

O PROCESSO MORTE/MORRER DE PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES ATUAIS DE CURA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE CASE DEATH / DYING PATIENTS OUT OF THE POSSIBILITY OF CURRENT HEALING: AN INTEGRATIVE REVIEW

EL CASO DE MUERTE / PACIENTES MORIBUNDOS DE LA POSIBILIDAD DE SANIDAD ACTUAL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Sílvio Éder Dias da Silva¹, Poliana Dos Santos Alves², Vander Monteiro da Conceição³, Esleane Vilela Vasconcelos⁴, Ingrid Melo Barata⁵, Jeferson dos Santos Araújo⁶, Jessica Barbosa de Oliveira⁷, Natacha Mariana Farias da Cunha⁸, Felipe Nazareno da Silva Pereira⁹, Rafael Brício de Azevedo¹⁰

RESUMO: Esta pesquisa tem como objeto o processo de morte/morrer de pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais no ambiente domiciliar e suas implicações para o cuidado do outro. No presente estudo, realizou-se uma revisão integrativa, com base no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. Utilizou-se a análise de conteúdo temático da qual emergiu uma unidade: Reflexões sobre o processo de morte/morrer de pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais no atendimento domiciliar, que se desdobrou em: Historiciando o cuidado domiciliar e seus conceitos; A evolução social da morte; O processo de morrer – implicações afetivas, Processo oncológico; Paciente Terminal – “aquele” fora de possibilidades terapêuticas atuais e Cuidados paliativos: A Enfermagem diante do processo de morte e morrer do paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais. Os profissionais de enfermagem são os que mais tempo permanecem junto ao do paciente e também dos familiares, constituindo-se em verdadeiros elos, os principais responsáveis em promover a interação de todos os envolvidos e buscar recursos que possibilitem à pessoa enferma melhor qualidade de vida.

Descritores: Morte. Doente Terminal. Enfermagem.

¹ Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Doutor em Enfermagem pela PEN/UFSC. Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRRJ. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem (GEHCE) e do Grupo de Pesquisa: Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA). E-mail: silvioeder2003@yahoo.com.br/silvioeder@ufpa.br

² Acadêmica de Enfermagem da UFPA.

³ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela EERP/USP

⁴ Enfermeira Especialista em Enfermagem Cirúrgica e Terapia Intensiva. Enfermeira do Banco dos Olhos do Hospital Ophir Loyola de Belém-PA e da Coordenação de Estadual de Atenção Oncológica da Secretária de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA. Membro do Grupo de Pesquisa EPOTENA. E-mail: leanevas@hotmail.com

⁵ Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFPA. Doutora e Mestra em Enfermagem Fundamental pela EERP/USP. Coordenadora Operacional Local do DINTER/UFPA/UFSC/CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa EPOTENA.

⁶ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela EERP/USP.

⁷ Bolsista PIBIC/PARD da Faculdade de Enfermagem da UFPA.

⁸ Bolsista do PIBIC da Faculdade de Enfermagem da UFPA.

⁹ Enfermeiro formado pela Faculdade de Enfermagem da UFPA.

¹⁰ Enfermeiro formado pela Faculdade de Enfermagem da UFPA.

ABSTRACT: This research aims the process of death / dying patients outside of current therapeutic possibilities in the home environment and its implications for the care of another. In this study, we carried out an integrative review, based on the database of the Virtual Library of Health used the thematic content analysis from which emerged a drive: Reflections on the process of death / dying patients out of chances current therapeutic in home care, which unfolded in: Historiciando home care and its concepts; evolution of social death, the dying process - affective implications, process oncology; Patient Terminal - "the one" out of current therapeutic possibilities and hospice : Nursing before the process of death and dying patient beyond cure today. Nursing professionals are the most time remain close to the patient as well as family members, constituting a true links, the primary responsibility to promote the interaction of all involved and seek resources that allow the sick person better quality of life.

Descriptors: Death. Terminally Ill. Nursing.

RESUMEN: Esta investigación tiene como objetivo el proceso de la muerte / muriendo pacientes fuera de las actuales posibilidades terapéuticas en el entorno familiar y sus implicaciones para el cuidado de otra persona. En este estudio, se llevó a cabo una revisión integradora, basada en la base de datos de la Biblioteca Virtual de Salud utilizó el análisis de contenido temático de la que surgió una unidad: Reflexiones sobre el proceso de la muerte / pacientes moribundos sin oportunidades terapéutica actual en la atención domiciliaria, que se desarrolló en: atención Historiciando casa y de sus conceptos, la evolución de muerte social, el proceso de la muerte - las consecuencias afectivas, oncología proceso; Terminal Paciente - "el" fuera de las actuales posibilidades terapéuticas y cuidados paliativos : Enfermería ante el proceso de la muerte y el paciente muere sin remedio hoy. Los profesionales de enfermería son los que más tiempo permanecen cerca de la paciente, así como miembros de la familia, lo que constituye un verdaderos vínculos, la responsabilidad primordial de promover la interacción de todos los involucrados y buscar recursos que permitan a la persona enferma calidad de vida mejor.

