

## **Aspecto psicológico do paciente terminal e a trajetória da doença**

## **Terminal patient psychological aspect and the trajectory of the disease**

---

*Amanda de Oliveira Silveira*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.78.41

## RESUMO

Este trabalho refere-se à relação do paciente terminal com a inexorável realidade da morte, abordando a possibilidade de ação dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, de desencadear o processo do bem morrer, numa atitude tipicamente humanizante e educativa, atingindo o paciente e sua família. O trabalho enfatiza que durante os cinco estágios da dor da morte, a possibilidade de sucesso na condução do processo do bem morrer começa no primeiro estágio e isso amenizará os estágios progressivos de tensão e desespero, no objetivo de se buscar o mais cedo possível o quinto estágio, o da aceitação, em que o paciente terminal já pode efetivamente descansar e se preparar para o fim. O trabalho objetiva descrever os aspectos psicológicos do paciente terminal e a relação da equipe de enfermagem e da família frente à morte, bem como conhecer as fases do processo de morrer que o paciente terminal atravessa. Explica também a importância do preparo da equipe de enfermagem para enfrentar os aspectos psicológicos do paciente terminal.

**Palavras-chave:** paciente terminal. morte. enfermeiro.

## ABSTRACT

This paper refers to the ratio of terminal patients with the inexorable reality of death. He discusses the possibility of action of health professionals, especially nurses, to trigger the process of dying well, a Typically humanizing and educational attitude, affecting not only the patient but also their family. The study emphasizes that during the five stages of pain death, the possibility of success in driving the the process of dying well, starts the first stage and it eases the tension and progressive stages of despair, in order to seek the earliest possible fifth stage, that of acceptance, in which terminally ill patients can now rest and prepare effectively acceptance, in which terminally ill patients can now rest and prepare effectively to the end. This paper aims to describe the psychological aspects of patient terminal the relationship of the nursing staff and family face death and how to know the stages of dying that the patient terminal crossing. Explaining the importance of preparation of the nursing staff to meet the psychological aspects of terminal patients.

**Keywords:** terminal patient. death. nurse.

## INTRODUÇÃO

A vida é um dom de Deus e só a ele compete por-lhe termo<sup>1</sup>. Esse pensamento é constante em quase todas as religiões da Terra e retrata o sentimento do ser humano em relação ao valor da vida e à presença angustiante da morte. Mas, se a morte é inevitável para todos os seres vivos, como então pode-se conviver tranquilamente com a idéia da sua inexorável chegada, especialmente quando se está diante de uma patologia incurável, que levará o paciente ao temeroso estágio terminal?

Essas perguntas serão respondidas ao longo deste estudo, dentro das possibilidades de existência de respostas satisfatórias, mediante as leituras que foram feitas para elaborar este artigo.

<sup>1</sup> "Termos" aqui, neste contexto, significa "por fim".

Sabe-se que um paciente terminal é um ser especial tanto para sua família como para os profissionais de saúde, que além do dever de amenizar o terrível espectro da morte, devem humanizar todas as nuances de sua ação profissional diante desse paciente.

A humanização a que se refere este trabalho reside em que os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, trabalhe à luz do bom senso e da prática de cuidar, da dignidade, do respeito do doente, em condições de poder expressar qual é o seu desejo no fim da vida, decisão que deve ser tomada no momento de sua consciência íntegra. Portanto, faz-se necessário no momento da internação uma anamnese minuciosa, uma relação enfermeiro-paciente-empática, ou seja, um relacionamento interpessoal integrado, voltado nas suas várias dimensões biopsico-social e espiritual, prevalecendo sempre a verdade frente à doença, diagnóstico e prognóstico, complicação, os tipos de métodos terapêuticos, dos riscos e benefícios do tratamento e da sobrevivência.

De qualquer forma, discutir sobre o paciente terminal é discutir sobre a morte, um tema polêmico e sem concordância em seus vários aspectos. Mas apesar disso, espera-se que este estudo contribua para ampliar o conhecimento do profissional de enfermagem sobre os aspectos psicológicos tanto do paciente em fase terminal quanto da família e do próprio profissional que prestará os cuidados paliativos.

É evidente que os profissionais de saúde farão todos os esforços possíveis para reverter o quadro de terminalismo de uma doença, mas também devem saber quando parar, por perceber o esgotamento da ciência e, assim, deixar a natureza humana agir, sem permitir que se prolongue a agonia e o sofrimento do enfermo.

Nesse sentido, a equipe que cuida do paciente terminal deve entender que o mais difícil não é morrer, mas sim sofrer sozinho num ambiente desconhecido, solitário, cheio de tubos e aparelhagens, exames complexos, repetidas punções venosas, infinitas coletas de sangue, e diversos métodos diagnósticos terapêuticos, porque é necessário definir o diagnóstico. Acredita-se então que por bom senso a equipe deve reconhecer a hora de parar com a ciência e entrar definitivamente com a humanização.

