

A morte e o morrer: análise e percepção dos acadêmicos de enfermagem*Death and dying: analysis and perception of nursing students*Clariane Ramos Lôbo ¹, Nara Araújo Anghebem ²**Resumo**

A tanatologia, estudo do luto, existe em instituições que oferecem cursos específicos nesta área, tornando o tema mais acessível. Ainda assim existem diversos tabus em relação ao tema que dificultam sua abordagem inclusive no meio acadêmico. Os objetivos do presente estudo foram analisar a percepção e os sentimentos dos acadêmicos de Enfermagem em fase de conclusão de curso sobre o tema morte e morrer, investigar a preparação para enfrentar a situação no mesmo grupo, bem como suas capacidades de oferecer apoio aos familiares nesta fase da vida. Também foi de interesse pesquisar quais seriam as reações iniciais do acadêmico quando se trata da situação que envolve a morte do paciente. O presente estudo traz uma revisão crítica dos objetivos propostos acima, utilizando-se artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases de dados Lilacs e Pubmed por meio dos descritores enfermagem, luto, tanatologia. De acordo com a revisão realizada, fica demonstrado que ainda existe uma dificuldade no entendimento dessa passagem, tanto por parte dos pacientes quanto dos acadêmicos. O tema envolvendo a morte e os impactos que esta provoca, sempre será pauta para o entendimento humano. Ainda se tem muito a estudar sobre o impacto da morte e o morrer no contexto da assistência em saúde. Só assim ofereceremos um melhor preparo aos acadêmicos da saúde sobre o enfrentamento da morte.

Palavras chave: Enfermagem, luto, morte, tanatologia.**Abstract**

Thanatology, the study of mourning, can be found in institutions that offer specific courses in this area, making the subject more accessible. Still, there are many taboos that hinder a scholarly approach to the subject. The aims of this study were to analyze the perceptions and feelings of nursing students nearing completion of their course on the topic of death and dying, to investigate this group's preparation to cope with the situation as well as their ability to provide support to families at this stage of life. It was also of interest to investigate what would be the initial reactions of the students regarding the situation involving the death of the patient. This study provides a

1. Nutricionista. Universidade Paulista- Campus Brasília. Curso de Especialização em Docência do Ensino Superior – Universidade Norte do Paraná

2. Enfermeira pelo Instituto de Ensino Superior de Goiás (IESGO)

E-mail do primeiro autor: clarianenutricionista@hotmail.com

Recebido em 21/01/2014

Aceito, após revisão, em 10/06/2014

critical review of the aims proposed above using scientific articles published in journals indexed in the Lilacs and Pubmed through nursing, bereavement, thanatology descriptors. The review showed that both patients and students have difficulty in understanding this passage. The theme surrounding death and the impacts it causes will always be an issue for human understanding. There is still much to study on the impact of death and dying within the context of health care. Only in this way will health care students be offered a better preparation for coping with death.

Key words: Nursing, grief, death, thanatology.

Introdução

A definição de morte ou do ato de morrer, se caracteriza como um processo de construção social e cultural, bem como biológico. É visto e vivido de inúmeras maneiras, sendo influenciado pela religião, momento cultural e histórico relativos a cada sociedade.¹

A definição comum de morte em termos médicos está relacionada com o término das funções vitais. Depreende-se que a morte é caracterizada na área da saúde como o momento em que o indivíduo perde sua identidade de maneira irreversível.^{1,2} A morte não tem definição que possa ser tomada como exclusiva, deixando o tema sem uma resposta unânime. A situação de óbito hospitalar, ocorrência na qual se dá a materialização do processo de morrer, é, certamente, uma experiência impregnada de significações científicas, mas também sociais, culturais e principalmente subjetivas.³

É possível observar na literatura científica vários métodos de como a morte pode ser definida e explicada, sendo a melhor

definição que a morte é um conjunto de forças que visam o desenvolvimento humano, o paciente deve ser considerado como um ser, logo, é imprescindível atentar para a morte como um processo e não como um fim.¹

Algumas crianças têm contato com perdas, porém somente quando se tornam adolescentes é que realmente entendem o significado da morte. Os adultos aceitam a morte como algo possível de acontecer, porém, estudos apontam que é na idade avançada que a possibilidade de morrer a qualquer momento parece ser mais aceita. Segundo Alves, existem diversas vertentes relacionadas diretamente com o desenvolvimento humano, a cultura que esse adulto está inserido e as situações de perda que acontecem durante toda uma vida.⁴

O que estimula e incentiva o desenvolvimento desse trabalho relacionado à morte, é o fato de perceber que muitos profissionais de saúde praticamente negam a existência da morte durante o desenvolvimento de suas atividades.⁵ O ritmo de vida, o cotidiano cada vez mais estressante,

entre vários outros fatores podem ser apontados como o “desligamento” dessa possível situação, ou seja, a morte. No Brasil os profissionais da saúde estão desprovidos de preparo, uma vez que a sua formação inteira foi voltada para a vida.^{5,6}