Descriptores: la muerte. Terminal Illinois Enfermería.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo **o processo de morte/morrer de pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA) no ambiente domiciliar e suas implicações para o cuidado do outro.** A implicação com esta temática é conhecer esse processo e associá-lo a estas condições, pois se observa que a maior parte dos docentes apresenta dificuldades em abordá-la ou a

abordam superficialmente, tanto em sala de aula como no campo de prática. Isso nos faz refletir sobre a necessidade de entender melhor essa situação, vivenciada frequentemente pelos profissionais da enfermagem, promovendo, também, uma maior discussão entre os mesmos, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo do serviço prestado aos pacientes em fase terminal.

São vários os conceitos ou concepções de morte, mas se compararmos o referencial bibliográfico evidencia-se que todos têm algo em comum, tratam da parada das funções vitais e da separação do corpo e da alma. Nos séculos passados, era considerado como diagnóstico de morte a cessação da respiração e da função cardíaca. Na atualidade, o critério comumente utilizado é uma avaliação da função cerebral, pois com os avanços tecnológicos, se tornou possível manter as funções cardíacas e respiratórias por meio de aparelhos como o respirador, enquanto nada pode ser feito para manter as funções cerebrais responsivas⁽¹⁾.

A visão relacionada ao ato de morrer tem se modificado com o decorrer do processo de transformação das sociedades e está diretamente ligada ao estágio de desenvolvimento dessa sociedade, assim como a sua especificidade, valores e ritos⁽²⁾.

Atualmente, apesar do desenvolvimento tecnológico e científico, o homem ainda continua sem desvendar o processo de morte e morrer. Para os profissionais da saúde o impacto da morte dos pacientes representa o insucesso de todos os esforços e investimentos feitos pela equipe durante a sua internação, pois não são formados, desde a academia, para lidar com os fenômenos das doenças terminais e da morte⁽³⁾.

Quando nos deparamos com situações como essa, percebemos que algo foi falho durante a jornada acadêmica, pois mesmo com disciplinas que tratam diretamente sobre isso, como Legislação e Ética, observa-se que algo mais profundo faltou em nossa formação, haja vista que nesses momentos, o sentimento que nos envolve é de total impotência, medo e insegurança. Isso nos leva a agir com certa indiferença para com o próximo, indo de encontro aos conceitos de humanização acessados na graduação.

A conceituação de paciente terminal não é algo simples de ser determinado devido a todos os aspectos físicos e emocionais que envolvem esse estado, considerando o paciente não ter a expectativa de cura. É um conceito que varia amplamente de lugar a lugar e de época, conforme a sociedade em que o mesmo vive. O paciente encontra-se em fase terminal, quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte parece ser inevitável e previsível. O paciente se torna “irrecuperável” e caminha para a morte sem que se consiga reverter esse quadro⁽⁴⁾.

Hoje, acredita-se que, se porventura se vieses a adoecer em um hospital, recebe-se um atendimento melhor do que em qualquer outro lugar. Embora, em muitos casos, o hospital tradicional

ainda seja o lugar mais adequado para o atendimento, ideia centrada no modelo hospitalocêntrico do paradigma biomédico. Atualmente, devido ao desenvolvimento de novos medicamentos, aparelhos e aos avanços na medicina, é possível que várias doenças sejam tratadas em casa.

Essa novidade se chama desospitalização ou atendimento domiciliar ou *home care*, tendência mundial. O atendimento domiciliar pode ser definido como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnósticos de realidade em que o paciente está inserido, visando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde⁽⁵⁾.

A partir do exposto, elaboramos para esta pesquisa o seguinte **objetivo**: Refletir sobre processo de morte/morrer de pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA) no ambiente domiciliar, assim como suas implicações para o cuidado do outro.

Outro ponto a ser comentado é que em nossa região conta-se com um único polo para o tratamento desta doença, sendo bom ressaltar que o mesmo ainda serve como referência para região Nordeste. Esta realidade, aliada a grande demanda de indivíduos acometidos pelo câncer e a grande burocracia que o cliente sofre até atingir a instituição, favorece o seu diagnóstico já no estágio avançado da patologia, restando a este somente o tratamento paliativo, ou seja, o atendimento domiciliar conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁾.