Este estudo tem sua ênfase centrada na abordagem e descrição das diversas fases que compõem uma patologia incurável (de forma genérica sem se deter especificamente em nenhuma dessas patologias), caracterizando um Paciente Terminal; os aspectos psicológicos e a trajetória da doença, conceituando a morte, descrevendo os estágios enfrentados pelo paciente, e a dificuldade que a equipe de enfermagem encontra ao lidar com o comportamento psíquico frente ao paciente e a família.

Acredita-se na importância deste estudo tanto no âmbito do profissional de saúde como no âmbito puramente acadêmico, pois as unidades de saúde em que efetivamente atuam médicos, enfermeiros, técnicos, etc., passam, não raramente, pela experiência de ter contato direto com pacientes em estado terminal e muitas vezes a equipe fica sem norte diante de situações inusitadas que ocorrem e um estudo a mais pode apontar um caminho de ações que venham a amenizar situações inesperadas.

## PACIENTE TERMINAL

A terminalidade caracteriza-se como o momento em que se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a morte próxima parece inevitável, irreversível e previsível. O paciente se torna irrecuperável e caminha para a morte, sem que se consiga reverter esse quadro. (GUITIÉRREZ, 2007).

A terminalidade de uma doença é considerada como fora de possibilidades terapêuticas, de cura quando as intervenções capazes de reverter o quadro se esgotaram e sua vida é mantida muitas vezes graças à tecnologia empregada na assistência. (SANTANA; *et al.*, 2009, p. 79).

Kovács (1992), interpreta a morte como fim do processo de desenvolvimento coloca o conceito de paciente terminal passível de questionamento. Outra situação é em relação ao tema da temporalidade, pois considerar que uma pessoa idosa ou um paciente com doença grave está mais próximo da morte é bastante contraditório, visto que muitas vezes pessoas saudáveis ou mais jovens chegam à morte mais rapidamente do que aqueles que já estão “marcados para morrer”.

Para Susaki; Silva; Polissari (2006), os pacientes com doenças potencialmente fatais, cujo prognóstico culmina para a falência orgânica desse para o qual não há mais possibilidades terapêuticas, são considerados como “terminal”.

Caracteriza-se como paciente terminal o determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o cliente não é mais salvável, ou seja, está em processo de morte inevitável. Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura e reversibilidade de uma função orgânica atingida [...] Refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas, neste caso, tornam-se fúteis ou pressupõe sofrimento”. (FIGUEIREDO, 2005, p. 490).

De maneira geral, é chamado de paciente terminal aquele que esta em fase terminal de uma doença, seja ele jovem ou idoso, quando o esperado passa a ser o óbito, independente da conduta terapêutica utilizada, ou seja, o paciente não tem expectativa de cura.

Rotular o paciente como terminal leva à falsa impressão de que nenhuma conduta terapêutica seria efetiva. No entanto, o paciente em fase terminal está vivo e tem necessidades especiais tanto físicas como psíquicas que podem ser atendidas e proporcionarão conforto durante essa vivência. (SUSAKI; SILVA; POLISSARI, 2006).

Na espécie humana, a dor psíquica diante da morte pode ser considerada fisiológica, mas sua duração, intensidade e evolução vão depender, muito provavelmente, de como a pessoa experimentou as situações encontradas ao longo da vida. No momento da morte, o paciente é estimulado por profundas reflexões sobre a própria vida: se lhe foi satisfatória sua trajetória de vida, se houve algum desenvolvimento emocional, se pode criar vínculos afetivos fortes e permanentes, se pode servir a seu próximo.

O quadro do paciente terminal traz mudanças no comportamento, nas reações e na forma de expressar seus sentimentos. Essas mudanças configuram-se como fases distintas e variáveis entre pessoas. Ao saber que é portador de doença incurável, o indivíduo é tomado por revolta e tende a negar a doença; a seguir, promete mudanças e faz barganhas. Com a evolução da doença, sente-se incapaz, deprimido e por fim aceita o fato consumado diante das evidências diárias. (SANTANA; *et al.*, 2009).

Pereira; Dias (2007), descreve as atitudes e reações emocionais desenvolvidas pela aproximação da morte em pacientes terminais, com reações humanas que são desencadeadas devido ao processo de assimilação do paciente à sua condição. Segundo a autora, são cinco estágios que o paciente pode vivenciar durante a evolução da doença para a terminalidade: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, descritas a seguir:

## Negação

A negação ocorre quando a notícia é dada, logo após a constatação do diagnóstico, ou seja, nos primeiros estágios da doença e caracteriza-se como defesa temporária ou, em alguns casos, pode sustentar-se até o fim, sendo na maior parte das vezes, acompanhada da frase: “não pode ser comigo”. Esse comportamento pode ser seguido por choque ou torpor. A negação ajuda a aliviar o impacto da notícia, servindo como uma defesa necessária ao equilíbrio emocional do paciente. (BOSCO, 2008).

