pois o valor vinculado pelos meios de comunicação é voltado para a vida; entretanto, não se abordam todos os aspectos desta, pois o morrer e a morte são exilados, separados da vida.

6. A TRANSCENDÊNCIA E A MORTE

A enfermagem historicamente tem uma ligação (em suas origens) com a religião, o que no fundo, reflete uma tendência do profissional a associar a morte com a transcendência. *As primeiras vocações para o cuidado dos enfermos certamente se situam no âmbito da religião e não da ciência e da técnica.* (PITTA, 1994 p. 51)

A transcendência surge como uma solução, a vida continua e transcende, sendo perene em outro plano. Tais dados são consonantes com a idéia de que temos a tendência de ver a morte como uma passagem e não um fim, sendo possível considerar a morte como uma ruptura interna de uma vida que prossegue, incansavelmente, sob formas sempre novas, como afirma Dastur (2002, p.18).

A transcendência é reafirmada pela idéia da existência de um outro plano após a morte, já que, através de alguma crença, costuma-se suportar melhor as perdas saindo-se ainda mais fortalecido de momentos difíceis. Assim como, a projeção da vida para outros mundos não terrenos afirma a imortalidade.

Uma antropologia histórica da morte mostra, com efeito, que os homens das sociedades arcaicas repugnavam a idéia de uma destruição definitiva e total. Consideravam que os mortos continuavam a levar, ao lado dos vivos, uma vida invisível e não cessam de intervir no curso da existência daqueles que chamam a si mesmos de vivos. (ibid)

A esperança se revela no âmbito da transcendência, pois é através dela que a morte não é o fim, mas sim, um salto sobre o tempo em direção a uma continuidade. Nesta perspectiva, encontramos afirmações de que *na morte se dá o verdadeiro nascimento do ser humano; ou seja, não vivemos para morrer, mas sim para ressuscitar.* (BOFF,1999, p.153)

Todas as religiões históricas dedicaram-se ao mesmo problema: o de como suportar o término da vida. O “ser” é o conceito mais universal, indefinível e evidente por si mesmo. Em sua universalidade, ele não se limita porque ele é um próprio “transcender”, sendo indefinível. Não se exígia de questionamentos, pois ele é um mundo e, ao ser evidente por si mesmo, ele se identifica, se aponta e se indica, ele se mostra como sendo no mundo e estando lançado no mundo, ressalta Heidegger (1995, p.95).

7. FINITUDE X ASPECTOS BIOLÓGICOS

A finitude prende-se mais aos aspectos clínicos da morte, o que denota o fim da vida, a parada dos processos vitais biológicos, químicos e fisico-químicos no organismo. Um indivíduo é tido como morto quando seus registros eletroencefalográficos não estão presentes, sinal de que as células cerebrais cessaram suas atividades. Questão muito debatida por considerações de ordem moral já que outros órgãos e tecidos podem continuar com suas funções vegetativas. Mas a vida finda, em senso comum, com a parada cardiorrespiratória irreversível. *Os serviços de atenção à*

saúde tanto públicos como privados se organizam de acordo com a concepção mecanicista do organismo. (SHAKTI, 1994, p.83)

Os profissionais de enfermagem convivem com a morte, acarretando neles uma maior reflexão acerca do fim. Cuidar de pessoas em situações críticas, onde existe a possibilidade de ocorrência da morte, requer de quem presta o cuidado preparo técnico para atuar com imediaticidade, como também emocional, pois a morte reflete o limite da capacidade do profissional.

Seria então uma forma de enfrentar o inevitável (...) *impossível nos resignarmos com a idéia da destruição absoluta, do aniquilamento puro do nosso ser*. O que seria para a maioria dos mortais a finitude? Esta definição foge dos princípios da maioria das religiões, pois se enfatiza em um discernimento quase que comum a idéia de (...) *uma ressurreição dos corpos gloriosos, que será retomada, assim como as noções de inferno e de paraíso que fazem parte da dimensão cósmica de uma retribuição dos atos realizados durante a vida; no quadro de um julgamento final, o qual se tornará o tema principal do profetismo apocalíptico dos tempos após o exílio*.(DASTUR, 2002, p.54)

8. SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS/ REAÇÕES DIANTE DO CUIDADO AO MORIBUNDO

A morte suscita os mais variados sentimentos. A perda, a dor, a angústia, o medo, o estresse permeiam o estar com o outro que está morrendo. O encontro com o outro no instante do morrer pode nos fazer apreender o presente que se esgota em si próprio; é fugaz, mostra-se tão rico em experiências, sentimentos e exige de nós mostrarmos quem nós somos. O profissional de saúde é “treinado” para se fazer viver, ao tomar para si o corpo do outro, responsabiliza-se por mantê-lo vivo, porque o paciente não pode morrer. A morte não é entendida como algo que faz parte da vida, mas o oposto a ela.