Entende-se que esta pesquisa é importante, pois poderá contribuir para ampliar a compreensão sobre o processo de morte/morrer de pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais no ambiente domiciliar, favorecendo um melhor entendimento dos fatores que dificultam o seu cotidiano. Outro aspecto que ressaltamos é que será um novo conhecimento a ser adicionado ao grupo de pesquisa Educação, Políticas e Tecnologia em Enfermagem da Amazônia (EPOTENA) da Universidade Federal do Pará, assim como o conhecimento construído do cuidador sobre o câncer servirá como base para reflexão e discussão de graduandos, pós-graduandos e docentes no cuidado prestado, não somente ao cliente, mas também ao cuidador.

BJETIVOS

Descrever o processo de morte/morrer de pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA) no ambiente domiciliar, e analisar suas implicações para o cuidado com o outro.

METODOLOGIA

No presente estudo, realizamos uma pesquisa de revisão integrativa, pois compreendemos a importância da discussão entre autores que abordam o tema em questão. Ela nos fez atentar para um novo olhar no cuidado com pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais. Este olhar

diferenciado, revelou um profissional de enfermagem com características cada vez mais humanas. Diante disso, partiu-se para a coleta de artigos que nos fizessem compreender melhor o papel dos enfermeiros no cuidado prestado a esses pacientes.

Destaca-se que todo estudo realizado com documentos ou fontes secundárias e abrangem toda bibliografia tornada pública em relação ao tema em estudo desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografia, teses, material cartográfico e outros, além de meios de comunicações orais, como rádio, gravações em fita magnética e audiovisual como filmes, televisão e internet, é colocar o pesquisador em contato direto com tudo que já foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, sendo não somente uma mera repetição do que foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame do tema sob novo enfoque ou abordagem, podendo chegar a conclusões inovadoras, pela organização de material, segundo as tendências ou versões com que determinado assunto é abordado⁽⁷⁾.

Utiliza-se materiais disponíveis na biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA), na biblioteca do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e nas bibliotecas virtuais da Universidade de Campinas (UNICAMP) e Universidade do Estado de São Paulo (USP). Foram consultadas as bases de dados das bibliotecas virtuais Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde (LILACS) e da Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para seleção dos artigos, utiliza-se os seguintes critérios:

Artigos que tratam do processo de morte e morrer, relacionados aos pacientes FPTA que recebem atendimento em seu domicílio;

Procedência e idioma: artigos nacionais e internacionais publicados em português;

Tipo de publicação: periódicos, livros e trabalhos acadêmicos;

Período de busca: 1975 a 2007.

As palavras-chave utilizadas foram morte *and* morrer *and* paciente FPTA e *and* atendimento domiciliar. A partir daí, selecionamos 62 estudos que atenderam os critérios de inclusão.

A análise de conteúdo dos artigos permitiu a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, assim como reflexões sobre a realização de futuras pesquisas. Para tal, torna-se necessário seguir padrões de rigor e clareza na revisão, de forma que o leitor possa identificar as características reais dos estudos revisados⁽⁸⁾.

A análise de conteúdo seguiu suas três etapas: a pré-análise, que é representada pela seleção e organização das informações coletadas, posteriormente se realizou a consolidação do *corpus* e, a seguir, passou-se à exploração do material e o tratamento dos dados⁽⁹⁾.

REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE MORTE/MORRER DE PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS ATUAIS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Historiciando o Cuidado Domiciliar e seus Conceitos

A prática do cuidado domiciliar, teve início séculos antes de sua formalização, em meados do século XIX. Ela remonta aos tempos bíblicos em que a assistência domiciliar tratava-se de um novo modelo, praticado de maneira informal desde o Velho Testamento, exercido sob a forma de prestar caridade, como nas recomendações dada aos hebreus para cuidar de doentes e puérperas em suas residências⁽¹⁰⁾. Nesse contexto as práticas de assistência domiciliar eram movidas, principalmente, por sentimentos de caridade aos pobres e aos enfermos. Porém, outra modalidade encontrada era a assistência domiciliar prestada pelos médicos em caráter individual, mediante o pagamento direto pelo usuário⁽¹¹⁾.

Para associar esses modelos, nos Estados Unidos, as iniciativas organizacionais foram originadas de empresas privadas com ou sem fins lucrativos, onde o Estado, com maior ou menor intensidade, atuava como financiador buscando garantir maior cobertura de saúde aos americanos que não tinham condições de pagar pela assistência médica. Hoje, devido ao aumento da complexidade de um sistema de intermediação, este mesmo Estado financia agenciadores que, por várias formas, contratam diretamente instituições - inclusive as de assistência domiciliar - e profissionais de saúde⁽¹²⁾.

Essas empresas passaram a atuar tanto nos cuidados a doentes de famílias abastadas, como nas comunidades pobres. As famílias ricas pagavam taxas que, somadas às doações, compunham um fundo para financiar os serviços prestados pelas empresas às famílias mais carentes⁽¹²⁾.