A negação inicial pode, em muitos casos, auxiliar alguns pacientes a se preparar para considerar a possibilidade da própria morte, deixando de lado esta realidade, por algum tempo, para terem força e motivação para lutarem pela vida. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009, p. 162).

Por outro lado, esse sistema de defesa frente ao confronto com a irreversível fatalidade pode ser ruim para o prognóstico do paciente nos casos em que o afastam da busca de auxílio profissional para tratar a doença. Nesses casos, esta reação pode ameaçar, colaborando, muitas vezes, com o agravamento de sua condição física, por falta dos cuidados terapêuticos necessários. O tempo de duração do estágio de negação dependerá de diversos fatores, incluindo: estrutura de personalidade, apoio familiar, apoio social, cultura, idade, forma de comunicação do diagnóstico, entre outros. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

O estágio de negação caracteriza-se como uma justificativa temporária, em que o discurso pronunciado é “isso não está acontecendo comigo” ou “não pode ser verdade”; considera-se uma sensação comum em situações em que a morte se pronuncia.

## Raiva

O segundo estágio é o da raiva, fase que ocorre devido à impossibilidade do ego manter a negação e o isolamento. Nesse momento, o paciente já assimilou seu diagnóstico e prognóstico, mas se revolta por ter sido escolhido e tenta arranjar um culpado por sua condenação. Geralmente, mostra-se muito queixoso e exigente, procurando ter certeza de não estar sendo esquecido, reclamando atenção. (MORENO, 2001).

Nessa etapa, deve-se tentar compreender o momento emocional do paciente, dando espaço para que ele expresse seus sentimentos, não tomando as explosões de humor como agressões pessoais. Dessa maneira, os relacionamentos se tornam problemáticos e todo o ambiente é hostilizado pela revolta de quem sabe que vai morrer, Essas manifestações decorrem da dor psíquica do enfrentamento da morte sendo expressa por atitudes agressivas e de revolta, sendo comum surgir períodos de descrença espiritual. (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Nesse momento, pode ser muito difícil o contato com o paciente, tornando as visitas penosas, despertando sentimentos na equipe, nos cuidadores e familiares. (VIDAL, 2007).

É muito difícil, do ponto de vista da família e da equipe de saúde, lidar com este tipo de reação. Deve-se isso ao fato dela se propagar em todas as direções, e projetar-se no ambiente, muitas vezes sem razão compreensível. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009, p. 164).

Muitos são os casos, por exemplo, de um sentimento de raiva exteriorizado pelo paciente e sentido pela família ou profissionais que o cercam, como uma raiva de caráter pessoal, enquanto que esse sentimento é causado pela situação ímpar à qual o doente está sendo submetido naquele momento de vida. Não é isso que ele gostaria para sua vida, naquele instante, seus planos eram outros e foram bruscamente interrompidos diante de um diagnóstico de uma enfermidade com prognóstico reservado.

Dentro do contexto esperado da passagem por todas as fases emocionais até o inevitável fim, considera-se que o paciente passar pelo estágio da raiva facilita a sua expressão que pode estar intimamente relacionada com sentimentos de impotência e falta de controle da própria vida. (KOVÁCS, 1992).

## Barganha

A barganha, que define o terceiro estágio, caracteriza-se como a possibilidade de realizar “um acordo” para adiar o desfecho iminente. (KOVACS, 1992).

A barganha, outro dos estágios comuns nos pacientes sem perspectiva de cura, se traduz pela tentativa do paciente fazer algum tipo de acordo interno, com o propósito de adiar o desfecho inevitável. “Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma.” (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009, p. 87)

As barganhas são realizadas por meio de súplicas em que o paciente tenta trocar com Deus a sua saúde por “oferta”, como, por exemplo, promessas em troca da vida. Esse mecanismo, psicologicamente, pode estar ligado ao aspecto de culpa, relacionada com o surgimento da doença. (GUITIÉRREZ, 2007, p. 85).

Para Mendes, Lustosa e Andrade (2009), a barganha é uma tentativa de adiamento; estabelecendo uma meta autoimposta, incluindo uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido. Percebe-se que a maioria das barganhas é feita com Deus e mantida geralmente em segredo, e, em troca, almeja-se um pouco mais de tempo de vida.

Vidal (2007), ressalta que quando se percebe que tais negociações não produzem também resultados, passa para outra fase, a depressão. Contudo, são comuns também atitudes de barganha para com a equipe de saúde, quando o paciente passa a comportar-se de maneira dócil, muitas vezes presenteando os integrantes da equipe, idealizando os cuidados e os “poderes” da equipe, em uma esperança desesperada de cura.

## Depressão

A depressão, após a negação e a raiva, pode incidir um sentimento de perda do corpo, das finanças, da família, do emprego, da capacidade de realizar certas atividades e de lazer. Cabe diferenciar um momento de depressão, ainda ligado a uma reação contra a doença. Esse estágio é a elaboração de um luto de perdas que já foram vividas. (KOVÁCS, 1992).