O luto resulta de perdas que o ser humano pode vir a ter. Os enfermeiros trabalhando com clientes críticos ou doentes terminais também vivenciam o luto. Cada perda precisa ser lamentada, se o cuidador passa por várias perdas pode vir a ter sobrecarga de saudade é o que relata Potter e Perry (1999, p.434).

O sentimento diante da morte não se restringe somente ao ato de morrer, mas também ao corpo do ser que era vivo, diante do cuidador que o assistiu durante sua falência, sendo assim, os sentimentos estão presentes diante do ato de morrer e se intensificam diante do ser morto. Tal concepção se afirma nos procedimentos de enfermagem relativos ao morto, que são prestados imediatamente após a morte. Deve-se evitar lesão tissular e desfiguramento com condutas como: elevar um pouco a cabeceira do leito para evitar que a face fique arroxeadada pela estagnação do sangue e soltar o lençol protetor do colchão, retirar todos os cateteres e drenos. Caso os olhos estejam abertos deve-se colocar gaze com éter sobre as pálpebras. Tais ações confirmam a idéia da finitude como real e provável.

O corpo é preparado de forma a não impressionar, — para ter aspecto de vivo — sendo assim, não provocando sentimentos fortes, o que poderia prejudicar a boa atuação do profissional e afetar sua conduta diante da morte consumada. Com o avançar da tecnologia o enfermeiro passa a ser preparado apenas para a vida, sendo que o morrer passou a ser deixado à parte da existência.

Logo, percebemos que o cadáver é disposto de forma a ter aspecto natural e confortável, como se estivesse no mais profundo sono.

8.1 TRISTEZA: a tristeza talvez seja oriunda da impotência mediante a algo mais forte e inevitável, diante disso, o profissional assiste o paciente e à cena, imaginando que aquela pessoa, quando morta, não poderá expressar seus desejos, planejar seu futuro; ou seja, viver. Desta forma, o ser humano perde o que é de mais primordial para sua existência a interação com o próximo. Isso conduz a um sentimento de vazio, até chegar à tristeza do enfermeiro: *o impedimento de poder sentir e expressar este sentimento na ocorrência de doenças com a interdição da sua manifestação pública, obriga aos doentes sofrerem às escondidas e aos que assistem a um discreto e sofrido trabalho [...]*.(PITTA, 1994, p.37)

[...] *A convivência diária, às vezes, por tempo prolongado com os pacientes, gera um certo envolvimento, especialmente, nos profissionais de enfermagem que acabam por sentir tristeza e sensação de vazio quando estes morrem* (ESPÍNDOLA; MACEDO, 1994, p.108), pois a preservação e o prolongamento da vida é o objetivo desses profissionais, por conseguinte, sentem-se incapazes ou frustrados quando não obtêm êxito em suas tentativas.

8.2 O APEGO E ENVOLVIMENTO: segundo D'Assumpção (1998, p.95), o apego é, sem qualquer dúvida, uma das maiores fontes de angústia para o homem moderno.

Viver é estar com os outros, se vive com outro: a essência da vida nesta troca onde se encontra a intersubjetividade. O morto parte sozinho, os vivos ficam sozinhos ao perdê-lo, restando saudade e recordação oriunda do apego gerado na convivência. Está explícito a grande causa do sofrimento humano.

Aqui nos deparamos com a idéia de que o ser humano não foi feito para viver sozinho; sendo assim, necessita de carinho, toque e outros fatores incluídos em uma assistência mais humanizada o que conduz o enfermeiro para mais próximo de seu cliente, convivendo e gerando vínculos durante seu tratamento.

Durante o cuidar à pessoa, há uma troca de idéias e afinidades, conseqüentemente, na formação desse elo, criam-se reciprocidades. Estas, mesmo que sejam inconstantes, já são suficientes para que, quando na ausência da pessoa cuidada, gere um vazio e, dependendo do grau de envolvimento, a saudade. Via de regra, há o envolvimento de caráter profissional.