No ano de 1947, no hospital Guido Montefiore, profissionais da medicina instituíram um modelo inovador de serviço, idealizando uma extensão do atendimento para o domicílio dos usuários, nascendo o que ficou conhecido como a primeira unidade de hospitalização no ambiente do lar do mundo, sendo o primeiro registro de assistência domiciliar no processo de alta hospitalar precoce. Suas motivações iniciais foram descongestionar o atendimento hospitalar e proporcionar aos usuários e familiares uma atmosfera psicologicamente favorável⁽¹²⁾.

O atendimento domiciliar é o que se tem de mais novo nos serviços de saúde no mundo. Isto se deve ao fato de que a assistência à saúde, isto é, a ênfase do cuidado, volta-se aos pacientes crônicos e não mais aos cuidados agudos, além de propiciar um maior conforto ao cliente em seu domicílio. O atendimento domiciliar surge então, para responder a algumas demandas citadas pelos autores, tais como: individualização da assistência prestada, o cliente/família pode opinar na tomada de decisões relacionadas ao cuidado da saúde, diminuição dos custos, entre outras⁽¹⁰⁾.

O atendimento domiciliar pode ser definido como a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional⁽¹¹⁾. Quanto à assistência domiciliária, esta compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional, no local de residência do cliente e engloba visitas programadas em que determinados procedimentos, geralmente de maior complexidade, são realizados pelos elementos da equipe.

O serviço de assistência domiciliar abrange o cuidado à saúde, e é proporcionado a indivíduos e famílias nas suas residências, com a finalidade de promover, manter, ou restabelecer a saúde, além de minimizar os efeitos de enfermidades e inaptidões. Serviços apropriados às necessidades do paciente ou a família são planejados, coordenados e colocados disponíveis por uma empresa ou instituição organizada para a promoção da assistência à saúde, empregando pessoal especializado, subcontratados ou uma combinação destes⁽¹²⁾.

Portanto, a partir das citações acima, pode-se constatar que o atendimento domiciliar é um conjunto de serviços ou atividades assistenciais, exercidos por uma equipe interdisciplinar, prestados no domicílio do indivíduo, envolvendo procedimentos básicos ou complexos de acordo com as necessidades do paciente.

A Evolução Social da Morte

O nascimento, assim como a morte, faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano se caracteriza também, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que ele imprime às coisas. Por isso, o significado da morte varia necessariamente no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas.

Os ritos de morte eram comunitários até o século XIII, uma vez que a Igreja Católica intervinha apenas para absolver o moribundo ou o morto dos seus pecados, a morte passou a ser “clericalizada”. Os ritos que tendiam a exprimir a violência da dor passaram a representar o controle de si, com a família e os amigos silenciados no seu drama. Após o último suspiro, o morto não pertence mais aos seus pares ou companheiros, nem à família, mas à Igreja⁽¹³⁾.

Explicita-se que, ao se analisar historicamente a representação da morte, percebe-se que houve uma importante alteração na trajetória da mesma, que, de familiar e conhecida, passou a ser completamente negada e relegada. Na Idade Média a morte era aceita como um acontecimento natural que, normalmente, acontecia em casa e na companhia dos familiares.

A atitude diante da morte, desde a Idade Média até a metade do século XIX, mudou de forma bastante lenta, quando comparada à revolução brutal das ideias e sentimentos. A morte, tão presente e familiar no passado, vai se dissipando, tornando-se vergonhosa e, por isso, objeto de interdição.

Assim, uma nova imagem da morte vai sendo construída, uma morte feia e oculta e oculta por ser feia e suja⁽¹⁴⁾.

A ciência assimilou muito bem o conceito de vida, mas não conseguiu explicar o de morte. Ela é interpretada somente como uma contraposição à vida, como a ausência da vida, em suma, como o não-ser. Mas a morte é um fato que tem o seu significado positivo, é um aspecto particular do ser e não só do não-ser; é um certo algo e não o completo nada⁽¹⁵⁾.

A visão relacionada ao ato de morrer tem se modificado com o decorrer do processo de transformação das sociedades, e está diretamente ligada ao estágio de desenvolvimento dessa sociedade, assim como a sua especificidade, valores e ritos. Cabe destacar que, em relação à morte, cada sociedade tem seus próprios comportamentos, hábitos, crenças e atitudes, que oferecem aos indivíduos uma orientação de como devem se comportar e o que devem ou não fazer, refletindo a cultura própria de cada região e também a diferenciando de outras⁽¹⁶⁾.

