

Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional

Maria do Carmo Vicensi

Resumo

Este artigo trata de análise reflexiva, com preocupações bioéticas, sobre a morte e o processo de morrer na perspectiva do profissional em terapia intensiva, por meio do método de revisão bibliográfica. Busca ressaltar que esse processo, embora faça parte do contexto laboral desses profissionais, desperta sentimentos de impotência, de indiferença e até mesmo de fuga e negação, demonstrando desconforto ou, ainda, certa tentativa de camuflar o verdadeiro sentimento em relação à morte. Procura-se também discorrer sobre a morte concebida como perda, sofrimento, mal-estar, tristeza, medo, ausência e fim de tudo. O estudo evidencia as dificuldades sentidas pelos profissionais, ao admitirem a morte em uma UTI, local onde se luta intensamente pela vida. Constatou-se que essa dificuldade é fruto não apenas da educação contemporânea, mas também da formação desses profissionais, pouco humanizada e distante da conscientização da morte e do processo de morrer como parte da vida.

Palavras-chave: Morte. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. Equipe de assistência ao paciente. Unidades de terapia intensiva.

Resumen

Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos

Este artículo se ocupa del análisis reflexivo de las preocupaciones bioéticas sobre la muerte y el proceso de morir desde el punto de vista profesional en cuidados intensivos, a través del método de revisión bibliográfica. Se busca resaltar que a pesar de que la muerte es parte del contexto laboral de estos profesionales, despierta sentimientos de impotencia, de indiferencia e incluso de evasión y negación, visibilizando incomodidad o algún intento de camuflar el verdadero sentimiento en relación a la muerte. Se busca también discutir sobre la muerte concebida como pérdida, dolor, malestar, tristeza, miedo, ausencia y el final de todo. El estudio evidencia las dificultades sentidas por los profesionales a la hora de verificar la muerte en una UCI, lugar en el cual se lucha intensamente por la vida. Se constató que esta dificultad es el resultado tanto de la educación contemporánea, como de la formación poco humanizada y distante de la concientización de la muerte y del proceso de morir como parte de la vida.

Palabras-clave: Muerte. Cuidados paliativos al final de la vida. Grupo de atención al paciente. Unidades de cuidados intensivos.

Abstract

Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care

This article is a reflexive analysis with bioethical concerns on death and the process of dying in intensive care from a professional perspective, employing the bibliographic review method. It should be emphasized that despite death being part of the working context of these health professionals, it brings about feelings of impotence, indifference and even of flight and denial. The professionals demonstrate uneasiness or even attempt to hide their real feelings about death. Death is thus conceived as loss, suffering, uneasiness, unhappiness, fear, absence and the end of everything. The present study evidences the difficulties experienced by health professionals in accepting the idea of death in an ICU where an intensive struggle for life occurs. Such difficulty is the result of contemporary education and of non-humanized training, removed from an awareness of death and the concept of the death process as part of life.

Keywords: Death. Terminal care, hospice care. Patient care team. Intensive care units.

Mestre mariadocarmovicensi@gmail.com – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

Correspondência

Rua XV de Novembro, 1.038, Centro CEP 80620-000. Campos Novos/SC, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

A morte e o morrer são temas que instigam e afligem a quase totalidade das pessoas, incluindo profissionais de saúde. Ninguém passa incólume ante a perspectiva do fim inevitável, independentemente de quem seja a pessoa em risco de morrer. Quando essa possibilidade advém de doença ou acidente em que o indivíduo permanece horas, dias ou até meses à mercê de medicações e atendimento contínuo, a proximidade ou possibilidade da morte reverbera de forma ainda mais complexa, mesmo entre os profissionais de saúde e aqueles experientes ou devidamente preparados para esses enfrentamentos. É na unidade de terapia intensiva (UTI) que se pode ter percepção mais evidenciada do processo de morrer e suas implicações na relação entre profissional de saúde, paciente e familiares.

Embora a concepção clássica de UTI ainda seja o modelo cartesiano-mecanicista, que criou uma cultura de distanciamento e frieza dos profissionais da saúde em relação a pacientes e familiares, hoje se reconhece que a humanização é o caminho viável e eficiente para o trabalho nessas unidades. Essas novas percepções e práticas na UTI estão diretamente relacionadas à questão da morte e do morrer, e os inevitáveis sentimentos que ela envolve.

Este artigo é uma análise reflexiva, com preocupações bioéticas, sobre a morte e o processo de morrer na perspectiva do profissional em terapia intensiva. Utiliza, para tanto, o método de revisão bibliográfica, que fundamenta a reflexão acerca do tema em estudo.