A enfermagem pratica o ato de cuidar como arte e baseia-se em diversas ciências para compor a sua própria. Seu instrumento, além do saber científico, seria o toque. Para Keating citado por Figueiredo (1995, p.07), o toque é considerado por muitos autores como uma terapia que, além de agradável, é necessário, pois somos seres humanos e compartilhamos emoções vivências e experiências que nos fazem (*com*) viver. O contato físico como aperto de mão e até mesmo algo mais próximo, como um abraço, contribui para o bem-estar físico e emocional de qualquer ser humano, principalmente quando enfermo. O envolvimento do profissional é necessário para humanizar o morrer o que, conseqüentemente, levaria a sentimentos como a saudade.

8.3 ACEITAÇÃO: a aceitação surge na mesma proporção que os sentimentos de saudade e esperança. A explicação do surgimento deste sentimento vem da experiência do profissional diante do morrer em seu cotidiano o que leva a morte a ser encarada como algo trivial e comum.

O sentimento de aceitação surge devido à compreensão de que a morte é inevitável. Parte-se do princípio de que apesar de tudo que pode ser escrito ou dito, somente o homem tem consciência de sua morte, já que todos os seres vivos possuem um ciclo vital; ontem nascemos, hoje envelhecemos, amanhã morreremos em ato consumado.

Se observarmos o ciclo vital com o olhar da natureza perceberemos que vivemos, morremos e nos transformamos, pois não há sentido para que o ser vivo seja imortal, a morte é um fenômeno biológico e a matéria retorna ao meio ambiente, mas também um fenômeno social, cujo aspecto filosófico, religioso, ético e cultural devem ser considerados e fundamentais para que o homem consiga aceitar o fenômeno da morte como algo que possa ocorrer em qualquer momento durante o percurso da vida. À medida que nos conscientizamos da nossa condição de mortais, perceberemos, mais e mais, que não temos o direito de desperdiçar o pouco tempo de que dispõe a nossa existência.

A vida continua e o profissional, partindo desse princípio, direciona seu olhar para o valor da vida, das pequenas coisas como o caminhar, ver o mar, respirar, viver intensamente os pequenos momentos, os quais podem conter momentos felizes, podendo ser os últimos de sua vida, pois aceitar conviver bem com a própria morte é viver mais intensamente a vida. Admitir a própria morte, aceitando-a quando e como vier, permite ao homem como tal viver em plenitude e ao profissional de enfermagem uma melhor compreensão dos pacientes terminais proporcionando-lhes os meios necessários para assisti-los da maneira mais adequada e completa possível. E, ainda mais, sem gerar para o próprio profissional as angústias mais comuns nestas condições.

A pessoa aceita a morte de um indivíduo muito vivido e experimentado da vida de forma mais natural, muitas vezes por pensar na idéia deste já ter sofrido bastante. Todavia, o preparo para a morte do indivíduo mais novo remete o pensamento do profissional à idéia de que está faltando mais vivência e mais experiência antes de partir, qualificando, deste modo, as formas de aceitação. Logo, a aceitação é relativa.

9. MECANISMOS DE DEFESA DIANTE DA MORTE

O distanciamento inicia-se com a fragmentação da relação técnico-paciente, há uma despersonalização e negação da importância do indivíduo que culmina com o distanciamento e negação de sentimentos, posteriormente, consuma-se a defesa com tentativas de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas.¹⁸

Para Pitta (1994 p. 66), o distanciamento e negação de sentimentos seria a terceira fase de um mecanismo de defesa utilizado pelos profissionais de saúde; [...] *onde os sentimentos têm de ser controlados, o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas*. Os sentimentos fortes angustiosos tendem a ser evitados, conforme Maranhão (1985, p.42) relata em sua obra “o que é morte” quando expõe sobre o comportamento não verbal de enfermeiras de um hospital de Nova Iorque. Verificou que as profissionais constantemente levavam mais tempo para responder a chamados de pacientes à beira da morte, do que de enfermos em vias de melhorar. Ao mostrar o resultado de suas observações às enfermeiras, elas mostraram-se surpresas e negaram vigorosamente.