Para o homem ocidental moderno, a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, é escondida e negada. A modernidade trouxe uma mudança fundamental na maneira como o ser humano passou a ser compreendido. Em seu processo, emerge o ser humano individualizado que permitiu ao indivíduo pensar e sentir em si mesmo, como um ser autônomo.

O Processo de Morrer – Implicações Afetivas

Quando os pacientes gravemente enfermos, que se encontram diante do processo de morte/morrer, estão cientes da gravidade de seu estado, nem sempre o relatam aos familiares. A razão disto é que sempre será doloroso falar desta realidade, uma vez que o paciente capta e aceita com prazer qualquer mensagem, explícita ou implícita, tentando não tomar ciência da realidade que vive, pois a mesma condiz com a terminalidade de seu existir⁽¹⁷⁾.

A morte em si não é um problema para o paciente, mas sim, o medo de morrer, que nasce do sentimento de desesperança, de desamparo e do isolamento que o acompanha. Por isso, o profissional que está em contato com o paciente considerado terminal, precisa estar em paz com a vida e com a morte, sabendo que a morte é parte da vida e que por isso precisa ser cuidada.

Elizabeth Kübler-Ross foi a pioneira em descrever as atitudes e reações emocionais suscitadas pela aproximação da morte em pacientes terminais, reações humanas que não dependem de um aprendizado só cultural. Seus trabalhos descrevem a identificação dos cinco estágios que um paciente pode vivenciar durante sua terminalidade que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação⁽²⁾.

A negação é a tomada de consciência do fato de sua doença fatal. As pessoas devem compreender essa reação, que mostra a falta de preparação emocional para enfrentar esse momento.

Não devem forçá-los a aceitar, mas dar-lhes tempo e deixar que falem de sua angústia. A raiva surge à medida que a negação vai se atenuando, ela é normalmente dirigida ao médico, ao enfermeiro, aos visitantes, aos familiares, a Deus, entre outros. Na barganha constata-se o desejo do paciente em realizar acordos por um pouco mais de tempo, fazendo pactos consigo mesmo e/ou com Deus, fazem promessas materiais e alguns negociam com a própria morte⁽¹⁸⁾.

A depressão surge ao final do tempo da barganha, no qual o paciente passa a apresentar uma fase depressiva. Ele já não prevê mais possibilidades, a vida acabou. Entra num período de silêncio interior, fechado. Neste período é importante que os familiares sejam estimulados a manifestar seus sentimentos. Por último está a aceitação, que ocorre quando o paciente se mostra capaz de entender sua situação com todas as suas consequências. Nesta situação geralmente está cansado, mas em paz. Volta-se para dentro de si, revelando a necessidade de reviver suas experiências passadas como forma de resumir o valor de sua vida e procura o seu sentido mais profundo. A aceitação não exclui a esperança, mas, nesse momento, a pessoa já não tem mais medo ou angústia.

Não há uma ordem para a ocorrência dessas manifestações, tão pouco uma cronologia, sendo que o paciente pode vivenciar mais de uma destas fases, concomitantemente, num mesmo período ou até mesmo não vivenciar algumas delas. Estas fases são como mecanismos de defesa para enfrentar o processo desconhecido do morrer, em que os conflitos de ordem emocional, material, psicológica, familiar, social, espiritual, entre outros, surgem de forma acentuada, afetando diretamente o relacionamento com a equipe de saúde⁽¹⁹⁾.

Processo Oncológico, Paciente Terminal – “Aquele” Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais e Cuidados Paliativos.

Quando aborda-se temas sobre terminalidade da vida e processo oncológico, surgem várias opiniões, pois vive-se em um ambiente social e cultural de pluralidade, do qual pessoas não compartilham de mesmas ideias sobre a vida e o processo da morte, por isso esta questão gera conflitos e dificuldades, no que se refere à terminalidade da vida.

Com o desenvolvimento tecnológico e o avanço da saúde, principalmente nas áreas cirúrgicas, terapêuticas, de anestesia e de reanimação, têm-se tornado cada vez mais raros os casos de morte natural. Atualmente, existe um número maior de pessoas morrendo de doenças crônicas ou progressivas como o câncer, aumentando o percentual de doentes em estado terminal nos hospitais ou em seus domicílios⁽²⁰⁾.

É evidente que as neoplasias são doenças de incidência maior na população de idosos. A porcentagem de pessoas idosas chega a quase 10% da população brasileira e a estimativa da incidência de casos de câncer é que, aos 85 anos de idade, chegue a 2.500 casos por 100.000 pessoas, mostrando que se desenvolve muito mais em pessoas idosas⁽²¹⁾.