Morte *versus* naturalidade/normalidade

A morte é tema paradoxal: por um lado, seduz e serve de inspiração a artistas, transparecendo em todas as linguagens artísticas; por outro, provoca medo, fuga e terror. De acordo com a percepção individual, pode significar ausência ou permanência; finitude ou eternidade.

No conjunto de concepções mais comuns sobre o tema está o denominado entendimento natural da morte. Nascimento e morte são processos igualmente naturais. Genericamente, seres vivos são regidos por determinismo biológico, pois nascem, crescem, amadurecem e morrem. Do mesmo modo, no sentido religioso há uma condução natural da morte; nesse caso, com a conotação de passagem, e não de finitude. Mas no sentido religioso a morte e o processo de morrer também são objeto de crenças, filosofias e ritos específicos, que podem

apresentar-se de forma paradoxal, em razão das diferenças entre as diversas concepções e credos.

A morte, assim como o processo de morrer, constitui fenômeno da vida, embora desperte temor no ser humano, justificado por sua dificuldade em lidar com a própria finitude. Pode-se caracterizá-la como acontecimento inerente à vida, porque, de certo modo, a cada momento se está paulatinamente morrendo.

A forma de encarar a morte ou o processo de morrer mudou significativamente. Se por milênios esse processo durava em torno de cinco dias, hoje dura em média cinco anos; era um acontecimento presenciado por familiares, parentes, amigos e até mesmo por estranhos que auxiliavam nos ritos derradeiros. A morte era considerada familiar, elemento inevitável da vida, e assim deveria ser tratada, embora naquele período já existissem rituais destinados a impedir que defuntos perturbassem os vivos¹. O medo, portanto, era dos mortos, e não da morte.

Segundo Ariés², a filosofia e o modo de viver contemporâneo cultivam atitudes que tentam esquecer, ignorar ou mesmo matar a morte, numa tentativa de vencê-la em busca da imortalidade. A urbanização e o desenvolvimento científico e tecnológico promoveram aumento expressivo na expectativa e melhora na qualidade de vida. Essas mudanças, em contrapartida, provocaram o distanciamento da consciência da finitude da vida – ou mais propriamente da morte e do processo de morrer –, por estar diretamente afetada pelo alongamento do período denominado terminalidade de vida, ou seja, o tempo em que é possível manter uma pessoa viva³.

Na contemporaneidade, morrer, especialmente em hospitais e para as equipes de saúde, tornou-se símbolo de fracasso e ineficiência. As ciências da saúde tornaram-se obcecadas pela tarefa de evitar e impedir a morte. E o hospital tornou-se o espaço em que os acontecimentos mais naturais e mais presentes da vida, como dor, sofrimento e morte, passaram a ser tratados como algo a ser combatido a qualquer custo. Mas, como não foi possível evitar a morte, passamos a ignorá-la, isolando-a da vida social e nos afastando emocional, espiritual e psicologicamente tanto da pessoa em fase terminal quanto de seus familiares⁴.

Diante desse interdito social à morte, o processo de morrer passa a ser fator de ansiedade para os profissionais da saúde, dada a sensação de fracasso advinda da não aceitação da morte como

fenômeno natural. Assim, diversas técnicas e procedimentos são utilizados na tentativa de salvar a vida da pessoa doente, mas o que muitas vezes se consegue é apenas prolongar seu sofrimento e dos demais envolvidos⁵.

Há relatos, durante o século XX, em que os doentes mais graves, para os quais a medicina já não contava com alternativa de tratamento curativo, eram submetidos ao total desrespeito, sendo instalados em locais isolados, sem as mínimas condições de bem-estar, como se a morte que se aproximava fosse contagiosa. Essa postura criou uma barreira nas relações entre a equipe de saúde, o doente e seus familiares. O contato era o mínimo necessário, sempre superficial e inexpressivo⁴.

A naturalidade/normalidade da morte foi esquecida, trazendo como consequência um distanciamento da vida nos hospitais. Nesse sentido, salientam-se as diversas possibilidades de seu ocultamento, representadas como mecanismos de defesa: negação, repressão, intelectualização e deslocamento⁴. Mas tais mecanismos acabam acarretando a sensação de que a ciência da saúde é falha e ineficiente. Por conseguinte, a morte passa a ser tratada como doença a ser combatida e curada⁵.

