

## A MORTE: UM MOMENTO DA VIDA

VIVIANE MARTEN MILBRATH<sup>\*</sup>  
DEISE CARDOSO SOARES<sup>\*\*</sup>  
DIANA CECAGNO<sup>\*\*\*</sup>  
HEDI CRECENCIA HECKLER DE SIQUEIRA<sup>\*\*\*\*</sup>

### RESUMO

Este trabalho objetiva descrever a experiência vivida frente a uma situação de morte iminente de um paciente jovem, em que a equipe de saúde decidiu não interferir no ciclo da vida. Nesse processo pontuamos a problemática vivenciada pela equipe, destacando as dificuldades enfrentadas e os conflitos éticos que permeiam o tema. Por fim, percebe-se que a mesma tecnologia que busca manter as pessoas vivas gera uma interrogação frente ao seu uso em um paciente terminal, pois questiona-se o direito de prolongar a vida quando sua qualidade está comprometida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Morte, enfermagem, ética.

### ABSTRACT

#### THE DEATH: A MOMENT OF THE LIFE

This work intends to describe an experience lived front to a situation of imminent death, of a young patient, where the health staff decided not to intervene with the cycle of the life. In this process we analyzed the problematic a lived deeply for health staff, detaching the faced difficulties and ethical conflicts through these subject. Finally, it is perceived that the same technology, that, it searches to keep the alive people generates a interrogation front to its use in a terminal patient, therefore questions the right of if to draw out the life when its quality is compromised.

**KEY-WORDS:** Death, nursing, ethics

---

<sup>\*</sup> Enfermeira; membro do Núcleo de Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES)

<sup>\*\*</sup> Enfermeira; especialista em Enfermagem Cirúrgica; mestranda em Enfermagem pela FURG; membro do Núcleo de Pesquisa GEES

<sup>\*\*\*</sup> Enfermeira; especialista em Enfermagem Cirúrgica; mestre em Enfermagem pela FURG; vice-líder do Núcleo de Estudo e Pesquisa GEES e membro do NEPEN.

<sup>\*\*\*\*</sup> Enfermeira; mestre e doutora em Enfermagem; especialista em Administração Hospitalar; docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG; líder do Núcleo de Estudo e Pesquisa GEES.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, ocorreram e ocorrem, de forma constante, grandes avanços tecnológicos, que atingiram e atingem todas as esferas da sociedade. A ascensão científica tem oportunizado a realização de ações anteriormente consideradas impossíveis. Essa mudança crescente também pode ser percebida na área da saúde, ao nos deparar com a tecnologia avançada de equipamentos e medicamentos, extremamente complexos e delicados, capazes de prolongar a vida do ser humano doente.

Sabe-se que o desenvolvimento da tecnologia tem influenciado os estágios da vida, onde ele é considerado<sup>(1)</sup> uma “benção mista”, pois enquanto muitas pessoas são beneficiadas pela melhor qualidade de vida, outras se confrontam extensivamente com o sofrimento como resultado de esforços para prolongar a vida, associado, não raro, a grande sofrimento e alto custo.

Na rotina dos hospitais, é possível perceber que ocorrem discussões sobre deixar ou não que pacientes sobrevivam nessa condição<sup>(2)</sup>. A ciência alcançou um ponto em que, em algumas situações, é praticamente indefinido o tempo pelo qual se pode manter tecnicamente viva uma pessoa, com órgãos que já faliram irremediavelmente. Mas, ao mesmo tempo, constata-se o sofrimento dos clientes, a angústia dos familiares e o conflito ético entre a equipe de saúde.

Ao refletir sobre a gama tecnológica existente, na área médico-hospitalar, questiona-se a sua utilização, quando o cliente está no que se chama de “fase terminal”. Acredita-se que, em algumas situações, o sofrimento é prolongado desnecessariamente, pois manter um ser humano vivo sem lhe dar uma condição de existência com qualidade, pode ser considerado desumano, causando sofrimento tanto para o cliente quanto para sua família.