A fundamentação e metodologia empregada neste versarão sobre a relevância do entendimento dos acadêmicos de enfermagem que já tiveram contato com o âmbito hospitalar, que lidam todos os dias com a eminência da morte de seus pacientes. Para tal, foram utilizando artigos indexados, resumos de periódicos e capítulos de livros publicados recentemente. Foi feito um levantamento bibliográfico considerando os objetivos pretendidos. Para alcançar o objetivo proposto foi necessário investigar se os acadêmicos de Enfermagem se sentem preparados para enfrentar a situação de morte e o morrer, analisar se o acadêmico enfermeiro tem estrutura para apoiar a família do paciente nesse momento e identificar as principais reações iniciais quando se trata de uma situação que envolve a perda de paciente.

Métodos

Foram utilizados artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases de dados Lilacs e Pubmed por meio dos descritores: “enfermagem”, “morte” e “tanatologia”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram selecionados artigos que

atendiam aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 1986 e 2012; artigos que continham pelo menos um dos descritores selecionados; artigos que relatavam a relação e entendimentos dos estudantes de enfermagem sobre o tema; livros sobre o tema em questão.

Os critérios de exclusão utilizados foram: manuais, monografias, dissertações e teses muito antigas; artigos em outros idiomas que não estavam em português, inglês e espanhol; estudos que não tratavam especificamente do tema.

Desenvolvimento

Aspectos Históricos sobre a morte e o morrer

A morte se tornou, com o passar dos tempos, um dos temas mais abordados na psicologia, que é a ciência que busca lidar com seres humanos e suas vidas. Quando se fala em vida, pensa-se logo no que virá depois dela e a morte pode ser definida como um assunto totalmente relevante dentro do ambiente médico-hospitalar.⁷

A morte durante a época Medieval se despontava como um fenômeno comum, bem rotineiro, que causava uma dor tolerável, visto que não representava uma partida. Já no século XV, com o surgimento do Renascimento, iniciou-se uma sensação de individualidade, analisando e colocando em pauta a salvação e a imortalidade. O medo da

partida, da despedida, do adeus enfim, desenvolveu-se em sociedades que tinham convívio familiar. Nos séculos XVI e XVII, começa a idealização da morte romântica, que representa um elemento insuportável para os sobreviventes que, a partir de então começam a lamentar pelos entes que se vão.⁸

Morrer, cientificamente, é simplesmente deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada progressiva de toda atividade do organismo, podendo ser de uma forma súbita (doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crônico-degenerativas), seguida de uma degeneração dos tecidos.⁹

A morte é um evento biológico que ocorre quando a vida é encerrada. Mesmo com toda a tecnologia pertencente ao nosso mundo atual, nada ainda é capaz de fazer com que os humanos mortos possam voltar à vida.¹⁰ A medicina tradicional define a morte biológica como o momento em que os batimentos cardíacos se extinguem. Mesmo com essa definição acolhida pela medicina, ainda se fez necessário uma revisão do conceito, definindo-a como morte encefálica.¹¹

O processo de morrer ocorre de maneira distinta para cada ser humano, relacionado com suas condições sociais, históricas e culturais. Pode simplesmente

despertar sentimentos de medo, impotência, raiva, porém tudo isso atrelado ao ciclo de perda e separação que a vida impõe. Apesar da presença da dor e do sofrimento no final da vida atingir os profissionais envolvidos e a família, existe uma valorização da equipe médica e de saúde que trabalhou durante todo o processo, sendo necessário um suporte psicológico para todos os envolvidos.¹² O ambiente hospitalar é frequentado por pessoas que buscam ajuda para resgate da saúde, cura de doenças e reabilitação. Contudo, é o ambiente onde a morte ocorre com maior frequência, exigindo que os profissionais envolvidos no processo estejam preparados.⁷

Porém, com o passar do tempo, a nossa sociedade construiu uma fantasia de onipotência sobre a morte, permitindo que a sensação de poder evita-la sempre que possível, ou pelo menos adiada, com o auxílio de diagnósticos e terapias especializadas. As novas tecnologias aumentaram as expectativas tanto dos pacientes quanto dos profissionais da saúde, no momento em que se foi permitido alterar, modificar o corpo e, até mesmo, determinar a hora da morte.¹³

Atualmente, nota-se certa obsessão em adiar a morte, investindo todos os bens financeiros e emocionais nesse processo. A pessoa enferma pode não morrer mais no que poderia ser dito "na sua hora", mas pode vir a óbito no momento em que a equipe de saúde e a família determinam.¹⁴