No âmbito da saúde, ciência e tecnologia favorecem o prolongamento da vida, pelo uso de técnicas que permitem as mais diversas possibilidades de tratamento ou mesmo de manutenção da vida de pacientes que outrora não teriam nenhuma possibilidade de vida ou sobrevivida. Contudo, os profissionais de saúde vivem o dilema entre sua responsabilidade e capacidade técnica, entre suas crenças e sentimentos acerca da morte e do outro que passa pelo processo de morrer, além de conviverem com os dilemas do próprio paciente e seus familiares, também envolvidos no complexo conjunto de sentimentos, crenças, científicas, mas sobretudo na real possibilidade da morte.

A morte e o morrer na perspectiva da equipe multidisciplinar da UTI

Por mais que se evite pensar na morte, ela vive no cotidiano de todos os que atuam nas UTI e, em muitos casos, é inevitável fazê-lo, apesar dos recursos disponíveis com o único propósito de superá-la e vencê-la. A UTI é um ambiente especializado, que conta com recursos materiais e humanos para lidar com a morte; mas, ao mesmo tempo, um dos recintos mais agressivos e tensos do hospital, por abrigar pacientes graves ou terminais⁶.

Mesmo sendo o espaço hospitalar destinado à recuperação, a UTI é também o que abriga pessoas em situação tão grave, que a unidade configura-se o último recurso⁵ para tentar impedir a morte. O fim, então, apresenta-se como possibilidade real e, mesmo sob o peso cultural de evadir-se do assunto, não há como fugir de pensar e até mesmo sentir sua presença. Esses sentimentos e impressões não permeiam apenas o paciente, mas afetam igualmente seus familiares e a equipe envolvida em seus cuidados.

A abordagem dessa realidade remete à principal questão originária do problema: afinal, qual é a relação desses profissionais com o processo de morrer e a morte? Seus questionamentos, medos, inseguranças e sentimentos são diversos e profundos. O cerne do difícil processo de lidar com a morte remete também à formação e preparação dos profissionais, ainda pouco eficientes na tarefa de fomentar uma atuação que alie científicidade, técnica e humanização.

A UTI traz um paradoxo importante quanto a seu papel para os profissionais que nela trabalham: uns a concebem como local para se morrer; outros, que não aceitam a morte, iludem-se com os recursos propiciados pela tecnologia e a ciência e acabam perdendo o senso crítico, ao acreditar que podem reverter a situação de muitos doentes terminais, atitude que resulta em sofrimento do paciente, de familiares e de toda a equipe de saúde⁵.

Essa dicotomia de funções na UTI – unidade que atende tanto a pacientes recuperáveis quanto àqueles em estágio terminal, como já vimos⁵ – alimenta nos profissionais o desejo de vencer a morte, mas, em contrapartida, também os leva a se envolver cotidianamente com ela. E, dessa forma, os profissionais de fato são afetados por esse processo, uma vez que, ao expressarem a necessidade racional de não permitir que as experiências laborais interfiram em sua vida pessoal, por se tratar de relações humanas impregnadas de todas as vicissitudes próprias desse tipo de contato, não lhes é possível realizar tamanha clivagem emocional⁷.

Em estudo qualitativo realizado com equipe multidisciplinar da UTI de um hospital público da região oeste do estado de Santa Catarina, foi possível identificar e classificar em quatro grupos as informações coletadas. O primeiro grupo concebe a morte como natural/normal, entende-a como processo igual ao nascimento. O segundo encara a morte de forma dicotômica, caracterizando-a como ordem e como desordem, que produz tristeza, dor, mal-estar e sofrimento. Já o terceiro grupo tem concepções

ligadas a religiosidade, acreditando na morte apenas como passagem para algo além do que podemos visualizar em vida. Finalmente, o quarto grupo mascara a morte e tem, diante dela, atitudes de frieza, onipotência, negação, derrota profissional⁸.

Em outro estudo, realizado com dez enfermeiras de UTI de hospital público de ensino, revelou que, além de não haver uniformidade no cuidado, há também certa indiferença quanto aos aspectos emocional, espiritual e social e supervalorização das ações técnicas. Embora tenha evidenciado a preocupação dos enfermeiros com o sofrimento da família, o estudo indicou que há dificuldade generalizada em compreender a morte como parte do ciclo vital, mostrando também que, tanto no âmbito acadêmico quanto na prática hospitalar, existe defasagem na preparação desses profissionais para a integralidade no cuidado⁹.

Resultados apresentados por estudo com 18 médicos de UTI adulto de um hospital geral indicam que esses intensivistas têm as mesmas dificuldades que os demais profissionais de saúde, seja na aceitação da morte, seja na forma de lidar com pacientes e familiares. Além disso, tendem ao estresse, à ansiedade e às mais variadas confusões emocionais¹⁰.