Fica claro que lidar com os sentimentos a respeito da morte, por estes profissionais é um sistema delicado e difícil de se conduzir. O que pode até não ser aceito pela consciência do profissional, mas que emerge de sua inconsciência e é evidenciado em seus atos. Para Maranhão (1985, p.41) a dificuldade que os membros das equipes de saúde experimentam no relacionamento com os doentes próximos da morte, deve-se também, em boa parte dos casos, a incapacidade de lidar com seus próprios temores da morte. Sobressaem, então, as defesas.

O fato sobrecarrega toda a equipe, pois até mesmo o *médico não é preparado para trabalhar a dor e a morte. Isso se revela na falta de habilidade com que ele trata essas duas questões que são tão frequentes no seu dia-a-dia. A dor é reduzida a um sintoma, tratada pela negação com analgésicos, sem que seja buscado primeiro seu significado.* (SHAKTI, 1994, p.85)

9.1 O ISOLAMENTO: os profissionais de diversas áreas criam formas de suportar as tensões do cotidiano inerente a seus serviços. Para aprender a conviver com isso, é necessário um acordo coletivo; onde quem está se inserindo acaba, na maioria das vezes, por absorver essa conduta e poucos as contestam. Logo, a morte torna-se um ato trivial e medíocre que impõe o isolamento, e o morrer é ignorado.

Em numerosas profissões, reencontramos assim sistemas defensivos que estão profundamente estruturados pela natureza do risco em questão. Se, em alguns casos, esses sistemas possuem certa analogia, em outros casos são notoriamente diferentes e específicos por profissão. (DEJOURS, 1992, p. 72)

Isola-se o cliente na iminência da morte como se fosse algo sobrenatural, e o cuidador se isola como se fosse contrair alguma doença, ou fosse morrer também. E quando há aproximação do cliente, o comportamento é frio ou o próprio corpo fala diante do moribundo, suas ações falam por si.

O cliente sentir-se-á bem, ao reconhecer que alguém se importa realmente com ele, pois *a relação com o outro envolve sentimentos. Ao cuidar e, portanto, ao se relacionar com o outro* (WALDOW, 1998, p.163). Além disso, segundo Weil e Tompackow (1986) o corpo comunica sentimentos através do olhar da postura e da expressão facial (aceitação, empatia ou rejeição), acalmando, aliviando e confortando. Entende-se então, que se o cuidador não está bem, logo transmitirá esse sentimento para os clientes, e se o profissional não está disposto a utilizar a empatia, o enfermo fragilizado logo absorverá aqueles sentimentos e o clima em sua volta. Conclui-se que o despreparo leva ao isolamento, é melhor isolar-se do que encarar a situação por puro desconhecimento e despreparo.

Para Maranhão (1985, p.43) o que ocorre é uma fuga defensiva, onde as enfermeiras hesitam em entrar no quarto do moribundo e os médicos arranjam qualquer pretexto para sair o mais rápido possível. Comportamento que denota a impotência diante do inevitável, e a técnica é evitar o contato humano, ou seja: isolamento. A morte simboliza fracasso para muitos profissionais de saúde.

Há certo afastamento das pessoas à beira da morte, talvez por não se querer envolvimento e sofrimento com a morte do próximo. No processo de interação com o cliente, existe a necessidade de empatia, compreensão e estabelecimento de confiança, logo, um bom profissional não deixará de se envolver com o cliente, pois sua conduta profissional o conduzirá automaticamente a isso.

Talvez, este processo ocorra por vivermos em uma cultura que contrapõe a emoção à razão como se tratasse de dimensões antagônicas do espaço psíquico, conforme afirma Romesín (1998, p.79). O resultado gerado se finda como se o emocional negasse o racional. Ao mesmo tempo em que, negam-se as emoções, gera-se um sofrimento interno que atinge aos demais sem nenhuma necessidade. “Ser” humano e não renegar a própria natureza é um bom começo.

10. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E O RESGATE DO CUIDADO

Embasado nas palavras de Romesín (1998, p.74) o ser humano é constitutivo. Não existe ser humano fora do social. Não há socialização genuína sem o amor. Se não há amor, os seres humanos se isolam. O amor representa as relações pessoais de justiça, respeito, honestidade e colaboração. A sistematização social que foi construída e mantida por afinidades depende também da linguagem. Utilizamos as palavras e delas pode-se até utilizar como terapia.