Nesse momento, o paciente tem consciência de sua condição física, quando as perspectivas da morte são claramente sentidas. A depressão pode ser percebida pelo isolamento do paciente. As dificuldades do tratamento e hospitalização por período prolongado aumentam a tristeza que, aliada a outros sentimentos, levam à depressão, com quadro clínico típico: desânimo, desinteresse, apatia, tristeza e choro. (SUSAKI; SILVA; POLISSARI, 2006).

Nessa altura do processo, percebe-se um grande desinteresse em receber visitas ou acompanhar fatos. Há necessidade de isolamento e silêncio que levam a pessoa para uma interiorização. Nesses casos, facilitar a expressão dos sentimentos e não se contrapor a eles é o procedimento mais adequado. (BOSCO, 2008).

Para Mendes, Lustosa; Andrade (2009), a permissão de exteriorização do pesar facilita o processo doloroso de aceitação da situação em que se encontra, e, talvez, possa ficar agradecido aos que se propuserem a estar com ele neste estado de tristeza profunda. Superada esta fase, vem a quinta e última, a aceitação.

## Aceitação

O quinto estágio é a aceitação quando o paciente passa a aceitar sua situação e seu destino. A aceitação é atingida por aqueles pacientes que passaram por todas as fases descritas anteriormente. Nesse momento, alcançará uma fase em que não mais sentirá depressão, nem raiva quanto ao seu “doloroso destino”. Já terá externado seus sentimentos, sua inveja pelos vivos e sadios, e sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar a morte. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

Na aceitação, o paciente entende sua situação e revive seus momentos de maior importância, tentando dar um sentido para sua estrutura familiar, vivendo assim certa expectativa, porém sente-se tranquilo e tende a ficar em silêncio, pois a luta contra a morte cessou. (BOSCO, 2008).

Vidal (2007), destaca que essas características não se configuram como sinônimo de passividade, pelo contrário, é uma atitude ativa, tomada pelo doente que passou a ter uma compreensão de sua vida e que sabe ter chegado o seu momento.

É o período em que a família pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, à medida que o paciente se encontra sereno e em paz e o processo de “afastamento” já se iniciou.

Mudar planos previamente estabelecidos, metas de vida, sonhos acalentados por anos não é tarefa fácil, nem para o paciente que os vive, nem para a família. Ninguém tem por meta de vida morrer de uma doença fatal ou cuidar de um enfermo gravemente acometido por uma doença que o leve, ainda mais se o vínculo com o doente é marcado por um sentimento de intenso amor ou afinidade. São situações que requerem uma disposição de adaptação, de mudança. (FIGUEIREDO, 2006).

É muito importante que os profissionais façam a distinção clara de dois momentos e identifiquem quando se trata de uma desistência precoce de lutar contra a doença e a morte, porque ainda há vida, diferente de um paciente que realizou a sua trajetória, tendo chegado ao fim com paz. (KOVÁCS, 1992).

Todas as fases descritas funcionam como mecanismos de defesa do organismo humano

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 comportamento do indivíduo. (SUSAKI; SILVA; POLISSARI, 2006).

São estágios que se sucedem, porém, não necessariamente ocorrem em uma ordem temporal, e alguns indivíduos não passam por todas as fases, podendo, até mesmo, retornar para qualquer fase mais de uma vez, ou seguem para cada etapa de maneira uniforme. Trata-se de um processo individual e íntimo, em que está envolvida a manifestação de sentimentos que dependem de uma série de fatores, tais como: religiosidade, cultura e estrutura familiar, por exemplo. (BOSCO, 2008).

É fundamental que o indivíduo possa contar com o apoio de pessoas queridas e ter pelo menos algumas dessas pessoas para dividir suas dúvidas, medos, culpas e conflitos e também para expressar e dividir o amor, a saudade, a alegria, e os desejos que ainda lhe restam. (SILVA, 2007).

Todos os estágios vivenciados pelo paciente terminal demonstram a defesa do organismo humano frente a um acontecimento inevitável e previsível. Nesse sentido, esse momento pode caracterizar-se não apenas como um processo doloroso e difícil, mas como uma oportunidade para realização de um retrospecto e reflexão sobre todos os momentos e situações vividas, tornando a morte um processo de despedida da vida.

## FAMÍLIA X PACIENTE TERMINAL

A significação que a morte tem para cada um dos familiares e a forma como cada família trata desse assunto, antes, durante e depois da doença, são determinantes da forma de enfrentamento da mesma. Esses fatores também são indicadores de como irá se desenvolver o processo e a elaboração do luto por esses indivíduos. (PEREIRA; DIAS, 2007).

O grupo familiar é um todo organizado, e, dessa forma, quando um componente adoecer, existe a possibilidade de outros também adoecerem. Portanto, há uma desestruturação do desenho familiar, e os papéis de cada indivíduo dessa família terão que se reorganizar. (KOVÁCS, 1992).

Os familiares merecem cuidado especial, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto ao receber a notícia que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Em muitas circunstâncias, isso faz com que suas necessidades psicológicas excedam as do paciente e, dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009, p. 166).