Apesar de haver praticamente um consenso na área da saúde, de que a manutenção da vida deve caminhar paralelamente à qualidade dessa vida, ou seja, leva a refletir sobre coerência/incoerência em se manter uma pessoa viva, por meio de aparelhos, drogas se não for permitido a ela o mínimo de qualidade. Entretanto, mesmo os profissionais de saúde possuindo essa consciência, defrontam-se, com um dilema ético, permeado pela abdicação tecnológica. Portanto, a equipe, geralmente, passa a enfrentar os sentimentos de impotência e frustração ao desistir de lançar mão do aparato tecnológico para manter o cliente vivo.

Olhando-se nessa perspectiva, a morte passa a ser entendida como um fracasso, pois a busca e a melhora do cliente em direção à

saúde faz parte do ser profissional de saúde, e nunca em direção contrária. Ao não alcançar seu objetivo, ou, mais especificamente, se o paciente morre, a atuação do profissional de saúde pode ser vista por ele e pelos outros como fracassada. Essa forma de perceber os fatos evidencia o entendimento de que a morte não é mais considerada como o limite natural da vida humana, ou algo inerente à própria existência. Nessa concepção, o paradigma de curar, vencer a morte, facilmente torna o profissional prisioneiro do domínio tecnológico e científico<sup>(3,4)</sup>.

Assim, objetiva-se com este trabalho, através de um relato de experiência, refletir sobre a utilização da tecnologia num cliente terminal e as situações desencadeadas com a sua morte.

## **2 – A EQUIPE DE SAÚDE CUIDANDO DO CLIENTE TERMINAL E SUA FAMÍLIA**

A sociedade contemporânea, na maioria das vezes, não enfrenta a morte com o sentimento de aceitação e resignação. No entanto, ela acolhe melhor essa situação quando a pessoa já está vivendo a sua última etapa do ciclo de vida. A compreensão da morte varia com os estágios de crescimento e desenvolvimento do indivíduo<sup>(5)</sup>. Em cada fase da vida, conforme estes autores, o ser humano encara a morte de forma diferente, sendo seus conceitos alterados de acordo com as vivências e as etapas da vida de cada um.

O cuidado ao cliente terminal pode ser entendido como algo além do alívio da dor e de outros sintomas, por mais importantes que eles sejam. O cuidado nesse momento requer, também, amparar a família à medida que ela se ajusta ao fato de um de seus membros estar morrendo<sup>(6)</sup>.

A perda de um integrante da família altera a dinâmica familiar, pois acolher ou aceitar a morte como situação presente no ciclo da vida é muito difícil, principalmente quando o cliente em fase terminal é jovem e ainda não cumpriu o seu trajeto completo na cadeia humana, que é nascer, crescer, multiplicar, envelhecer e morrer<sup>(1)</sup>. Para a enfermagem, assim como para o senso comum, existem diferenças em cada situação frente à morte. As diferentes situações de morte, ao envolver uma criança, um jovem ou um adulto, ou ser uma morte súbita ou anunciada pelo sofrimento antecedente<sup>(7)</sup>, deixam marcas de diferentes proporções nos familiares.

O processo de morrer deve despertar a atenção do profissional de saúde para com o cliente e a sua família que estão vivenciando essa situação. Cada família, influenciada pela cultura, experiências passadas, pela idade do seu enfermo, vivencia a doença de maneira peculiar. Assim, acredita-se que, paralelamente à aceitação da doença, a morte também é encarada pela família de uma forma particular, e por isso, a

partir da análise da situação que envolve o cliente e a família, o profissional da saúde deve traçar o cuidado mais pertinente<sup>(4)</sup>.