Sabe-se que as pessoas idosas são, comumente, as mais assistidas pela enfermagem quando estão em definhamento. Sobre este grupo Townsend (2002, p.636) relata que sabemos que *não é a morte em si que é temida, mas sim o abandono, a dor e a confusão*. O que muitos desejam é alguém para conversar, alguém para mostrar que o sentido da vida dele não acabou apenas porque estão prestes a morrer.

Daniel (1983, p.90) afirma que ao se relacionar com o cliente, o enfermeiro deve saber o estilo de relacionamento que deve ser focalizado no bem-estar do cliente. Deve ter discernimento pessoal que visa o uso da intuição e raciocínio sobre a comunicabilidade, conhecer o limite do envolvimento o qual está ligado à maturidade emocional e a experiências em relações interpessoais.

Mesmo que o relacionamento inclua atividades de cultura geral, passatempos e discussões e não só psicoterapia, deve-se ter em mente que há um crescimento para a pessoa que está sendo ajudada. Paciência, compreensão e saber ouvir — e como ouvir — na hora certa pode ajudar em muito. Muitas vezes, é através de conversa de assuntos gerais que a pessoa ajudada sente mais liberdade em expressar os pensamentos e emoções mais profundas. *Se o enfermeiro é desinteressado e evita conversar sobre a situação, os clientes moribundos podem sentir uma solidão esmagadora.* (POTTER; PERRY, 1999, p.429) Deve-se manter a auto-estima do cliente com prescrições de cuidados que enfatizem a promoção de um sentimento de identidade, dignidade e auto-estima.

A comunicação e o apoio psicológico são importantes. O relacionamento terapêutico envolve alvos, objetivos, responsabilidade mútua, identificação de problemas, envolvimento emocional, uso de técnicas de comunicação, uso de medidas terapêuticas. Até porque, imediatamente antes da morte os cuidados devem continuar sendo prestados, *necessidades físicas básicas como: hidratação, alimentação, eliminação, higiene, posição e conforto*. (TIMBY, 2001, p.798) Fatores, estes, que contribuem para a dignidade do ser humano.

Muito se discute sobre cuidado humanizado, mas não se estuda algo sobre a psicodinâmica do cuidar do cliente terminal. Haveria uma contribuição para condutas mais humanas diante da morte e sofrimento de um cliente terminal. Cuida-se de pessoas todos os dias, mas quando se trata de um doente terminal tudo muda, o distanciamento é visível. A solução seria simples, basta ser humano puro e nada mais e não mecânico, desta forma, estar-se-á dando o primeiro passo no cuidar ao cliente diante da morte.

Contrariamente ao que muitas pessoas pensam, o resgate do cuidado não é rejeição aos aspectos técnicos, tampouco ao aspecto científico. O que se pretende ao revelar o cuidar é enfatizar a característica de que o processo interativo e de fluência da energia criativa, emocional e intuitiva que compõe o lado artístico, além do aspecto moral. (WALDOW, 1998, p.62)

A técnica e a ciência não podem ser esquecidas, complementa-se: a essência de demonstrar as condutas e ações humanas também não.

11. CONCLUSÃO

Para que os enfermeiros possam ajudar os pacientes, nas circunstâncias de iminência de morte, devem meditar sobre o que a morte representa para eles como indivíduos, e para aqueles que os rodeiam. Faz-se por necessário que o profissional seja capaz de reconhecer os sinais da morte iminente, para que possa atuar sem embaraço e consiga assistir integralmente o paciente, pois da mesma forma não haveria luz ou claridade sem a escuridão, não há vida sem morte, são fatores interligados e co-existentes e dependentes.

Em sua formação acadêmica o profissional deve ser mais bem preparado para ser capaz de manter uma relação interpessoal de ajuda a qual é a essência do ato de cuidar, tanto com o paciente terminal, quanto com seus familiares. Ao se experimentar a perda de clientes, pode-se deparar com a angústia, devido à ciência da possibilidade de nossa própria morte, mas isso resgata a condição existencial do ser no mundo o que dá sentido à vida. Refletir sobre a morte nos faz pensar sobre a vida o tempo todo, podendo contribuir para que haja uma reflexão sobre uma melhor preparação nos cursos de enfermagem sobre esta temática durante a formação profissional. A enfermagem por estar presente desde o início da vida até o fim desta, deve possuir subsídios para lidar com os clientes terminais. É certo que, diante da morte, o enfermeiro deve assumir certas posturas para melhor atuar e confortar não só a si mesmo — se for o caso — como também a família de quem morre a qual; por vezes, busca apoio neste profissional, o que reforça ainda mais a necessidade de um aprofundamento nos princípios da tanatologia.

