

CUIDAR O MORIBUNDO

SERVIÇO MEDICINA I

JOÃO CARLOS MACEDO *
ROSA MARIA MALHEIRO **

RESUMO

Os autores fazem uma reflexão sobre a morte. Nesta temática abordam a questão da morte no domicílio/hospital, como entender a morte e como cuidar o moribundo/família.

PALAVRAS-CHAVE: MORTE; MORIBUNDO; CUIDAR

SUMMARY

The authors do a reflection about death. In this subject they approach the domicile/hospital death, how understand death and how care the moribund and family.

KEY-WORDS: DEATH; MORIBUND; CARE

0. INTRODUÇÃO

A morte é um acontecimento da vida no seu sentido mais lato, isto é, nada nos faz mais pensar na vida do que a consciencialização da nossa mortalidade.

No âmbito dos profissionais de saúde, a morte, o morrer, o moribundo ou mais eufemisticamente o doente terminal são assuntos pouco abordados tanto na formação inicial como ao longo da vida profissional. Isto porque os sinais do tempo assim o desejam, pois a sociedade moderna tenta esquecer a mortalidade humana.

Ao enfermeiro(a) é de particular importância a reflexão sobre a morte, pois cabe-lhe o papel primordial de cuidar o doente em fase terminal.

1. A MORTE

"Falar no sentido da morte humana é em última análise falar do sentido da vida humana". (Pinto, 1990: 154).

Na perspectiva do mesmo autor esta afirmação do facto de a morte ser uma "dimensão da existência histórica do homem" e por outro lado o "evento único e irrepetível, (...) decisão global e determinante da vida".

Segundo Heidegger, o ser autêntico para a morte, isto é, a finitude da temporalidade, é o fundamento oculto da historicidade do homem¹.

Na sociedade hodierna, a morte constitui um tabu, ou seja, já não se considera a morte como um processo da vida mas algo de absurdo, de incompreensível para o homem que tenta a todo o custo imortalizar-se. Hoje há uma negação da própria morte. No dizer de Pascal: "os homens como não puderam substituir a morte, tiveram a audácia de não pensar nela"².

Esta negação ou mesmo interdição da própria morte é um facto que está inerente à própria sociedade actual em que "tecnicamente admite-se que podemos morrer e tomar providências em vida para preservar os nossos da miséria. Verdadeiramente, porém, no fundo de nós mesmos, não nos sentimos mortais". (Aries, Philippe 1989, 66).

* Enf.º Nível 1 a exercer funções na Unidade de Cuidados de Medicina I — Homens.

** Enf.º Nível 1 a exercer funções na Unidade de Cuidados de Medicina I — Mulheres.

¹ Cf. Morin, Edgar — "O Homem Perante a Morte" — Pub. Europa — América, 2.ª Ed., 1988.

² Cf. Henriques, Marília [et al] — "O Enfermeiro Perante a Morte" — Servir, Vol. 43 n.º 1, pág. 10.

Apesar desta perspectiva, a morte é um facto universal que difere de cultura para cultura, de sociedade para sociedade, de indivíduo para indivíduo.

A própria sociedade impõe ritos e estereótipos de resolução perante a morte. Isto porque não podendo fugir deste acontecimento tenta escondê-la.

Hoje, a morte assume um papel totalmente diferente do que noutras épocas. As tecnologias são vastas e a visão humana numa sociedade de consumo imortaliza o próprio homem. A luta contra a morte é uma constante e, surge na maior parte das vezes a morte no hospital e raramente a morte no domicílio.

2. MORRER NO DOMICÍLIO / MORRER NO HOSPITAL

Nos nossos dias deparamo-nos com a realidade da morte no hospital como um fenómeno cada vez mais crescente.

Constatamos que a morte como acontecimento da vida passou do domínio familiar para o domínio das técnicas de saúde. No séc. XVIII os hospitais eram locais de asilo para os mais desfavorecidos que não tendo família aí morriam. "Já no se morre em casa, no meio dos seus, morre-se no hospital e só. Morre-se no hospital porque é no hospital que se proporcionam cuidados que já não são viáveis em casa. Era noutros tempos o asilo dos miseráveis, dos peregrinos. Começou por se converter num centro médico onde se cura e se luta contra a morte, (...)" (Aries, Philipe, 1989:55).

Actualmente a estrutura hospitalar assume um papel dominador do acontecimento final da vida — já não se morre rodeado da família e daqueles que são mais queridos, mas num ambiente estranho, rodeado de tecnologia com pessoas que tentam cuidar. O isolamento, o silêncio, o vazio é uma caracterização do que se passa em muitas situações diárias nos nossos hospitais.

A família que até então tinha um papel primordial junto do moribundo assume um papel secundário pois também se encontra num ambiente estranho e pouco acolhedor.

"A morte no hospital já não é ocasião para uma cerimónia ritual presidida pelo moribundo no meios da assembleia de parentes e amigos (...). A morte é um fenómeno técnico obtido pela paragem dos sentidos, isto é, de maneira mais ou menos declarada, por uma decisão do médico e da equipa hospitalar". (Aries, Philipe, 1989: 56).

A morte no domicílio é nos nossos dias uma realidade pouco frequente. Por um lado a hospitalização frequente e a falta de condições humanas e físicas levam à negação da morte domiciliária. Por outro lado, assistimos à desresponsabilização da própria família em cuidar do seu familiar por falta de conhecimentos e de condições habitacionais

adequadas. A estadia do seu familiar no hospital torna a situação mais estável e segura para muitos familiares.

A constatação destas realidades levanta outras questões: Que cuidados se prestam nos hospitais ao moribundo/família? Que cuidados prestam os enfermeiros dos cuidados de saúde primários ao moribundo/família?