Tendo em vista que o cliente em situação de risco “vida-morte”, além dos temores realistas sobre a perda da vida, ameaça e altera, por várias razões, a homeostasia familiar, alguns autores<sup>(8)</sup> apontam que a atuação da enfermagem deve ser assinalada para ajudar as famílias a alcançar um maior nível de adaptação com a experiência da crise, auxiliando a recuperar o estado de equilíbrio intrafamiliar.

Trabalhar com os sentimentos gerados frente à morte de um cliente, muitas vezes frustrantes, na prática, é mais complexo, tanto para a família quanto para a equipe de saúde, do que podemos mencionar. A morte ainda é vista, por muitos profissionais de saúde, como um fracasso, incapacidade ou incompetência, uma vez que eles foram formados para combatê-la<sup>(9)</sup>. Acolher a morte como parte da vida significa tratar diferentemente a vida, acolher sua finitude e suas limitações, sem amargura e ressentimento, mas com jovialidade e sentido de realidade<sup>(10)</sup>.

## **2.1 – A ciência contrapondo-se ao percurso normal da vida**

Os estudos científicos têm buscado na tecnologia instrumentos e meios para preservar a vida pelo maior tempo possível, permitindo assim que o ser humano tenha melhor qualidade de vida durante esse momento. São medicações cada vez mais potentes para amenizar a dor e diminuir as conseqüências advindas das inúmeras patologias. Os exames e tratamentos complexos, cirurgias delicadas, entre outros artefatos, permitem que o cliente tenha um prognóstico cada vez mais promissor.

Refletindo a respeito dessas questões, e analisando a ampla gama de recursos disponíveis para a manutenção da vida, torna-se ainda mais importante o empenho de ampliar a compreensão da vida e suas diversas dimensões, para, dessa forma, contrapô-la ao tecnicismo exagerado, e resguardar no momento da morte a dignidade humana, evitando a intervenção abusiva no processo de viver e morrer.

Acredita-se que em situações delicadas da vida é necessário avaliar, através de um grupo, composto pela equipe de saúde, cliente e família, a tecnologia a ser empregada. Nessa análise, o grupo deve buscar o consenso no que tange a essa problemática, enfatizando a qualidade de vida do cliente<sup>(11)</sup>.

Ao falar sobre o aprimoramento dos recursos e técnicas médicas, nota-se a evolução histórica da tecnologia nessa área, mais especificamente na cura de muitas doenças, mas ao mesmo tempo a morte tornou-se um processo longo e potencialmente sofrido. No século passado, considerava-se morta a pessoa que parasse de respirar. Já na década de 50, quando se inventaram os respiradores/ventiladores

artificiais, a morte passou a acontecer quando o coração parava de bater. As reanimações cardiopulmonares surgiram nos anos 60, e o conceito de morte mudou de novo, e assim evoluiu ao longo do tempo, acompanhando a ciência e a tecnologia nessa área do conhecimento<sup>(2)</sup>.

Sabe-se que o processo de morrer é uma situação que todas as pessoas, em algum momento, irão vivenciar. Para os profissionais de saúde essa situação torna-se mais “comum”, pois eles trabalham com o processo de saúde/doença, vivenciando o adoecimento e a morte. Nesse sentido, vale ressaltar que, apesar da certeza de enfrentar a morte, o profissional de saúde busca a cura, e por isso, muitas vezes, passa por um processo de frustração frente à perda de seu cliente.

O estudo desenvolvido por Leite<sup>(12)</sup> constatou que, diariamente, os profissionais que atuam em unidades críticas, como de terapia intensiva, lidam com a morte, e a consideram um fator extremamente estressante. Nesse estudo evidenciou-se que os profissionais encaram a morte como um fracasso, que gera sentimentos de impotência e sofrimento, situação que dificulta a aceitação da morte como parte do processo vital, e não apenas uma consequência da falha de um tratamento.

## **2.2 – A experiência**

Com vistas no que foi discutido anteriormente, busca-se com este trabalho relatar a experiência vivenciada numa UTI, em que foi experienciado o cuidado ao cliente terminal, e a sua família, após a adoção da decisão da não-intervenção em caso de parada cardiopulmonar.