A morte tornou-se inimiga a ser combatida a qualquer preço, porque é isso que se aprendeu a fazer. Precisamos parar de ver a morte como inimiga, e devemos enxergá-la como um processo natural que pode nos surpreender em qualquer situação da vida, em qualquer momento ou circunstância, pois se propõe um cuidado humanizado mas esquece-se do holismo peculiar do ser humano.

A morte e o morrer são temas ignorados em nossa sociedade industrializada caindo no esquecimento o que nos remete à dificuldade de abordar estes temas no ambiente de estudo durante a graduação e exercício profissional tornando-se um tabu. Refletir sobre a morte e o morrer nos faz perceber que é existindo que testemunhamos a morte, e que o existir é um presente que a morte nos dá, pois por sermos mortais é que podemos compreender o verdadeiro dom da vida.

12. BIBLIOGRAFIA

- BARBUS, A.J. The dying person's Bill of rights. American Journal of Nursing Company, v.75, n. 99, 1975.
- BOFF, L. Saber Cuidar: Ética do humano : compaixão pela terra. 8 ed. São Paulo: Vozes, 2002.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.
- COSTA, M.A. F; COSTA, M.F.B. Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas. Rio de Janeiro: Interciência, 2001.
- DANIEL, L.F. Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo: EPU, 1983.
- D'ASSUMPCÃO, E.A. Comportar-se fazendo bioética: para quem se interessa pela ética. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
- DASTUR, F. A morte: ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Disel, 2002.

- DEJOURS, C. A loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 7 ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- GELAIN, I. Deontologia e enfermagem. 3 ed. São Paulo: EPU, 1998.
- HEIDEGGER, M. Ser e tempo. 5 ed. Petrópolis: vozes, 1995.
- JAMES, W. A morte e o morrer. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- KESTEMBERG, C.C.F; SÓRIA, D.A.C; PAULO, E.F.P. Situações de vida e morte – uma questão reflexiva. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.4, n. 45, 259-265p, out/dez.1992.
- LEIS, H.R. A sociedade dos vivos. Sociologias. Porto Alegre, ano 5, n. 9, p. 340-353, jan/jun.2003.
- LEPARGNEUR, H. Alguns problemas acerca da morte. Rev. o mundo da saúde, São Paulo, v. 6, [s/n], 103-108 p. 1978.
- MARANHÃO, J.L.S. O que é morte. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- MARTINS, E. L; ALVES, R. N; GODOY, S.A. F. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.52, n.1, p. 105-117. 1999.
- PENNA, C M. M; NOVA, L. S. V; BARBOSA, S. A Morte e seus Significados: um estudo compreensivo com professores e alunos de enfermagem. Revista de Enfermagem, Belo Horizonte, v.5, n.9 e 10, p. 20-38, 1999.
- PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. 3ed. São Paulo: HUCITEC.1994.
- POTTER, A.P; PERRI, A.G. Lidando com a perda, morte e luto. In _____. Fundamentos de enfermagem: conceitos processo e prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1999. Cap.26, p.419-436.
- RODRIGUES, J. C. Tabu da Morte. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- SANTOS, G.F. O ser no mundo: vida e morte. Rev. Brasileira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 2, n. 5, 21-23p, dez. 1996.
- ROMESÍN, M.H. Da biologia a psicologia. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- RUDIO, F.V. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes, 2001.
- SPINDOLA, T. MACEDO, M.C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Rev. Brasileira de Enfermagem, v. 47, n. 2, p.108-17. 1994.
- TIMBY, B. K. Morte e Morrer. In: _____. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 6 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001. Cap. 38, p.794-800.
- TAVARES, C. A matriz invisível da saúde. In _____. iniciação a visão holística. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 1994.
- TOMASI, N. G. S; YAMAMOTO, R. M. Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais. Curitiba: As Autoras, 1999.
- TOWNSEND, M.C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- WALDOW, V.R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- WEIL, P; TOMPACKOW, R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. Petrópolis: Vozes, 1986.

E-mail: Jorgeluilzlima@click21.com.br

Site: www.professores.uff.br/jorge