Da análise desses estudos, pode-se depreender que as mesmas dúvidas, medos ou crenças da população em geral estão presentes na vida dos profissionais de saúde e que esses estados não podem ser anulados por completo quando se está no exercício da profissão; ao contrário, quando se pensa em um trabalho humanizado, esses sentimentos devem ser vivenciados e considerados, sobretudo em situações extremas, como é o caso dos pacientes terminais ou em estado grave. Reconhecer que os profissionais são antes de tudo seres humanos, envolvidos num complexo de emoções e responsabilidades, é o primeiro passo na promoção de seu adequado preparo para lidar não apenas com os próprios sentimentos, mas também com outros profissionais, familiares e, especialmente, a pessoa doente.

Ocorre que, com o desenvolvimento tecnológico e científico, o mito da imortalidade se estabeleceu na sociedade em geral e entre os profissionais de saúde em particular, que tendem a ver a morte no exercício de suas funções como um fracasso, como se não tivessem alcançado a eficiência necessária. Dessa forma, a preparação para trabalhar com o processo de morrer e a morte tornou-se algo a ser (quase) ignorado nas atividades profissionais de saúde. Pesquisa com enfermeiros e técnicos de enfermagem de UTI neonatal de dois

hospitais públicos da cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, confirma essa constatação ao levantar os sentimentos desses profissionais em relação à morte de pacientes, mostrando que entre eles prevalecem culpa, fracasso e negação¹¹.

No entanto, a prática em saúde, além dos aspectos médicos, como tratamentos, diagnóstico e aplicação de medicamentos, envolve também os aspectos “medicinais”, que abrangem todos os atos capazes de promover o bem-estar ou consolar os infortunados, como remédios, cuidados, afeto e respeito à pessoa e a suas crenças e cultura. A diferença entre os aspectos médico e medicinal está no fato de que o primeiro depende estritamente da atuação do profissional de saúde, enquanto o último está presente tanto em quem cuida como em quem recebe o cuidado. Portanto, estando o profissional na função de cuidar, há que incluir entre essas atribuições não somente a busca da cura, mas também o saber lidar com a morte daquele paciente em estado crítico, e com seus familiares, sem esquecer a responsabilidade do cuidado consigo próprio, como ser humano que se depara cotidianamente com a morte⁹. Embora nem sempre se consiga a desejável harmonia entre a técnica médica e o aspecto medicinal, é preciso promover o equilíbrio entre ambos¹².

Incluem-se nas funções da equipe multiprofissional da UTI os cuidados paliativos, que não se limitam a ações mecanicistas. Estudo realizado com profissionais da UTI de hospital brasileiro de ensino revela que a ênfase é dada aos aspectos higiênicos, estéticos e ao conforto físico, como minimização da dor, em detrimento da assistência psicológica, espiritual e social, bem como do estabelecimento de relação afável entre profissional, família e paciente¹³. As ações paliativas são pouco exploradas e até mesmo consideradas inapropriadas no espaço das UTI, ainda pautadas pela filosofia mecanicista¹⁴, o que provavelmente reflete os pressupostos adotados pelas disciplinas de graduação nas áreas ligadas à saúde – entre elas a prática intensivista –, as quais não contemplam abordagens teóricas mais profundas.

A pessoa em estado terminal tem os mesmos direitos que os demais pacientes: apoio pessoal, direito de ser informado e de recusar procedimentos ou tratamentos, e especialmente direito a cuidado respeitoso e ético. Além disso, em caso de recusa do tratamento clássico, os cuidados paliativos devem ser o mais possível eficientes e a atuação dos profissionais de saúde deve limitar-se aos protocolos de cuidados integrais¹.

Como ensina Kübler-Ross⁴, um dos aspectos que podem favorecer substancialmente a preparação dos profissionais é pensar na própria finitude, adquirir consciência da inevitabilidade da morte e do morrer. Exercitar essa consciência ajuda a desenvolver a capacidade de percepção real de nós mesmos, de quem somos e do que precisamos, de sorte que teremos melhores possibilidades de olhar para o outro como um ser único, ímpar, com especificidades a serem respeitadas. Esse é um dos caminhos para compreender a morte como parte imponderável da vida e fomentar a coragem necessária para aceitá-la quando inevitável, provocando a quebra de tabus sociais e contribuindo para mudar a mentalidade “antimorte” fixada em nossa cultura e que acaba por refletir-se na conduta dos profissionais de saúde⁵.