No Egito Antigo, a morte era vista como uma passagem direta para outro lugar, onde a existência seria parecida à da terra. Então, como se tratava de uma nova existência, havia uma preparação, que era minuciosamente realizada. Tratava-se da mumificação, arte a qual os egípcios atribuíam que traria a permissão de desfrutar da plena e eterna felicidade no além. Para a cultura ocidental moderna, a morte se aliou ao sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Busca vencer a morte a qualquer preço e, quando o objetivo não é atingido, ela é escondida e negada. Entretanto, isto nem sempre aconteceu dessa maneira, sendo que na Idade Média europeia, a morte era vista como um fator de ocorrência natural.¹⁵

Maranhão¹⁶, que estudou e dedicou parte de sua vida aos mistérios da morte, ilustra o momento em que morte e vida interagem no mundo das aldeias e cidades medievais. Havia alguns cemitérios que geralmente ocupavam o centro da cidade, na época em que a Igreja Católica já predominava. Esse mesmo autor ainda referencia nessa sua obra algumas festas que acompanhavam o ritual da despedida, com bebidas e banquetes, delatando que o paganismo ainda resistia. Por vários anos, a morte vem acompanhada de todo uma transição que mobilizava tanto a pessoa que ia morrer (porque neste contexto alguns pacientes poderiam sentir o fim), como

parentes e também amigos. A morte era uma cerimônia pública e organizada, pelo próprio moribundo, que a preside e conhece seu protocolo. Tratava-se de uma cerimônia pública. Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes. Levavam-se as crianças.¹⁷

A partir desse instante, o moribundo podia se despedir e até mesmo deixar o seu testamento e suas expressar as suas últimas vontades: “Após a morte, os familiares cuidavam para cumprir todos os costumes: fechavam as janelas, acendiam as velas, aspergiam água benta pela casa, cobriam os espelhos, paralisavam os relógios. Os sinos dobravam. Com os dedos das mãos entrelaçados e envoltos por um rosário, o corpo ficava exposto sobre uma mesa e, durante dois ou três dias, seus parentes e amigos, com vestimentas de luto, desfilavam diante dele para o último adeus.¹⁶

Atualmente, ainda persiste a celebração do velório. Antes realizado na residência, onde o morto ficava junto dos parentes e entes queridos, os rituais tradicionais mais modernos de hoje incluem as organizações funerárias, que garantem um ambiente neutro e higiênico; pelos cortejos fúnebres rápidos e discretos; pelo autocontrole do indivíduo enlutado, que a sociedade impõe não poder expressar verdadeiramente suas emoções, a fim de que não afete outras pessoas com assuntos tidos

como mórbidos e depressivos.¹⁶

A morte e os cuidados paliativos

Desde o início de 2000, foi crescente o número de publicações envolvendo a morte e desenvolvidas por enfermeiros e demais profissionais de saúde em contato direto com a mesma. Os cuidados com o qual se designa para o paciente morto vêm de encontro aos cuidados paliativos, centrando na figura do conhecimento científico associado à profissão. Encarar a morte e o que o morrer representa, passou desse modo a ser visto com uma forma de se chegar ao fim da vida como algo natural.¹⁸ Quando há o deslocamento do indivíduo enfermo do seu lar para o hospital, via de regra acompanha a sensação de que a sua identidade e presença são violadas e este fato é associado a um momento ruim. Nesse contexto, a morte nas alas hospitalares é muitas vezes negada, mascarada pela tecnologia e vontade de fazer o outro viver. Atualmente, as atenções se voltam para uma nova modalidade de assistência, que direciona o profissional a executar os cuidados paliativos.¹⁹

Os cuidados que mitigam a doença quando o paciente corre risco de morte no modelo atual preconizado pelos cuidados paliativos, pode ser definido como a permissão do paciente doente de escolher o local de sua morte (quando essa for confirmada). Esses mesmos cuidados emergenciais conferem existir a possibilidade

da família e da equipe médica de saúde prever uma preparação da qualidade de vida do paciente, dando a ele autonomia para decidir sobre a sua própria morte, além de oferecer cuidado humanizado. As grandes discussões que envolvem os cuidados paliativos na beira da morte se fazem com o intuito de mudar as relações de poder envolvidas nos cuidados ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. Os cuidados paliativos como forma de sabedoria que busca estabelecer certas práticas e reavaliar outras. Esse novo modo de pensar e encarar dos cuidados paliativos se trata na verdade da libertação do sujeito relacionado à morte silenciada e ocultada, evidenciando uma nova ordem de discurso submetida a outros dispositivos de poder e saber.^{17,19,20}

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002),²¹ os cuidados paliativos têm os seguintes objetivos: promover o alívio da dor e outros sintomas de angústia; afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; não apressar nem postergar a morte; integrar os aspectos espirituais e psicológicos no cuidado do paciente; oferecer um sistema de suporte que ajude o paciente a viver ativamente tanto quanto possível até sua morte; oferecer um sistema de suporte para ajudar no enfrentamento da família durante a doença do paciente e; utilizar uma equipe profissional para identificar as necessidades dos pacientes

e de suas famílias, incluindo a elaboração do luto, quando indicado.