Tratando-se de pacientes terminais, Santana (*et al.*, 2009) afirma que o familiar procura uma relação de confiança e zelo com o profissional de saúde, tanto por meio de procedimentos técnicos quanto por meio de uma atenção diferenciada.

Os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação, e que muitas vezes persiste após a morte de seu ente querido. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009, p. 165).



Esse é um momento difícil, o familiar precisa sentir-se acolhido e seguro para poder apoiar o paciente terminal. Contudo, o cuidador, muitas vezes, parece sentir-se só, uma vez que ele frequentemente assume o cuidado integral do paciente. Dessa forma, o profissional de saúde, especialmente o psicólogo, pode auxiliar, oferecendo uma escuta especializada, que lhe possibilite compartilhar dúvidas e sentimentos. (PEREIRA; DIAS, 2007).

Observa-se que a família se vê fragilizada, assim como o paciente, sem condições de dar conta sozinha dos cuidados do ente querido enfermo, valorizando o trabalho do profissional da saúde. O familiar busca em sua relação com os profissionais de saúde, apoio e confiança, tanto por meio de procedimentos técnicos como de uma atenção diferenciada, prestada pela equipe.

Durante o tratamento do paciente terminal não levar em conta a família do paciente resulta em não poder ajudá-lo eficazmente. No processo da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações contribuem para a própria reação do paciente. (PEREIRA; DIAS, 2007, p. 56)

A família deve deixar o paciente seguir o seu processo, sem que isso signifique abandono ou isolamento. Quando o final demora acontecer, tem-se que aprender a reinvestir na vida, cuidar de si, pensar e aceitar a morte, se não o familiar também morre ao cuidar do paciente. (KOVÁCS, 1992, p. 197).

No entanto, o paciente também pode ajudar seus familiares de várias formas. Uma delas é possibilitar aos membros da família participar naturalmente de seus pensamentos e sentimentos, incentivando-os a proceder da mesma forma. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

De fato, a família experimenta, desde o momento do diagnóstico, diferentes estágios de adaptação à realidade do paciente terminal, semelhantes aos estágios enfrentados por este nesse processo. (KOVÁCS, 1992).

A princípio, pode ser que neguem o fato de que haja aquela doença na família e ficam aparentemente em um estado de estabilidade, pois se deseja evitar o contato com essa realidade. Podem procurar diferentes médicos na inútil esperança de erro no diagnóstico. Podem procurar ajuda e tentar certificar-se, junto à medicina alternativa, de que não é verdade. É comum a programação de viagem a clínicas famosas e médicos de renome, encarando aos poucos a realidade que pode mudar drasticamente o curso de suas vidas. (KUBLER-ROSS, 1996).

No momento em que o paciente atravessa um estágio de raiva, os parentes próximos podem apresentar a mesma reação emocional, podendo dirigir sua fúria contra o pessoal do hospital e a equipe que presta assistência ao paciente, não importando a eficácia dos cuidados. (SANTANA; *et al.*, 2009).

Ainda é comum perceber mágoa, irritação, abandono, acusações mútuas, distanciamento, numa forma de evitar o contato com a possibilidade da morte e as frustrações geradas por essa realidade de adoecimento, tanto por parte do paciente com relação aos familiares, como destes com relação a ele. (PEREIRA; DIAS, 2007).

Por outro lado, no momento da barganha, o paciente pode tentar negociar com a família e levá-la a também manifestar formas de sedução para obtenção de satisfação, como se fosse possível adiar o sofrimento causado pela morte iminente (PEREIRA; DIAS, 2007).

A depressão é outra fase que mobiliza os familiares, pois desperta a sensação de im-

potência. Contudo, Pereira; Dias, (2007), ressalta que as reações depressivas, tanto do ente quanto dos familiares, são necessárias para ocorrer adaptação ao processo de luto de ambas as partes. Por fim, o estágio de aceitação também pode ocorrer nos familiares ao aceitarem os limites e as possibilidades de lidarem com o paciente, minimizando a tensão existente em sua relação, dessa forma, a aceitação caracteriza-se como uma racionalização do sofrimento.

Se os membros de uma família podem juntos compartilhar essas emoções, enfrentarão aos poucos a realidade da separação iminente e chegarão juntos a aceitá-la. (KUBLER-ROSS, 1996).

Portanto, percebe-se que a família do paciente tem papel preponderante no desenrolar da doença, pois acompanha o paciente em todas as fases e passa pelas mesmas emoções que seu familiar, desde o choque inicial do diagnóstico passando pelos momentos de negação, raiva, barganha, depressão e, enfim, chegando juntos à aceitação.

Dessa forma, a família pode, com seu comportamento, influenciar muito o doente. Já que os sentimentos são muito parecidos, ambos devem tentar manter sua rotina de vida diante da doença, mas sem ignorá-la, fingindo que não existe. Devem conviver com os limites impostos pela doença, tentando manter a normalidade, para que o trauma do paciente e o impacto da doença sejam menores e o momento da morte aconteça da maneira mais reconfortante possível.

## PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE À MORTE

Como visto anteriormente, a morte é vivenciada de diferentes maneiras pelo indivíduo. Isso ocorre também com o profissional de saúde, que é influenciado pelas crenças culturais, as quais se associam às características pessoais, transformando cada profissional em um ser único, que vivencia e enfrenta esse momento de maneiras ímpares. (COSTA; *et al.*, 2008, p. 157).

A dificuldade em estabelecer um diálogo com o paciente sem perspectivas de cura se inicia na própria comunicação do diagnóstico. No entanto, Quintana (*et al.*, 2006), observa que muitas vezes, sob esse manto de proteção, encobrem-se dificuldades do profissional da saúde, que receia que a comunicação de um diagnóstico desfavorável diminua a admiração que recebe do enfermo e, principalmente, leve-o a se envolver no sofrimento que essas situações inexoravelmente apresentam.

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, portanto é dever do profissional de saúde respeitar todo o ciclo vital do indivíduo. Para isso, não basta afirmar a vida, mas também encarar a morte como um processo natural, procurando o bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até o fim. (SANTANA; *et al.*, 2009, p. 80).

Abrantes; *et al.* (2011) destaca que outro aspecto a ser observado em relação às reações do profissional de saúde frente à morte é o sentimento de frustração que pode ocorrer, já que o profissional pode interpretar o evento como um fracasso de suas competências e habilidades técnico-científicas, pois o que sempre se busca é a melhora do paciente no que diz respeito à saúde e nunca em direção contrária.

Ao acompanhar o paciente hospitalizado, a equipe de saúde se empenha em lutar contra a doença. Assim, atuar junto ao paciente terminal é estar no centro de uma batalha, o que se evidencia a partir da linguagem bélica empregada (QUINTANA; *et al.*, 2006, p. 419).

Os sentimentos mais comuns frente à morte são a impotência, a culpa e a raiva, vivenciadas com muita dor, o que determina que alguns profissionais, ou até mesmo acadêmicos da área da saúde, mantenham-se distantes dos doentes terminais, ou do momento da morte de algum paciente devido aos sentimentos de culpa ou de impotência. (BERNIERI; HIRDES, 2007).

Segundo Mendes; Lustosa; Andrade (2009), o despreparo da equipe de saúde para lidar com situações de terminalidade se manifesta no afastamento que impede o profissional de conhecer o universo do paciente, suas queixas, suas esperanças e desesperanças, em suma, tudo que ele sente e pensa nesse período de sua vida e cujo conhecimento o ajudaria a se aproximar do terminal e prestar uma assistência de qualidade.

Outro fator que pode contribuir para o afastamento da equipe de saúde do paciente terminal é a crença de que o doente nada mais pode fazer do que esperar sua morte. Porém, sabe-se que quando os sintomas físicos e o sofrimento gerado pela doença estão controlados, o paciente consegue dirigir suas preocupações para aspectos psicológicos e pode vivenciar as fases emocionais esperadas nessas situações que conduzem ao enfrentamento da doença e preparação com conforto e tranquilidade para a morte iminente. (QUINTANA; *et al.*, 2006).

Observa-se que se preocupa com o lado emocional é, acima de tudo, agir em prol da melhoria da qualidade de vida do paciente terminal e de sua família, acompanhando e fornecendo suporte à dor e à angústia e resgatar a vida num contexto de morte iminente. Essas questões começam a ser percebidas pelos profissionais como necessidade e realidade na rotina de trabalho.

Na busca por esse atendimento humanizado, importantes avanços sobre a utilização de métodos terapêuticos em pacientes terminais vem sendo realizados e, dentre as áreas que se considera imprescindível para prestar esse tipo de assistência, estão associados aos cuidados paliativos e a realização da ortotanásia. (MENEZES, 2004).

O objetivo da realização dos cuidados paliativos é resgatar a dignidade do paciente respeitando a sua autonomia e priorizando o princípio da não-maleficência como forma de evitar a "obstinação terapêutica". (QUINTANA; *et al.*, 2006, p. 417).

A ortotanásia caracteriza-se como uma atitude presente em equipes multiprofissionais que consideram o direito do paciente morrer dignamente. Essa assistência busca deixar que a morte chegue, em caso de enfermidades incuráveis ou terminais, utilizando-se de cuidados estritamente paliativos, e não mais curativos, objetivando, justamente, a diminuição do sofrimento do enfermo. Com isso, enfermo, familiares e a própria equipe de saúde podem enfrentar a morte como evento natural da vida, sofrendo a dor que lhe é natural, e não se negando a entrar em contato com este fato inexorável ao humano. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

## O papel do enfermeiro

No que diz respeito à atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem, entende-se que esses profissionais assistem o ser humano em todas as fases da vida, inclusive diante da possibilidade da morte de seus pacientes. Porém geralmente, não estão preparados para enfrentar a morte, nem lidar com seus sentimentos, uma vez que a própria lei do exercício profissional tem como princípio básico a promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde. (LIMA, 2006).