O câncer é uma das doenças mais temidas no mundo inteiro. Grande parte desse medo é causada pela ausência de tratamento efetivo para a maioria dos tumores metastáticos inoperantes. A metástase é a formação de uma nova lesão tumoral a partir da primeira, mas sem continuidade entre as duas. Isso implica que as células neoplásicas se desprendem do tumor primário caminham através do interstício, ganham uma via de disseminação, são levadas para um local distante e lá formam uma nova colônia neoplásica. Em cada um desses passos, as células malignas têm de superar os sistemas de controle do organismo que mantêm as células em seus sítios primitivos⁽²²⁾.

Diante do quadro metastático, geralmente o paciente passa a ser considerado um paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais, pois não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições de cura ou de prolongamento da sobrevivida, necessitando apenas de cuidados que resultem no máximo de conforto e bem estar, preparando-o para uma morte mais digna e humana.

Para os profissionais de saúde que vivem diante da morte e do morrer, estudos mostram que a maioria demonstra insegurança e medo em lidar com o paciente em fase terminal. Portanto, é importante que essas questões sejam compartilhadas por todos, tanto pelo profissional, quanto pela família, a fim de evitar a presença de uma dor prolongada tanto para si como para o paciente e família⁽²³⁾.

Conceitua-se paciente terminal como o portador de uma doença em estágio avançado, que evolui inexoravelmente para o óbito, independente dos esforços empregados, que causa grande sofrimento e que não apresenta possibilidades terapêuticas que possam melhorar a sua qualidade de vida, por mais curta que seja⁽²⁴⁾.

Os cuidados prestados a estes doentes deixam de ser curativos e passam a ser paliativos. Segundo a World Health Organization, cuidados paliativos são os cuidados totais e ativos, direcionados à família e ao paciente, cuja patologia não mais responde à terapêutica curativa, com a finalidade de conseguir o maior bem estar possível para o doente e sua família⁽²⁵⁾.

Quando um paciente se encontra fora de possibilidades terapêuticas atuais, o objetivo principal do cuidado não é mais preservar a vida, mas torná-la o mais confortável e digna possível. O que pode ser um tratamento adequado para um paciente em fase aguda, pode ser inadequado para um paciente em fase terminal⁽²⁶⁾.

Hoje, a morte é institucionalizada, separada da vida pública e afastada do cotidiano. A maioria das pessoas morre nos hospitais, afastadas de seus entes queridos. É necessário encorajar os profissionais de saúde a valorizarem a cultura da vida e a importância de gestos como o toque, o estar junto, o diálogo, o apoio emocional e espiritual⁽²⁷⁾.

Neste contexto, faz-se importante a inclusão e adoção dos cuidados paliativos na prática assistencial às pessoas fora de possibilidades terapêuticas atuais, considerando que se devem amenizar os sentimentos, como os de angústia, medo e ansiedade, além de promover o alívio do processo de dor que o paciente possa estar vivenciando. O conceito que melhor explica este seguimento se dá pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que definiu os cuidados paliativos como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, por meio da preservação e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação correta e do tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual⁽²⁸⁾.

A Enfermagem diante do Processo de Morte e Morrer do Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais.

Os profissionais de saúde são formados para lidar tecnicamente com os fenômenos da doença e da morte. Ou seja, o profissional é formado para curar a doença, combater a morte e não para lidar com a pessoa doente ou a pessoa que está morrendo. O diagnóstico de que não existe mais a possibilidade de cura acarreta uma série de problemas que ultrapassa os de ordem física, à medida em que se associa a morte à dor e ao sofrimento. A extensão e a duração desses problemas podem ser fortemente influenciadas pelas estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa em seu lidar com a doença. O indivíduo depara-se, simultaneamente, com um estresse fisiológico, experimentado por ele diante de um quadro clínico que se deteriora progressivamente, causando um desconforto físico e contínuo, após um período longo de tratamentos, muitas vezes agressivos e mutiladores⁽²⁹⁾.

Oferecer suporte emocional para quem está necessitando, deixando de lado crenças religiosas e preconceitos sobre a morte e passar a ver o paciente terminal como pessoa e sujeito de sua própria vontade, com direito a uma morte digna, é o que preconiza a assistência a ser prestada pela enfermagem humanizada. Além disso, esta enfermagem deixa um pouco de lado a visão do modelo curativo, baseando-se fortemente na assistência preventiva que incentiva o paciente a exercer o seu autocuidado por meio de estratégias educativas feitas pelos enfermeiros⁽³⁰⁾.

O cuidar é ver o ser humano na sua totalidade, respeitando suas características e, se possível, planejar junto as ações terapêuticas, tanto no nível preventivo quanto no curativo. Durante muito tempo o cuidar foi visto sempre associado à execução de algum procedimento de enfermagem, dando ênfase apenas a uma técnica bem realizada, sempre atrelada à prescrição médica e ligada a alguma enfermidade. Mas, com o passar do tempo, a prática da técnica deixou de ser primordial e passou-se a dar importância, também às intervenções de ordem social e psicológica. A partir daí, é dado ênfase ao conceito de autocuidado e de humanização no ato de cuidar, visando o bem-estar de quem precisa desse cuidado⁽³¹⁾.