McCoughlan ²² afirma que, para que se consiga o desenvolvimento dos cuidados os quais mitigam a doença, além da oferta de medicamentos e apoio do governo ao tratamento, é de suma importância que se enfatize a educação em cuidados paliativos, educação essa que está intimamente ligada à formação dos profissionais de saúde, familiares, o próprio paciente e os administradores da saúde bem como os responsáveis por políticas públicas.

Apesar de todos os esforços para que se consiga tal padronização nos cuidados paliativos, ainda há de se adotar uma filosofia voltada para a busca da dignidade do doente crônico e terminal.^{22,23}

A Tanatologia

A Tanatologia é descrita como uma ciência que se destina ao estudo da morte e do morrer. Atualmente, a definição e a ação de cuidar de pessoas no processo de morte vem sofrendo modificações, sendo que o grande precursor dessas mudanças e desses novos hábitos tem sido o reconhecimento do luto.²⁴

Essa ciência da vida e da morte é tida como uma ciência interdisciplinar. É uma palavra que deriva do grego, oriunda de duas palavras: *Tanathos*, o deus da morte e *logia*, ciência ou estudo.^{24,25} Quando essa ciência foi imputada, ela demonstrava total cuidado com o doente terminal, aquele hospitalizado. Nos

dias de hoje as suas vértices são voltadas também para a família do doente, com os profissionais da área da saúde e com todos aqueles que estejam relacionados com ele.^{26,27}

O avanço notório da Tanatologia ocorreu após as guerras mundiais, com os estudos de Hermann Feifel que escreveu o clássico “*The meaning of death*”, que sinalizava a importância de se discutir o processo que envolve a morte e o morrer, embora ainda fosse tabu falar abertamente sobre isso nessa época. Em 1987, Parkes ²³ já investigava os sentimentos e manifestações durante o período de luto e como eles ocorriam em diferentes culturas.

O estudo nessa área alavancou rapidamente e como toda ciência existe um abismo entre a teoria e a prática, principalmente quando se trata desse assunto na área da Enfermagem. A parte teórica somente se solidifica quando a prática é executada por meio de análises e experiências, sendo que a tanatologia na enfermagem necessita de mais reflexões e esclarecimentos individuais.²⁸

Aquele luto que se torna mais sofrido e complicado, antigamente denominado de luto patológico, traz muitas vertentes nos dias de hoje. Para Parkes²⁴, é preciso cautela ao classificar o luto, pois quando os mesmos não seguem os naturais estágios classificatórios é que poderá existir a denominação de disfuncional, transformando o tema do luto de

real valor para os profissionais que não estão prontos para enfrentar esse problema.²⁸

Fases do luto

O luto pode ser definido como um conjunto de ações e reações perante uma perda significativa, geralmente pela morte de outro ser. Quanto maior o apego ao objeto perdido maior o sofrimento do luto. O luto tem diferentes formas de expressão em culturas distintas.²⁹

Os antigos acreditavam que o luto era a forma mais indicada de purificar a impureza daqueles que aqui ficavam. Os rituais de morte, alguns deles existentes até hoje, buscavam amenizar a dor da perda e as orações levavam a crer na superação mais rápida da perda vivida. Esses ritos sempre existiram, consistindo na manifestação mais aberta ou mais contida da tristeza.^{17,30}

As fases descritas primeiramente por Weizman & Kamm²⁹ existem para que se diferenciem os diferentes momentos do processo. É possível assim, saber como as pessoas estão sofrendo e acompanhar toda a experiência. As fases são utilizadas como uma forma de determinar e entender a noção do luto e acomodam uma estrutura condizente para o processo. Mesmo que exista uma sequência para que se vivenciem tais fases, algumas pessoas podem vivê-las ao longo do tempo de maneira diferente.³⁰

Chega-se ao consenso de que todo luto é único e variável, sendo necessário

considerar e reconhecer todos os aspectos pertinentes ao momento descrevê-los e caracterizá-los. A definição de fases de um luto e o número delas varia de autor para autor. Weizman e Parkes conceituam cinco fases (Choque, Desconcerto, Raiva, Tristeza e Integração). Silverman³¹ considera apenas três fases: Impacto, Recuo e Acomodação. Já Cavanaugh³² aceita também três fases, porém os nomeia diferente: Fase Inicial, Fase Intermédia e a Fase de Recuperação.

A primeira fase, considerando as autoras Weizman & Kamm (1987);³⁰ “Choque”, tem ligação direta com o começo do processamento do luto. Durante esta fase são vividos e relembrados os sentimentos de choque, descrença, negação, confusão, isolamento e afastamento. Contudo, estudos evidenciam que podem aparecer alguns outros sentimentos, tais como: tristeza, revolta ou culpa.³³

O choque e a negação são vistos nessa primeira fase como uma reação de autoproteção ao impacto da dor. Comumente acontece quando não se espera a morte. O período de choque relacionado com a circunstância da morte.