Como profissionais de saúde, essa consciência permitirá tratar o outro na sua integralidade. Segundo Alves e Selli¹⁵, a integralidade na assistência, considerada a forma eficiente e humanizada de ação em saúde, requer da equipe multidisciplinar a capacidade de ajudar indivíduos com doenças terminais e seus familiares, amparando-os nesse momento crucial e respeitando sua espiritualidade e crenças, tanto quanto deve respeitar suas especificidades biológicas e decisões racionais. A ética, fomentada no campo da saúde pela bioética, colabora diretamente para a formação e a prática dos profissionais de saúde, pois constitui o fundamento da tomada de decisões, das atitudes e do entendimento de sua função como cuidador profissional de doentes em situação terminal.

Nesse contexto teórico e conceitual, a bioética propõe a reflexão ética acerca das ações concretas que envolvem o comportamento cotidiano e fomenta a tolerância e a aceitação das pluralidades¹⁵. Demonstra, além disso, que cuidar integralmente do paciente em processo de morrer é tão importante e gratificante quanto a cura das pessoas que contam com essa possibilidade. Proporcionar uma boa morte é prestar cuidados com dignidade e respeito, proporcionando uma terminalidade com o mínimo de sofrimento e sem dor⁹.

O ato de cuidar, portanto, não significa salvar vidas a qualquer preço, mas, sim, preservar a vida com dignidade, respeitar o tempo, as necessidades e decisões individuais, além de assistir a pessoa doente, sem que isso signifique mantê-la viva ou curá-la⁵. Incorporar essa visão medicinal à prática dos cuidados de saúde é de suma importância para resgatar o caráter humano na relação entre o paciente, seus familiares e os profissionais que os

assistem. Assim, teríamos profissionais capacitados para agir de acordo com a ciência e a técnica, mas sem negar, ignorar ou suprimir crenças pessoais ou sentimentos e emoções advindos das singularidades de cada pessoa. Além do mais, o respeito do profissional precisa estender-se a si próprio, como ser em igualdade com os demais, incluindo os doentes em estado terminal, em pelo menos um aspecto: a finitude.

Cuidado integral e formação acadêmica

Dentre as dificuldades que o profissional de saúde enfrenta, destaca-se a formação deficiente. Em que pesem os avanços, o processo formativo está muito defasado no que diz respeito à transmissão de conhecimentos e à preparação adequada para atuar e acompanhar a morte e o processo de morrer, o que é reflexo do já reconhecido tabu de parcela significativa da população com relação ao tema. A formação em saúde no Brasil reproduz a percepção geral da sociedade de que a morte representa fracasso terapêutico, ou ainda o descaso pela vida e o desinteresse dos profissionais em buscar o tratamento adequado e, conseqüentemente a cura que é o único resultado aceito, ainda que se saiba da finitude da vida¹⁶. Em muitas universidades, a cura ainda é considerada a única forma de obter sucesso profissional. As equipes de saúde, por formação, lutam incessantemente pela vida e não abrem espaço para questionar, dialogar ou refletir acerca da morte¹⁶.

No Brasil, nada há de expressivo nos currículos que prepare os estudantes da área de saúde para lidar com pacientes terminais; ao contrário, o que se observa é o aumento da desumanização. Médicos intensivistas relatam que não tiveram em sua formação nenhuma forma de preparo, aprendizado ou informação a respeito dos sentimentos e emoções que emergem no exercício de suas atividades profissionais em UTI. O tema chega a ser tratado com surpresa, tamanho o distanciamento que constroem ao longo de sua prática cotidiana¹⁰.

Esse despreparo é exatamente o oposto do que ocorre em muitos países desenvolvidos, onde a sociedade há muito já discute questões relativas à terminalidade da vida, incluindo o direito a morte digna. Várias universidades e cursos da área de saúde desses países incluem em seu currículo a disciplina tanatologia, cadeira obrigatória e relevante na formação dos mais diversos profissionais do setor. Muitos de seus hospitais e instituições de saúde

contam com excelentes especialistas em tanatologia, além de disporem de programas específicos para trabalhar tanto os profissionais quanto pacientes e seus familiares¹.

No Brasil, o modelo técnico e mecanicista utilizado no processo formativo do profissional de saúde resulta naquilo que muitos usuários de hospitais e seus familiares chamam de frieza, pois a regra é que o profissional não se envolva, não abra espaço ao cuidado integral e à humanização, especialmente quando está lidando com a iminência da morte. Essa formação clássica das universidades e instituições de ensino em saúde ignora o fato de que os estudantes e futuros profissionais são e continuarão sendo humanos, com emoções, expectativas, crenças, e que os pacientes, terminais ou não, também compartilham esses sentimentos. E, assim sendo, não reconhece que a consideração do aspecto humano influi diretamente na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa doente. O resultado dessa formação é o desenvolvimento de mecanismos de defesa, como o distanciamento, a frieza, a dificuldade em lidar com a morte entre os profissionais¹⁶.