No âmbito da saúde, há um crescente desenvolvimento de estudos, pesquisas e instrumentos que auxiliam o profissional a promover o aperfeiçoamento de suas habilidades, assim como a capacitação no atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. Esta produção científica torna-se uma ferramenta valorosa para a prática assistencial, beneficiando tanto os profissionais, quanto os pacientes e seus familiares. O enfermeiro que agrega os conhecimentos técnico-científicos de cuidado a esse tipo de paciente na sua prática, possibilita a viabilização da ortotanásia (o morrer bem e tranquilo) e evita a eutanásia e a distanásia, que se tornam uma agressão à dignidade humana⁽³²⁾.

Para complementar a ideia inicial no que diz respeito à vivência do enfermeiro com o processo de morrer, faz-se o seguinte questionamento: Aonde os profissionais de enfermagem encontram forças para conseguir superar diariamente o seu trabalho penoso? Este é um dos questionamentos que esta pesquisa nos leva a refletir, uma vez que lidar com a agonia, a dor, e o sofrimento dos pacientes, não é uma tarefa fácil. Diante disso, para responder esta questão: A gratidão em cuidar do outro é a essência da nossa profissão. E percebe-se com esta frase o quão é importante e humana a profissão na qual se estão inseridos, fazendo jus ao rótulo que algumas pessoas atribuem à enfermagem, que diz: A enfermagem é a arte do cuidar do próximo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando resolve-se falar sobre morte, processo de morrer e pacientes FPTA, pensávamos, simplesmente, que se iria enriquecer os conhecimentos sobre este tema. Nada mais que isso, entretanto, ao se aprofundar neste estudo, percebe-se que há muito mais do que nos ensinam na academia e o quanto é dura à realidade vivida pelos enfermeiros que lidam com o processo da morte constantemente em seu dia a dia, conforme explicitado nas pesquisas consultadas.

O tempo em que vivemos é caracterizado por uma cultura que não problematiza a morte, atitude que faz com que tenhamos dificuldade em lidar com ela, tanto no que diz respeito aos profissionais que trabalham ligados à morte, como também às pessoas em geral. Cabe a nós mudar esta realidade, vivendo a vida da melhor maneira possível, dialogando sobre a morte com as pessoas e buscando tratá-la como algo inevitável, no qual todos passarão um dia.

Passa-se por um período de grandes descobertas pela ciência, mas o homem ainda continua sem desvendar o processo de morte e morrer. A morte ainda é um grande mistério que o amedronta, é vista como tabu, algo que pode proporcionar um sentimento de fracasso profissional, por isso, observa-se no cotidiano, na vida profissional, a dificuldade em expressar seus sentimentos,

geralmente negativos, diante desse delicado assunto, tornando necessário a estruturação de grupos de discussões entre os profissionais que convivem diretamente com a morte.

No que diz respeito ao paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais, sugeriu-se que os rituais referentes ao final da vida sejam repassados pelos profissionais de enfermagem a estes pacientes e também aos seus entes queridos, tendo em vista a importância de estarem cientes de tudo que possa acontecer, para que fiquem preparados para suportar, emocionalmente, o processo da morte e do morrer.

Os profissionais de enfermagem são os que mais tempo permanecem junto do paciente e também dos familiares, constituindo-se em verdadeiros elos, os principais responsáveis em promover a interação de todos os envolvidos e buscar por recursos que possibilitem à pessoa enferma melhor qualidade de vida. Com esta postura e habilidade no ato de cuidar, o enfermeiro tem inúmeras possibilidades de se aproximar dos mais profundos sofrimentos humanos, o que envolve a proximidade da morte e até mesmo o combate às fases que envolvem o processo de morte/morrer de um paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais, necessitando, portanto, de uma maior disponibilidade e envolvimento pessoal e profissional para o exercício desta atividade.

Um aspecto importante desta pesquisa é informar à comunidade acadêmica a respeito da temática abordada, a fim de prepará-los para essas situações, uma vez que o profissional só começa a assimilar esta situação quando começa a vivenciá-la e, além disso, esta só passa a ser vista de maneira natural ao adquirir certa experiência.