Fazendo uma comparação dos três autores citados anteriormente por - Weizman & Kamm³⁰, Cavanaugh³² e Silverman³¹, eles parecem concordar nos aspectos referentes à segunda fase do luto. É onde os sentimentos de culpa e impotência invadem a

mente do indivíduo, querendo dar continuidade na relação com a pessoa já falecida. O sentimento de culpa e arrependimento aparece dotado e sobrecarregado da impressão de omissões, falhas e decepções. É o instante em que os enlutados buscam o porquê da perda, sentindo a todo o momento a presença do que se foi e até mesmo conversando com ele. A raiva pode aparecer nesse momento, já que a noção de perda vem à tona, caracterizando as reações de revolta.

Alguns estudiosos, como Cavanaugh e Kübler-ross, propõe que a terceira etapa é caracterizada como o momento da negociação. Nesta fase o enlutado tenta negociar como se a tragédia pudesse deixar de acontecer. Comumente, nessa fase há uma procura mais acentuada pela religião, como promessas e preces. A quarta fase é marcada por períodos de depressão: o doente percebe sua doença como incurável, ou se tratando do ente que perdeu alguém querido, essa fase é marcada pelo vazio, pouco relacionamento com as pessoas e isolamento social. A quinta fase prossegue para uma possível aceitação, onde o doente tenta aceitar sua doença e o enlutado tenta aceitar que aquela pessoa se foi para sempre.³³

Esses são estágios que sucedem, porém não necessariamente nessa ordem ou obrigatoriamente todos. Alguns estudos de Belatto *et.al*, mostram que em alguns casos os

indivíduos acometidos pela situação podem voltar a qualquer fase mais de uma vez. É um processo muito íntimo e individual, onde as vertentes da religiosidade, da cultura, e da família podem dar rumos e designações diferentes a cada um.^{33,34}

A primeira sensação descrita em pesquisas se tratando de doentes terminais foi a negação, comum a maioria dos pacientes, não interferindo o modo com o qual se deparavam com a situação, no início da doença ou até mesmo depois, a fase de negação foi observada praticamente em todos os pacientes. Esses pacientes até aceitam a morte durante certo tempo, mas logo em seguida tendem a deixar de lado e se dedicam a buscar a cura e a vida.³⁵

Durante esse momento, o sentimento de negação funciona como um porto seguro, para que o paciente aceite e entenda a situação, mesmo isso não significando o silêncio do mesmo. Alguns já querem conversar e outros levarão um tempo até que haja um momento próprio que poderá ser percebido através de sinais demonstrados pelo próprio paciente. Acredita-se que lidar com o assunto é falar racionalmente sobre como seria enfrentar a morte. Entretanto, deve depender do desejo do paciente e observa-se que quando o indivíduo se sente saudável, lida melhor com o assunto, e até mesmo a família pode se preparar de uma forma melhor para enfrentar essa situação.²⁵

Essa fase por ser a primeira pode ser a mais duradoura, acontecendo na maioria das vezes uma aceitação parcial. Quando os pacientes não demoram no estágio de negação e enfrentam logo a realidade, em pouco tempo existe uma espécie de recuperação, que acontece lentamente, e faz com que o mesmo fique responsivo e reagente. Em alguns casos, há a negação de alguns membros da equipe do hospital e até por parte de alguns familiares não sabem da real gravidade da situação num primeiro momento. As pesquisas evidenciam que os pacientes que negam para a equipe multiprofissional e para seus familiares, o fazem porque consideram essas pessoas mais vulneráveis a sua perda e não confiam o bastante na equipe hospitalar. É necessário que o apoio da família e dos profissionais envolvidos com o paciente nessa fase seja o maior possível porque o paciente entende e conversa com os que estão mais próximos e interessados em seu caso, podendo determinar em algum ponto se existe um progresso e melhora nessa fase.³⁵

O segundo estágio surge juntamente com o sentimento de raiva quando já não se consegue mais sustentar o primeiro estágio de negação, vindo então vários momentos de raiva e ira, ressentimento e até mesmo inveja de pessoas saudáveis, sempre pensando que essas coisas deveriam acontecer com outras pessoas, que acreditam serem mais merecedoras. A família tem muita dificuldade

em lidar com o paciente nessa etapa, pois o mesmo transmite a sua ira em todas as direções que o cerca e acaba por culpar pessoas sem uma razão plausível. As primeiras pessoas comumente atacadas nessa fase são os enfermeiros, pelo tempo em que permanecem com o paciente, contando com as visitas médicas e de familiares que sempre são um escape da raiva sentida pelo paciente;^{33,34}