Para explicar esse processo de mecanização da UTI e do próprio profissional intensivista, Oliveira¹² descreve a rotina dessa unidade, que descaracteriza e desconstrói a pessoa doente. O processo tem início com a substituição das roupas e objetos pessoais, caso já não tenham sido retirados em outra unidade, pela vestimenta do hospital. Seguem-se vários procedimentos técnicos relativos ao tipo de leito e de equipamentos a serem utilizados, preenchimento de formulários, instruções e explicação das regras aos familiares, sem esquecer os rituais de higiene, como banho e desinfecção. Além disso, o espaço físico é completamente distinto de qualquer local que possa parecer familiar ao paciente: a placa na porta proibindo a entrada de pessoas estranhas; o isolamento da unidade, distante inclusive das demais dentro do hospital; a ausência de janelas; a luz artificial; o ar condicionado em temperatura constante; o odor de medicamentos e desinfetantes. Tudo ali foi programado e ritualizado com precisão, para ter um funcionamento tecnicamente perfeito, mesmo que à custa de tornar a pessoa doente e seus familiares simples números, totalmente desnudados de suas personalidades, vulneráveis, submissos e dependentes, sem vida própria. Assim se aprende em sala de aula e assim se pratica nas UTI.

O exagerado tecnicismo, assimilado durante a formação, e as atitudes de profissionais mais experientes, vivenciadas no trabalho, entram em choque com o que cada pessoa traz dentro de si,

seja de suas crenças e formação religiosa, seja das sensações comuns a todos os seres humanos. Dessa forma, muitos profissionais mostram-se despreparados para lidar com situações envolvendo a morte, além de não saberem como agir para que a vivência da prática os leve à descoberta do que é importante nesse processo.

Essa frieza e distanciamento na assistência a pacientes em UTI na prática acontece cotidianamente; porém, no íntimo de cada profissional, os sentimentos se acumulam: insatisfação, culpa, negação. A formação acadêmica enfatiza a caracterização dos profissionais como heróis que salvam vidas, devendo, para tanto, derrotar a morte. Assim, quando ela vence, os piores sentimentos vêm à tona, e o resultado, em geral, são profissionais que se desgastam e pacientes que sofrem¹¹.

As pesquisas de Kübler-Ross demonstram que os profissionais de saúde também sofrem ao acompanhar a pessoa em processo de morrer e tendem a ter muitas dificuldades em falar sobre o assunto e em buscar ajuda para a resolução de seus sentimentos controversos⁴. Diz a autora: *No início do meu trabalho com pacientes moribundos, observei que o pessoal da equipe hospitalar sentia uma necessidade desesperada de negar que houvesse pacientes em fase terminal sob sua responsabilidade*¹⁷.

O papel da enfermagem deve ser destacado quando se debate esse tema no âmbito das UTI. Isso porque é a atividade que acompanha mais de perto e com mais assiduidade o cotidiano das pessoas em situação terminal e de seus familiares, ainda que o atendimento seja multidisciplinar – e é preciso que assim seja, uma vez que pressupõe equidade na atenção integral ao paciente. Além de promover a integração entre todos os envolvidos no processo, a enfermagem é responsável direta pela busca de recursos necessários para a melhor qualidade de vida da pessoa doente e pela adequada preparação para o processo de morrer, quando isso for inevitável^{9,14}.

Os currículos da maioria dos cursos da área de saúde dão pouca ênfase à forma como o profissional deve enfrentar, no exercício da função, a morte e o processo de morrer de pacientes. Há incremento de disciplinas focadas na formação de profissionais técnicos e aptos a cuidar e prolongar a vida, no entanto pouco preparados para dar assistência e cuidados a doentes terminais. Atualmente, porém, já é possível encontrar instituições de ensino em saúde com currículos que valorizam disciplinas voltadas para a humanização do atendimento, e, principalmente, há mestres que promovem o diálogo e instigam a reflexão sobre os sentimentos e emoções envolvidos no

cuidado em saúde, no processo de morrer e na morte¹⁸. Considerando que a enfermagem tem como função promover tanto a integração da equipe multidisciplinar quanto a relação entre equipe, família e paciente, é fundamental inserir no planejamento e direcionamento da terapia intensiva o conhecimento das modalidades de cuidados paliativos¹⁴.