Quando o profissional de enfermagem trabalha em uma unidade de tratamento intensivo (UTI), vivencia inúmeras situações, cuja complexidade vai além do conhecimento técnico, pois nessas unidades ele cuida de clientes com risco de morte iminente, e de suas famílias que estão fragilizadas com a situação que enfrentam.

Alguns autores referem como função da enfermagem na UTI preparar e acompanhar a família, esclarecendo suas dúvidas, observando as reações e comportamentos e, especialmente, compreendendo seus sentimentos<sup>(12)</sup>. Os profissionais precisam reconhecer que nesse momento a família também está ansiosa e se sente isolada, com medo da morte e sem controle da situação. O cliente e ela necessitam de um cuidado humanizado.

Frente a essa demanda de atenção, é importante conceituar o que se entende por cuidado humanizado a uma pessoa que está morrendo. Ao preconizar que a sua integridade deve ser respeitada enquanto ser humano, esta pode ser entendida como alívio da dor, ou ainda, ter a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica.

O cuidado humanizado é uma medida que visa, sobretudo, a tornar

efetivo o cuidado ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocial e espiritual<sup>(13)</sup>. Essa forma de cuidado, enfatizada na última década, considera atitudes como o diálogo, a presença, a responsabilidade, o comprometimento, as experiências compartilhadas e a arte de amar como ingredientes básicos da humanização.

A humanização é entendida como parte da filosofia de enfermagem, em que o ambiente físico e os recursos materiais e tecnológicos são considerados importantes, porém não mais significativos do que a essência humana<sup>(12)</sup>.

A humanização, além de envolver o cuidado ao paciente, deve estender-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença nesse contexto – o paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente<sup>(13)</sup>.

A situação adveio com uma cliente jovem internada na UTI, com um quadro clínico de lúpus eritematoso sistêmico, acrescido de um quadro de septicemia e insuficiência renal, necessitando de hemodiálise diária.

Foram três meses de internação na UTI, onde ocorreram procedimentos invasivos, sessões de hemodiálise, cateterismos, procedimentos os mais diversos em relação às necessidades biopsicossociais e espirituais.

A família, apesar de saber da cronicidade e da gravidade da patologia, tinha um jeito todo especial de tratar a jovem. Apesar da flexibilização da rotina de visitas da unidade, permitindo que visitassem a cliente além do horário estipulado, não foi percebido uma aproximação, por parte da equipe de saúde, para com a família, no que concerne ao preparo para enfrentar a morte de seu ente querido.

Esse distanciamento é referido por outros autores<sup>(12)</sup>, quando relatam que a atenção dispensada à família de clientes na UTI, muitas vezes, fica restrita ao horário de visita. Isso torna a equipe alheia às condições emocionais dos familiares.

A restrita interação entre a equipe multiprofissional e a família era visível, provocada, talvez, pelo sentimento de autoproteção dos profissionais frente à impotência diante da gravidade e cronicidade do quadro. Entretanto, um cuidado especial era dispensado à cliente, talvez como uma forma compensatória da frustração sentida diante da irreversibilidade da patologia.

Alguns autores<sup>(7)</sup> explicam essa situação como um mecanismo de defesa frente à organização do trabalho encontrado pelos membros da equipe, que passam a vivenciar de forma suplementar o sofrimento de cuidar dos clientes mais graves com maior frequência.

Mesmo diante do fato de que morte iminente da cliente era do

conhecimento de todos, e do consenso em relação à não-intervenção no caso de ocorrer parada cardiorrespiratória, o cuidado a ela permaneceu inalterado. Notava-se, implicitamente, que a equipe objetivava dar-lhe uma morte com qualidade e de maneira humana.