A reação dos parentes nesse momento normalmente é de humilhação e culpa, podendo levar até a ausência de visitas por certo tempo, o que acaba por inflar ainda mais os sentimentos de raiva e mágoa. Comumente, nessa etapa não se nota nenhum esforço para a melhoria do estado de saúde, por parte do paciente, passando a esforços em chamar muito a atenção, até mesmo para ter certeza que não está sendo deixando de lado e despercebido em relação ao seu sofrimento. Pode levantar a voz, e até apresentar muita agressividade. O diferencial nesse momento é demonstrar respeito e compreensão. Os familiares devem lidar calmamente com a situação e fazer com que essa pessoa se sinta valorizada como um ser humano, que necessita de cuidados e expressão da sua dor.³

O terceiro estágio é considerado como a troca ou barganha, menos conhecido, porém muito útil ao paciente. Finalmente, é nessa fase em que o paciente começa a demonstrar esperança e fé que sua situação possa ser

revertida. Geralmente, a barganha é feita diretamente com o pedido para receber o que quer de Deus. Essa fase é bastante observada em pacientes terminais, mesmo que seja apenas por um prolongamento de sua vida. A barganha, nada mais é que uma tentativa de adiamento, às vezes na forma de uma promessa; como se a cura ou vida dependesse de bom comportamento. Psicologicamente, as promessas podem estar associadas a uma culpa recôndita, devendo ser consideradas pela equipe de saúde.³¹

Quando o ser humano se encontra em fase terminal já não é possível mais negar sua doença. Com os vários procedimentos, hospitalizações, novos sintomas e sua debilidade progressiva, ele não pode mais esconder sua doença. Então, esse ser começa a sofrer perdas das quais não se recupera mais, tirando assim a sua própria identidade, seu próprio espaço no mundo.³⁶

De acordo com os procedimentos médicos realizados no nosso país, pode haver custos financeiros elevados, levando a família muitas vezes a se desfazer de bens e pertences, desistindo de sonhos e planos, na tentativa de salvar o enfermo. Algumas pessoas quando doentes perdem seus empregos e se afastam do convívio com a família por causa das hospitalizações o que aumenta o sentimento de culpa das mesmas.³³

Esses caminhos que levam à depressão são bastante conhecidos por todos

os profissionais que lidam com pacientes. Porém, o sentimento de aflição e dependência que se apresenta nessa fase terminal, submete o doente a se preparar para quando tiver que deixar este mundo.^{30, 31,33}

O recomendado para lidar com as pessoas que passam por essa depressão é simplesmente tentar animá-las, encorajá-las.³⁷ Quando a depressão é um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, é necessário bastante diálogo, terapias e até intervenções ativas por parte de outros em muitos assuntos, para que o paciente não tenha uma depressão silenciosa. Só os pacientes que conseguem superar suas angústias e ansiedades são capazes de alcançar o estágio de paz e aceitação. Quando a confiança é compartilhada com a família muita angústia pode ser evitada.^{36,37}

O quinto e último estágio descrito por Kübler-Ross, diz respeito à aceitação da doença sem depressões decorrentes ao seu estado de saúde. Supõe-se que a pessoa quando chega nessa fase, já tenha passado pela fase de não aceitação da enfermidade e não mais sentirá raiva quanto ao seu destino. Nas fases anteriores, os sentimentos serão todos levados à tona, dando a sensação de liberdade quanto a se expressar. Poderão ter ocorrido lamentações quando às suas perdas, tanto materiais quanto pessoais, como lembranças de momentos felizes.^{36, 37,38}

Normalmente, no momento em que as

peças enfrentam essa fase, sentem-se cansadas e bastante fracas, dormindo com certa frequência em intervalos curtos diferindo da fase de dormir da depressão. Esse sono prolongado não representa uma fuga como anteriormente, indicando na maioria dos casos o fim da luta, mas com um significado de aceitação.^{24, 30,39}

Parkes⁴⁰ relata vários casos que apresentam versões diferentes desta aceitação onde alguns preferem que o doente aceite a sua partida, enquanto o doente ainda se recusa a enfrentar a verdade. Existem casos em que os profissionais da área de saúde se sentem extremamente envolvidos com a situação do paciente no momento da aceitação, buscando a cura que muitas vezes não existe.

Enfrentamento da Morte Relacionado aos Acadêmicos de Enfermagem

Na prática, a tanatologia estuda os fenômenos relacionados com o pós-morte e as consequências associadas. Para a enfermagem, a tanatologia é um processo associado desde a notícia da morte até o preparo do corpo após o óbito.³⁵ Há grande resistência por parte de alguns profissionais sobre o assunto, uma vez que, durante a sua formação, o enfermeiro recebe todas as informações para que a batalha travada seja a favor da vida.³⁶ Quando o óbito ocorre é bem provável que o profissional não tenha o tempo suficiente para viver esse luto de forma completa, com isso ofertando o conforto e

cuidado para o paciente e sua família: “o profissional de saúde é finito como todo e qualquer outro ser humano, e também passa por profundos dilemas existenciais quanto ao enfrentamento e vivência da morte em seu cotidiano de trabalho. Na maioria das vezes, esse profissional, ainda como acadêmico, não foi estimulado ou preparado a refletir sobre a morte e o morrer. Podendo ser pego de surpresa pelo pesar, pode não oferecer uma assistência de qualidade, não conseguir assistir a pessoa que está morrendo e/ou sua família, em razão da morte se configurar como momento de grande sofrimento e fracasso da ação principal em manter a vida.”⁴⁰⁻⁴²