Como ensinar sobre a morte e o processo de morrer nas universidades? O tema estava em discussão há décadas, quando Kübler-Ross propôs que fossem realizados seminários para tratar dele⁴. De início, é indispensável reconhecer a nossa fragilidade diante da morte⁴, que se configura o primeiro passo para criar um ambiente mais natural e normal; em seguida, é fundamental dar voz aos nossos próprios medos e angústias¹⁹, e esses aspectos devem ser trabalhados na formação acadêmica. Abordar a morte e o processo de morrer, instigando os estudantes, e até mesmo os já formados e em pleno exercício profissional, debatendo suas crenças, sentimentos e percepções acerca do tema, permite trazer à tona o que somos: finitos. Ajuda também a entender que, na condição de responsáveis pela saúde e o bem-estar do outro, mesmo em estado terminal, devemos assisti-los integralmente, proporcionando aquilo de que necessita.

Entre os aspectos mais importantes da proposta de humanização da atenção e dos estudos sobre cuidados paliativos, ambos defendidos por diferentes disciplinas e correntes teóricas, está o fato de que na saúde, especificamente na UTI, as atribuições profissionais não se restringem à manutenção da vida, mas incluem também elementos objetivos e subjetivos da atenção integral, como prognósticos mais precisos da morte, o uso de analgésicos mais potentes no controle da dor, bem como métodos psicológicos mais poderosos para o alívio da ansiedade e do sofrimento²⁰. Essa perspectiva ampara-se nos princípios e conceitos bioéticos, que buscam maximizar a ética do cuidado e o respeito à dignidade humana.

Nesse contexto, o paliativismo constitui elemento indispensável do cuidado integral, razão por que deve ser parte expressiva do currículo dos diversos cursos da área de saúde. No entanto, o que se revela é a falta de conhecimento ou de motivação dos profissionais de UTI para trabalhar os cuidados paliativos, pois alegam que sua formação limita-se a tratar, reabilitar e curar¹³. Na reformulação dos currículos, cabe então priorizar o paliativismo, de forma que o cuidado integral e multidimensional seja efetivamente assimilado e percebido pelos futuros profissionais da saúde como o caminho mais íntegro no exercício de suas atividades. Isso significa

abandonar a perspectiva mecanicista – adotada até mesmo pelos raros educadores que abordam os cuidados paliativos – para definir atenção intensiva.

Cabe destacar que protocolos de cuidados paliativos, ou que incluem o paliativismo nas ações de saúde em UTI, além de serem fundamentais, complementam a formação. Esses protocolos poderiam ser estabelecidos por uma política nacional de cuidados paliativos voltada para o cuidado do paciente em situação crítica ou terminal, envolvendo integralidade, comunicação e terminalidade¹³. A humanização do atendimento já é reconhecida como modelo para o cuidado integral mais eficiente, e considerada tão importante quanto a medicação e os procedimentos instrumentais²⁰. Além disso, a humanização vem sendo estabelecida e trabalhada gradualmente, tanto nos cursos de formação quanto na prática em saúde, embora ainda esteja longe do ideal. O cuidado integral, construído pela via da humanização, envolve os seguintes princípios: valorizar a vida e considerar a morte como processo natural; não acelerar a morte nem prolongar a vida; promover alívio da dor e outros sintomas; integrar aspectos psicossociais e espirituais; prover suporte à família durante a doença e no período de luto⁶.

Outro aspecto importante que deve fazer parte da formação é o papel da equipe multidisciplinar de criar condições para que paciente e familiares compreendam a doença, pois isso não apenas auxilia diretamente na construção de aparato positivo para enfrentar a enfermidade, com o fim de resgatar a saúde, mas, quando for o caso, também facilita e promove a consciência da inevitabilidade da morte²¹.

É preciso fomentar o diálogo, os debates e o próprio ensino didático acerca dessas questões durante a formação acadêmica dos profissionais da saúde, assim como definir protocolos de cuidados paliativos. Aproximar a morte da vida não significa deixar de utilizar todos os recursos técnicos disponíveis, mas reconhecer o ser humano na sua integralidade e compreender a limitação temporal da vida¹⁹. Dessa forma, assume-se que a responsabilidade pela saúde está muito mais próxima do cuidado, da promoção do bem-estar, do respeito pela personalidade e dignidade do ser, do que unicamente das medidas técnicas e mecânicas, que são incapazes de mudar o curso da vida de doentes terminais.