Compreende-se que o enfermeiro no processo de morte e morrer, se defronta com obs-

táculos ao lidar com o paciente fora de possibilidades terapêuticas, ficando evidente a dificuldade que pode ocorrer devido às lacunas existentes no conhecimento defasado adquirido na instituição de ensino. (COSTA; *et al.*, 2008, p. 157).

A enfermagem, que está direcionada à preservação da vida, também busca o alívio do sofrimento das pessoas nessas situações, buscando proporcionar conforto ao paciente e consolo aos seus familiares. O papel do enfermeiro é ajudar o paciente em todos os momentos, prestando uma assistência de qualidade, dando apoio emocional, atenção, respeitando seus sentimentos e limitações. O profissional deve estar preparado para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes terminais, como também estar atento para os questionamentos e queixas da família, fortalecendo o vínculo oriundo dessa situação. Portanto, a assistência ao paciente deve ser humanizada, respeitando este ser como um todo.

O enfermeiro além de possuir conhecimento técnico – científico, necessita compreender o paciente com um ser holístico, avaliando não somente a patologia como também seu aspecto psíquico e emocional, garantindo assim, assistência de qualidade. (COSTA; *et al.*, 2008, p. 155).

O enfermeiro, ao presenciar o processo de morte, ele deve dispor de todas suas habilidades pessoais e competência profissional para apoiar também a família, participando do sofrimento sentido pelos membros familiares, com o intuito de amparar, tentando compreender os sentimentos envolvidos. (COSTA; *et al.*, 2008).

Destaca-se, no entanto, que o profissional de enfermagem que está continuamente prestando assistência a pacientes críticos também pode sentir frustração, raiva, culpa, tristeza, desamparo, ansiedade e depressão diante da morte do enfermo; por isso, ele precisa chorar suas perdas. (ABRANTES; *et al.*, 2011).

Baseado em atitudes éticas, o cuidar do paciente terminal exige a presença do enfermeiro com um olhar direcionado e atento, incluindo zelo e cuidados especiais. Na relação paciente e profissional, é essencial saber ouvir, esclarecer e acompanhar decisões de forma ética, favorecendo um tratamento de qualidade. O enfermeiro deve reexaminar sua atuação diante da morte e do morrer para estar disposto e aberto para tratar com tranquilidade e acolhimento a família e o paciente em suas necessidades.

Nesse sentido, cabe destacar que os profissionais de enfermagem evidenciam a valorização da humanização dos cuidados paliativos e a concordância de que pacientes terminais devem permanecer junto à família, recebendo tratamento adequado e conforto diante de suas necessidades básicas. (SANTANA; *et al.*, 2009).

O autor conclui que cuidar de pacientes terminais exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, requer a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana, contribuindo, conseqüentemente, com o processo de humanização dos cuidados paliativos.

Nesse sentido, a enfermagem, ao cuidar de uma pessoa em fim de vida, precisaria conhecer essa pessoa e a sua família, saber das suas necessidades e limitações, e simultaneamente ter consciência das próprias capacidades e limitações enquanto enfermeiros, de modo a direcionar as ações para ajudar o doente nessa etapa de vida-morte e a sua família no processo de adaptação-desadaptação. O ato de cuidar não se resume ao doente, uma vez que consiste essencialmente numa relação de ajuda, na arte de assistir a pessoa e a sua família. Uma situa-

ção que deve ser destacada, segundo Susaki; Silva; Polissari (2006), é a preparação da equipe de enfermagem, uma vez que tem contato mais direto, para se comunicar com pacientes terminais.

As solicitações dos pacientes em estágio final, algumas vezes, são difíceis de compreender, e por isso o enfermeiro deve possuir os conhecimentos e habilidades de comunicação para decodificar informações essenciais. Nesse contexto, as habilidades de comunicação para abordar o processo de morte são um instrumento necessário que viabiliza ao profissional identificar qual das cinco fases do processo de morrer, como indicam os trabalhos de Kubler-Ross, o paciente se encontra, e assim, auxiliar de forma qualitativa e integral na sua assistência. (OLIVEIRA; *et al.*, 2005).

Entender cada fase identificada no paciente é importante para orientar ações e comportamentos no relacionamento enfermeiro-paciente, lembrando que não se pode generalizar o cuidado aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, principalmente em relação à identificação das fases do processo do morrer, que podem assumir um caráter meramente classificatório caso o enfermeiro não assuma os valores e experiências individuais para cada paciente que estiver sob seu cuidado. (SUSAKI; SILVA; POLISSARI, 2006).

Nota-se que a assistência de enfermagem para um paciente terminal se torna muito complexa, uma vez que não se trata apenas de uma patologia, e sim do envolvimento de limitações físicas, e grandes alterações emocionais e psíquicas, que devem ser consideradas para prestar assistência ética e de qualidade neste momento notório do ser humano.