Essa afirmação citada acima evidencia a necessidade urgente de preparar os acadêmicos ainda em sala de aula ou até mesmo em estágio, com uma preparação especial, que foque na arte do cuidar, da relação humana que não pode ser inventada, mas sim, deve ser vivida.²⁶ Quando se trata da primeira experiência dos estudantes com a morte, a parte mais preocupante é o momento em que além das suas habilidades técnicas, os mesmos devem ter preparo para aliviar o sofrimento de quem irá morrer e do ente que ficou.³⁷

Estudos realizados em uma Universidade Federal em Mato Grosso no ano de 2005, evidenciaram que os graduandos de enfermagem, cada vez mais estão enfrentando

o tempo de tirocínio sem um preparo válido para lidar com a morte e o morrer dos pacientes¹⁴. Com a obtenção dos dados ficou comprovado que esse pequeno grupo se sentia muito despreparado em lidar com esse tema, embora saibamos que a morte faz parte da vida de qualquer ser humano (sendo ele profissional da área de saúde ou não).

Tanatologia abordada na grade curricular

Fortes⁴¹ realizou um estudo de pesquisa exploratória, em uma Instituição particular de Ensino Superior no interior de Goiás, onde um dos tópicos foi a avaliação de como o aluno julga os conhecimentos obtidos durante o curso de graduação em enfermagem sobre o morrer e de como ele encara a morte.

De acordo com o tópico citado acima, em relação ao processo de morte e morrer, os alunos entrevistados afirmaram ainda não terem estudado nada sobre o tema, e uma pequena parte afirmou ter estudado o assunto superficialmente, o que corrobora com outros estudos que indicam a presença do conteúdo no currículo de forma diluída, rápida e superficial.^{41,42}

No ano de 2011, a Universidade Federal de São Paulo desenvolveu uma pesquisa para investigar os principais aspectos relacionados à perspectiva dos acadêmicos em relação à morte e qual ligação existente ao que se ensina em sala de aula, como a religião e espiritualidade influenciam e como se sentem em relação ao preparo que a

Universidade oferecia durante todo o curso de enfermagem. Em relação ao apoio durante a formação universitária, uma pequena porcentagem dos entrevistados diz que a Universidade Federal de São Paulo de acordo com a sua grade curricular, apresentava informações suficientes sobre o tema, porém a grande maioria ainda via a necessidade da maior incorporação do assunto na grade curricular^{41,42}. Os professores também manifestaram suas opiniões quando questionados se os alunos deveriam ser preparados sobre o tema na graduação. Alguns responderam que o tema nunca havia sido abordado na sua graduação e aqueles que mencionaram já haver ocorrido tal abordagem relataram que essa ocorreu entre os segundo e sexto semestres de forma rápida e breve.^{43,44}

Conclusão

Os estudantes quando estão na reta final do curso de Enfermagem, sentem que ainda não estão totalmente preparados para enfrentar a morte todos os dias, lidar com a perda de vidas e atribuem essa sensação de despreparo aos poucos momentos direcionados ao assunto enquanto em sala de aula.

Na revisão que realizamos alguns acadêmicos de enfermagem chegam a sugerir que uma boa solução seria haver uma estrutura maior por parte das faculdades no momento do estudo da tanatologia, com

abordagem mais clara e mais profunda sobre como seria lidar com situações que envolvem sentimentos tão diversos, sem que isso prejudique a funcionalidade desse profissional em momentos difíceis. Assim, seria de extremo vulto se as grades curriculares passassem a ofertar seminários, estudos e vivências ao longo de todo o curso com o intuito de aprimorar o assunto de maneira que não fosse um tema tão mistificado ainda na cabeça desses alunos.

De pronto, em artigos que mais enfatizaram a visão do aluno diante da problemática que envolvia a perda da vida, conclui-se que o acadêmico necessita do apoio de professores capacitados para lidar com o assunto, que ofereçam suporte e condições psicológicas para o acompanhamento dos alunos no campo de estágio, quando realmente a morte sair da teoria e passar a ser presente na prática do futuro enfermeiro. Portanto, ainda há muito que levantar e discutir sobre o referente tema, uma vez que existem as atualizações de grade curricular, com o passar do tempo se requisitam especializações das mais diversas áreas aos professores e mestres em faculdades, a proximidade do preceptor no momento de estágio já é um item indispensável no currículo acadêmico, assim como as melhorias no campo da psicologia tendem a se expandir alcançando todas as áreas da saúde.