Considerações finais

Compreender o processo de nascer, viver e morrer é complexo e paradoxal. Se de um lado

queremos viver, e viver bem, de outro precisamos pensar e nos preparar para a morte, afinal a grande verdade da vida é que ela acaba, somos finitos. Mesmo para quem acredita que o fenômeno representa apenas a morte biológica, há nele um processo para o qual devemos nos preparar. A terminalidade da vida é fato, e o processo de morrer, especialmente quando acontece por doença, acidente ou qualquer situação que causa dor e sofrimento físico, exige que todos os envolvidos tenham consciência e sabedoria para enfrentá-lo.

Portanto, não se pode subestimar a desordem que a percepção da morte causa a qualquer pessoa. A morte supera todas as tentativas humanas de vencê-la; podemos até adiá-la, mas eliminá-la é impossível. O morrer do outro é tão provocativo à nossa capacidade de equilíbrio psíquico e emocional quanto a percepção da nossa própria morte.

Todos esses aspectos estão presentes na vida psíquica e emocional das pessoas, e os profissionais de saúde não são exceção. Quando descobrem sua vocação e decidem tornarem-se médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e outras tantas profissões da saúde, não eliminam ou se isentam dos sentimentos, percepções ou crenças a respeito da morte e do processo de morrer. Também não se tornam imortais; ao contrário, passam a vivenciar esses momentos com maior frequência e proximidade.

Por mais preparados e experientes em lidar cotidianamente com situações envolvendo a morte, os profissionais de saúde não conseguem familiarizar-se com ela; pelo contrário, o confronto com a morte sempre desperta sentimentos conflitantes de fracasso, culpa, impotência. Para cada profissional, há situações mais ou menos dolorosas, que dependem de algumas variáveis, como a idade da pessoa, algum traço do paciente que lembra alguém muito próximo, a revolta pela não reversão do quadro, entre outras.

Resta então reconhecer que estudar e refletir acerca da morte e do processo de morrer é o melhor caminho não só para atuar com mais eficiência e dignidade na área de saúde, mas também para recuperar a compreensão da morte como fenômeno natural/natural, como parte da vida.

A morte, por gerar conflitos entre os profissionais de saúde, deve permear as discussões no processo de formação desses profissionais, para que possam compreendê-la como parte integrante da vida. Finalmente, promover a humanização do atendimento aos pacientes e seus familiares seria um meio de amenizar as dificuldades no trato com a morte, fundamentando todas as ações no contexto da bioética.

Referências

1. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 8ª ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola; 2007.
2. Ariés P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
3. Alles AA. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014;22(3):397-406.
4. Klüber-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
5. Sanches PG, Carvalho MDB. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente a morte e o morrer. *Rev Gaúch Enferm.* 2009;30(2):289-96.
6. Dantas LM. A enfermagem e os cuidados paliativos na terminalidade em UTI: revisão bibliográfica [dissertação]. [Internet]. João Pessoa: Sobrati; 2014 [acesso 20 maio de 2015]. Disponível: www.ibrati.org/sei/docs/tese_807.doc
7. Galvão NAR, Castro PF, Paula MAB, Soares MTS. A morte e o morrer sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Rev Estima.* 2010;8(4):26-34.
8. Vicensi MC. A morte e o processo de morrer no cotidiano da equipe multidisciplinar de uma unidade de terapia intensiva [dissertação]. Concórdia: Universidade do Contestado; 2005.
9. Silva RS, Campos AR, Pereira A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm.* 2011;45(3):738-44.
10. Staniscia ACM, Pereira L, Guimarães CPA, Mekler TL, Rezende F. Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia adulto de um hospital geral privado. [Internet]. *Rev SBPH.* 2011 [acesso 11 maio 2015];14(1):41-73. Disponível: <http://bit.ly/21OgBWz>
11. Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(5):770-4.
12. Oliveira ECN. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol Ciênc Prof.* 2002;22(2):30-41.

13. Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR, Faustino TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2597-604.
14. Barros NCB, Oliveira CDB, Alves ERP, França ISX, Nascimento RM, Freire MEM. Cuidados Paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(3):630-40.
15. Alves JS, Selli L. Cuidado espiritual ao paciente terminal: uma abordagem a partir da bioética. *Revista Bras Bioética*. 2007;3(1):65-85.
16. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):324-31.
17. Klüber-Ross E. Op. cit. p. 259.
18. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. [Internet]. *Acta Paul Enferm*. 2006 [acesso 3 maio 2015];19(2):131-7. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200002>
19. Bellato R, Araujo AP, Ferreira HF, Rodrigues PF. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. [Internet]. *Acta Paul Enferm*. 2007 [acesso 20 maio 2015];20(3):255-63. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300003>
20. Caetano JA, Soares E, Andrade LM, Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(2):325-30.
21. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTI. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):660-7.