## REFERÊNCIAS

ABRANTES, Maria Jussiany Gonçalves; *et al.* O significado da morte de pacientes para profissionais de enfermagem. Rev enferm UFPE on line. Recife: v. 5, n. 1, 2011. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1181/pdf\\_274](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1181/pdf_274)>. Acesso em: 28 março 2012.

BERNIERI, Jamine; HIRDES, Alice. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2007. v 16, n:1. p. 89-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v.1,6n.1/a11v16n1.pdf>. Acesso em: 28 março 2012.

BRÊTAS, José Roberto da S.; OLIVEIRA, José Rodrigo; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev Esc Enferm USP. 2006; v.40, n. 4. p. 477 - 483. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04pdf> . Acesso em: 15 abril 2012.

BOSCO, Adriana Gonçalves. Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2008.

COSTA, Jacqueline Camilo; *et al.* O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticancológicas: uma revisão bibliográfica. Vita et Sanitas. Trindade. 2008. v. 2, n. 02. p. 150 -161. Disponível em: [http://www.fug.edu.br/revista\\_2/pdf/artigo\\_10.pdf](http://www.fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_10.pdf). Acesso em: 22 abril 2012.

COSTA, Jacqueline Camilo; *et al.* O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticancológicas: uma revisão bibliográfica. Vita et Sanitas. Trindade: v. 2, n. 2, 2008. Disponível em: <[http://www.fug.edu.br/revista\\_2/pdf/artigo\\_10.pdf](http://www.fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_10.pdf)>. Acesso em: 22 abril 2012. FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Yendis. 2005.

- FIGUEIREDO, Marco Túlio Assis. Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia. Setor De Cuidados Paliativos da Disciplina de Clínica Médica da Unifesp. (Ambulatório De Cuidados Paliativos). São Paulo. 2006. 109 p. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/cuidadospaliativosetanatologia.pdf>. Acesso em: 05 abril 2012.
- FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Yendis, 2005.
- GUITIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal?. Rev Ass Med Brasil. 2001. v:47, n: 2. p. 85-109. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a10v47\\_n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a10v47_n2.pdf). Acesso em: 26 abril 2012.
- KOVACS, Maria Júlia. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- KUBLER ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos, e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes. 7ª ed. 1996. 291 p.
- LIMA, Jorge Luiz. Morte e morrer: importância do estudo da morte para profissionais de enfermagem. UFF. Salvador. 2006. p. 01-10. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/morte.pdf>. Acesso em 12 março 2012.
- MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Melo. Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde. Rev. SBPH v. 12, n.1. Rio de Janeiro. 2009. p. 151 – 173. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>. Acesso em 16 abril 2012.
- MENEZES, Rachel Aisengart. A solidão dos moribundo: falando abertamente sobre a morte. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2004. v. 14, n.1. p. 147-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a09.pdf>. Acesso em: 12 março 2012.
- MORENO, Diva Maria. A saúde pública e a psicanálise: a produção do conhecimento no Brasil acerca da morte. Monografia:Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. 2001. 232 p. Disponível em: [portal.saude.sp.gov.br](http://portal.saude.sp.gov.br). Acesso em: 22 março 2012.
- OLIVEIRA, Francisco; *et al.* Paciente terminal e a família. Rev. Enf. USP. 2005. v.32, n.2. p. 56 -75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v32n2/a10v32n2.pdf>. Acesso em: 26 abril 2012.
- PEREIRA, Lillian Lopes; DIAS, Ana Cristina Garcia. O familiar cuidador do paciente terminal:o processo de despedida no contexto hospitalar. PSICO. PUCRS. Porto Alegre. 2007. v. 38, n. 1. p. 55-65. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewfile/1924/1430>. Acesso em: 10 março 2012.
- QUINTANA, Alberto Manuel. *et al.* Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao Paciente terminal. Paidéia. 2006, v.16, n. 35. p. 415-425. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>. Acesso em: 26 março 2012.
- SANTANA, Júlio C. Batista. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. Centro Universitário São Camilo. São Paulo. 2009. v.3, n.1. p. 77-86. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>. Acesso em: 12 abril de 2012.
- SILVA, Ronaldo Côrrea Ferreira da; HORTALE, Virgínia Alonso. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad. Saúde Pública. 2006. Rio de Janeiro, v.22, n.10. p. 2055-2066. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf>. Acesso em: 12 abril 2012.
- SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes; POLISSARI, João Francisco. Identificação das fases

do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006; v. 19, n. 2. p. 144 - 149. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a04v19n2.pdf>. Acesso em: 26 março 2012.

VIDAL, Verônica Lopes Louzada. Atenção e cuidado ao paciente terminal. *Rev. Cient. Cent. Univ. Barra Mansa – UBM. Barra Mansa.* 2007. v. 9, n. 17, p. 89 – 97. Disponível em: <http://www.ubm.br/ubm2007/hotsites/revista/pdf/Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20cuidado%20ao%20paciente%20terminal.pdf>. Acesso em: 12 abril 2012.