Deseja-se também, por meio desta pesquisa, proporcionar às pessoas uma mudança na concepção de seus valores, no que diz respeito à morte, fazendo com que elas passem a refletir mais sobre o que é estar vivo e aprender a valorizar esta condição. Viver intensamente a vida, aproveitar o dia (*Carpe Diem*), é algo fundamental para os seres humanos, pois um dos sentimentos que permeiam na cabeça dos pacientes terminais é de refletir sobre o que eles deixaram para este mundo, questionando se eles aproveitaram suas vidas como deveriam, ou se foram úteis para suas famílias e sociedade.

Espera-se que esta pesquisa tenha repercussão e utilidade para os profissionais e futuros profissionais de enfermagem e para a sociedade como um todo, a fim de esclarecer ou complementar ideias e concepções no campo obscuro do processo de morte e morrer. Tentado também mudar este conceito de que a morte tem que ser encoberta pelas pessoas. Queremos ajudar a quebrar esse padrão de que ela é vista como um tabu, algo que não deve nem ser pronunciado, pois, afinal de contas, já se esta em pleno século XXI, era de modernidade e de racionalidade, diferentemente do século XVIII ou XIX, carregados de misticismos e religiosidade.

REFERÊNCIAS

1. Pessini L. Problemas atuais de bioética. 5ª.ed. São Paulo: Loyola; 2000.
2. Baraldi S. Sobre o significado da morte e do morrer - identificando similaridades e diferenças no Brasil (São Paulo) e Cuba (Havana). São Paulo: Programa de Pós-graduação em Integração da América Latina, 1999.
3. Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. *Estud. psicol. Natal*, 2006 maio-ago.; 11(2).
4. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo. 2001 abr.- jun.; 47(2): 92-6.
5. Carleti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaléo MN. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. “Cuidados Paliativos” oncológicos: controle e sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
7. Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos da metodologia científica*. 3ª.ed. São Paulo: Atlas, 1991.
8. Fernandes LM. Úlcera de Pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. [Dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000. Mestrado em Enfermagem.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
10. Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.
11. Dieckmann J. Home Health Administration: An Overview. In: Harris M. *Handbook of Home Care Administration*. USA: Aspen Publication; 1997. 3-13.
12. Mendes W. *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; UnATI, 2001.
13. Àries, P. *O homem perante a morte*. Portugal: Biblioteca Universitária, 1979.
14. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto. 2005 jan.- fev.; 13(1).
15. Vigotski LS. *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
16. Gutierrez BAO. *O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva*. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. Doutorado em Enfermagem.
17. Borges ADVS et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicol. estud.*, Maringá. 2006 maio-ago.; 11(2).
18. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 8ª.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
19. _____. *Morte: o estágio final da evolução*. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 1989.
20. Barbosa SMM, Vallente MT, Okay Y. *Medicina Paliativa: a redefinição da experiência humana no processo de adoecer*. *Revista da Sociedade Brasileira para o estudo da dor*, São Paulo. 2001 abr.- maio- jun.; 3(2): 61-68.

21. Audísio et al. O Câncer nos Idosos. In: Pollock RE et al. Manual de Oncologia Clínica da UICC. 8^a.ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.
22. Glenn L, Robins HI. A História Natural e a Biologia do Câncer. In: Pollock RE et al. Manual de Oncologia Clínica da UICC. 8^a.ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. 919p.
23. Fernandes MFP, Freitas GF. Modos de Olhar o Processo do Morrer: cuidando do paciente fora de possibilidades terapêuticas. Rev. Paul Enf., São Paulo. , 2005. 24(3): 37-41.
24. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Rev. Bioética. Brasília, 1993; 1(2): 38-129.
25. World Health Organization. Definition of Palliative Care. [Internet]. [Acesso em: 15 jun. 2007]. Disponível em: <http://www.who.int/dsa/justpub/cpl/htm>.
26. Marcelino SMR. Cuidando do paciente com câncer avançado em casa – acompanhamento por telefone. [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
27. Girond JBR, Waterkemper R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. Cogitare Enfermagem, Florianópolis. 2006 set.-dez.; 11(3): 63-258.
28. Susaki TT, Silva MJP, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. Acta paul. enferm. São Paulo. ; 2006 abr.-jun. 19(2): 144-9.
29. Carvalho MVB, Merigui MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005 nov.- dez.; 13(6): 9-951.
30. Bernieri J, Hirdes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. Texto contexto-enferm., Florianópolis. 2007 jan.- mar. 16(1).
31. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3^a. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.
32. Rodrigues IG. Cuidados paliativos: análise de conceito. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004. Doutorado em Enfermagem.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-12-14

Last received: 2013-02-24

Accepted: 2013-03-20

Publishing: 2013-05-29

Corresponding Address

Sílvio Eder Dias da Silva Av. 25 de setembro, 1965 -

Ed. Monterrey - Ato. 901 Bairro do Marco - CEP:

66093-005 - Belém-Pa. E-mail:

silvioeder2003@yahoo.com.br