Mesmo com o máximo preparo e controle emocional afiado, a grande diferença para enfrentar esse momento pode ser dada de acordo com o nível de atuação, que varia com o tempo de experiência e prática, modos de ver a morte e o morrer atrelados aos pensamentos positivos e esperança na cura.

Referências

1. Burlá C. Palição: Cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Gorzoni ML, Organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
2. Capra F. A máquina do mundo newtoniana. In: Capra F, ed. O ponto de mutação. 28ª ed. São Paulo: Cultrix; 2006.
3. Domingues N. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. Rev Rene 2006; 7(1):52-60.
4. Alves R. A morte como conselheira. In: Alves R, ed. O médico. 4ª ed. Campinas: Papirus; 2003.
5. Silva MJ, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. Acta Paul Enferm 2003;19(2):144-9.
6. Fidelis P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de saúde mental. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.
7. Okamoto MRY. A morte que invade espaços: vivências de profissionais na instituição hospitalar. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia,

- Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2004.
8. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
9. Moreira AC, Lisboa MTL. A Morte - Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. *Rev Enferm* 2006; 14(3):447-54.
10. Lunardi FWD, Wilson D, Sulzbach RC, Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. *Texto & Contexto Enferm* 2001; 10(3):60-81.
11. Horta MP. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. *Rev Bioet* 1999; 7(1).
12. Fratezi FR, Gutierrez BA. O Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(7):3241-8.
13. Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(3):257-62.
14. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev. Latino-Americano, Enfermagem*, 2005; 13(1):99-104.
15. Benevides PA. As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao burnout. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
16. Maranhão JLS. O que é morte. São Paulo: Brasiliense, 1996.
17. Aries P. História da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
18. Elias N. A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
19. Aguiar R, Veloso AKBP, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(2):131-7.
20. Carrara S. In: Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond FIOCRUZ; 2004.
21. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guide-lines. Ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
22. Mccoughlan M. A necessidade dos cuidados paliativos. In L.Pessini & L. Bertachini. Humanização e cuidados paliativos (p. 167-180). São Paulo: Loyola, 2004.
23. Pessini L. A medicina e seus objetivos. In: Pessini L, ed. Distanásia. Até quando prolongar a vida? 1ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2004.
24. Parkes CM. Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus; 2009.
25. Wogrin C. Professional issues and thanatology. In: Balk D. Handbook of thanatology: the essential body of knowledge

for the study of death, dying, and bereavement. Northbrook, IL: Association for Death Education and Counseling; 2007.

26. D'assumpção EA. Tanatologia: Ciência da Vida e da Morte. In: Tanatologia e Bioética. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Tanatologia e Bioética. Belo Horizonte - MG, 2003.

27. Cassorla RMS. Da Morte: Estudos Brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

28. Poles K, Bousso, RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev Latino Am Enfermagem, 2006; 14(2):207-13.

29. Neimeyer RA. (2001) Meaning Reconstruction & The Experience of Loss. American Psychological Association, Washington.

30. Weizman GS, Kamm P. About Mourning. Support & Guidance for the Bereaved. New York: Human Sciences Press, 1987.

31. Silverman RP. Widow to Widow. New York: Springer Publishing Company, 1986.

32. Cavanaugh J. Adult Development and Aging. California: Brooks/ Cole Publishing Company, 1993.

33. Belatto R, Araújo AP, Ferreira HP, Rodrigues PF. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. Acta Paul. Enferm. 2007; 20(3):255-63.

34. Ribeiro EE. Tanatologia vida e finitude. Informações gerais para os módulos Velhice e Morte, Medicina e Morte, Cuidados paliativos e bioéticos. Rio de Janeiro; UNATI, 2008.

35. Bretas JR, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4):477-83.

36. Kübler-ross E. Sobre a morte e o morrer. Editora Martins Fonte, 2000.

37. Bosco AG. Perda e luto na equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2008.

38. Cunha V. A morte do outro: mudança e diversidade nas atitudes face à morte. Sociologia, Problemas e Práticas. 1999; 31:103-28.

39. Schull PD. Enfermagem básica - teoria e prática. São Paulo: Rideel, 2000.

40. Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1):81-2.

41. Medeiros R. O Enfermeiro e a Morte. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=29>>. Acesso em 18 abr 2013.

42. Mercês NA. O Significado da Morte para Acadêmicos de Enfermagem. 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57>

cbe/resumos/ 2024.htm>. Acesso em 18 abr 2013.

43. Ribeiro DB, Fortes RC. A morte e morrer na perspectiva da enfermagem. *Revista*, 2012; 1(1): 32-39.

44. Bernieri J, Hirdes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para

vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto Contexto Enferm*, 2007; 16(1): 89-96.

45. Carvalho FT & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Bol Psicol*. 2007; 57(126):33- 48.