O cuidado à cliente foi prestado de maneira contínua até a constatação de sua morte. Surgiu então outra situação muito delicada: dar a notícia àquela família que carinhosamente acompanhou diariamente a doença e que, apesar de sabedora da gravidade do quadro, não havia sido preparada pela equipe para encarar a morte. No entender de Carpena, o ser humano costuma ser educado para viver, porém pobremente informado para o ato de morrer, bem como sobre o processo que o leva ao fim da vida<sup>(14)</sup>.

Apesar de a família estar consciente da gravidade do quadro clínico, ela deveria ter sido preparada pela equipe de saúde, objetivando a aceitação mais tranqüila da perda de seu ente querido.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base no que foi descrito, salientam-se as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, diante da situação de não-intervenção em uma parada cardiorrespiratória e da morte.

Essa experiência vivida fez-nos procurar auxílio na literatura, para aprofundar o conhecimento em relação à doença lúpus eritematoso, bem como buscar subsídios de apoio para trabalhar com a morte, a fim de vivenciá-la profissionalmente, dando-lhe um sentido mais humano.

Em relação às questões éticas que permeiam a temática, conclui-se que o homem criou a tecnologia que, muitas vezes, é capaz de manter a vida das pessoas por um período mais prolongado. Surgem então questionamentos quanto ao cliente terminal. As dúvidas geralmente envolvem questões éticas quanto ao direito de interferir no curso da vida do cliente, quando a sua qualidade se encontra completamente comprometida.

Acredita-se que a situação vivenciada, associada à busca de embasamento na literatura, permitiu constatar que a sensibilidade humana profissional é importante frente às necessidades dos clientes com morte iminente. As tomadas de decisões sobre o tratamento e até mesmo de continuar ou não interferindo no curso da vida devem trazer no seu alinhamento as bases dos valores éticos da vida. Portanto, tendo em vista que o cuidado em saúde busca o bem-estar do indivíduo, além de permear as ações cotidianas da enfermagem<sup>(15)</sup>, se faz indispensável traçar um paralelo entre as causas da morte iminente, a gravidade e a

problemática da patologia, a irreversibilidade do caso, a ética e a sensibilidade humana, destacando a qualidade de vida do cliente.

Reitera-se um cuidado humanizado ao cliente terminal, proporcionando-lhe qualidade de morte, e o melhor bem-estar possível no momento da grande travessia terrestre.

## REFERÊNCIAS

- 1 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. São Paulo: Guanabara-Koogan; 1999.
- 2 Schelp D. Até onde prolongar a vida. *Veja* 2002; 4(9):45-50.
- 3 Moritz RD, Nasar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *RBTI* 2004; 16(1):14-21.
- 4 Thomas C, Carvalho, V. O cuidado ao término de uma caminhada. Santa Maria: Palotti; 1999.
- 5 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):207-213.
- 6 Atkinson, Murray. Fundamentos de enfermagem. São Paulo: Guanabara-Koogan; 1989.
- 7 Simoni M, Santos M. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. *Psicol. USP* 2003; 14(2): 169-194.
- 8 Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6. ed. São Paulo: Guanabara-Koogan; 1997.
- 9 Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(1):1755-1760.
- 10 Boff, L. Reflexões éticas e espirituais face a situações-limite de vida e de morte. *Revista Virtual de Medicina* 2000; 1(9).
- 11 Urbam CA, Hoepers R, Silva IM, Júnior RAA. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2001; 47(3):244-248.
- 12 Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(2):145-150.
- 13 Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002; 10(2):137-144.
- 14 Carpena LA. Morte versus sentimentos: uma realidade no mundo dos acadêmicos de medicina. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2000; 21(1):100-122.
- 15 Siqueira CHS, Cecagno D. Workshops: descobrindo o potencial interior: feedback. In: Siqueira CHS, organizadora. *Cuidado humano plural*. Rio Grande: Ed. da FURG; 2003. p. 211-213.

Recebido: 30/05/2007

Aceito: 19/12/2007