3. ENTENDER O MORIBUNDO

Cuidar de um doente moribundo é antes de mais assistir um doente em vida (Barros, 1988: 232).

Esta realidade é um pouco obscura, pois cuidar de um doente moribundo é muitas vezes defrontarmo-nos com uma certa frustração como profissionais de saúde.

Deparamo-nos com uma certa ineficácia de atitudes e com a realidade dura da morte. Contudo alguns estudiosos têm reflectido sobre o moribundo e a morte. Destacamos aqui uma autora que é um expoente nesta área, Elizabeth Kubler-Ross. Esta psiquiatra norte-americana efectuou um estudo que ainda hoje serve de base para compreendermos melhor o moribundo. Ela apresenta fases ou estadios desde o início da doença até à morte (On Death and Dying, 1969)³.

Mormente não haja fases estanques e nem todos os doentes passem por cada uma das fases, esta perspectiva ajuda-nos a nós profissionais de saúde a compreendermos melhor os comportamentos/atitudes do doente em fase terminal.

Neste sentido a autora apresenta cinco fases mentais: recusa/negação; raiva/cólera; negociação, depressão e aceitação: Fig. 1

Apesar da vastidão da análise deste estudo, é de todo importante analisar-se de uma forma sucinta cada fase.

NEGAÇÃO/RECUSA — a pessoa deseja saber a verdade. Ouvimos frases como: "Não pode ser!"; "Não pode ser comigo!"; "Os médicos enganaram-se!".

Trata-se de um mecanismo de defesa perante uma verdade incómoda e muitas vezes dita de uma forma pouco humana.

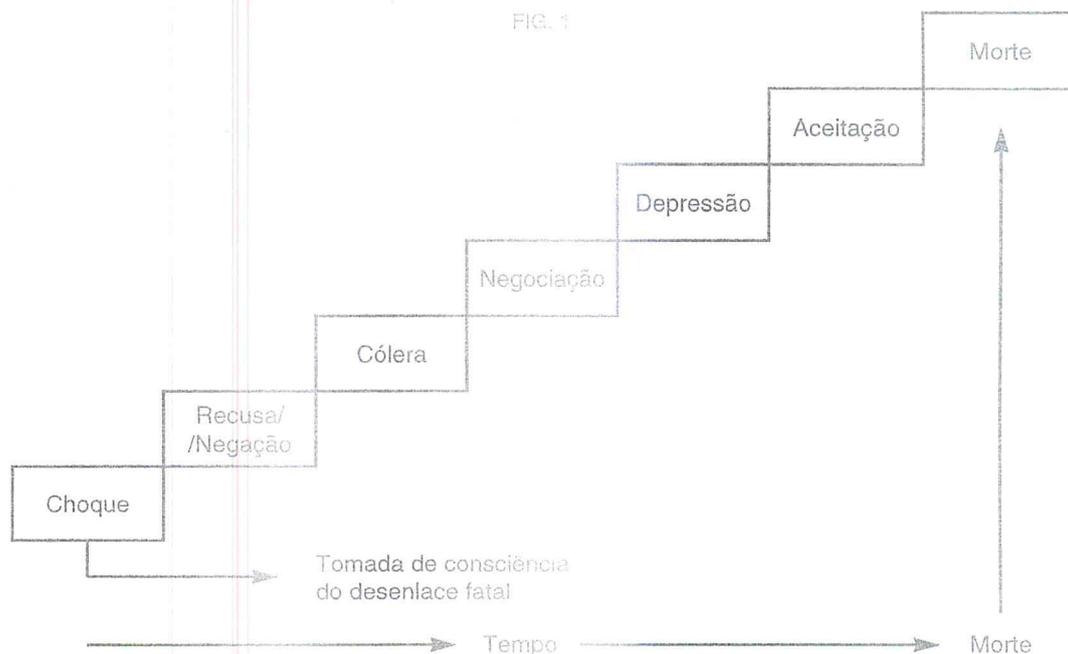
REVOLTA/CÓLERA — esta frase é particularmente difícil para todos aqueles que rodeiam o doente em fase terminal.

Depois da recusa há uma revolta e cólera que é expressa de maneira, mais ou menos evidente por actos de má disposição e queixas, muitas vezes o doente é mal educado para com aqueles que lhe são mais queridos.

Torna-se insatisfeito, contrariado, mal-humorado. Nesta fase a família tem dificuldade em entender o doente.

³ Cf: Gameiro, Aires — "Crises de perda" in Hospitalidade, 1984, pág. 12.

FIG. 1



Fonte: Kubler - Ross - "Encontro com os Moribundos" — 1986.

NEGOCIAÇÃO — Nesta fase há o estabelecimento de pactos com entidades divinas. Estes encontram-se associados às próprias crenças religiosas do indivíduo. São expressões como esta que ouvimos à cabeceira do doente:

"Se me curar irei a Fátima a pé!" "Se Deus me curar prometo tornar-me outra pessoa!" Trata-se de um mecanismo próprio de lidar com a problemática e perante o qual devemos ouvir e respeitar as convicções e afirmações proferidas pelos doentes que estão ao nosso cuidado.

DEPRESSÃO — Mais próximo da fase final, o doente poderá entrar num estado depressivo. No nosso contacto directo diário deparamo-nos com múltiplas situações deste género. Vimos um doente negar a sua situação; vimo-lo num estado de revolta e encolerizado e agora entra num estado de rendição à verdade. A consciencialização da perda dos laços familiares, do trabalho de tudo o que o tornava uma pessoa activa, completa, plena na sociedade. Este estado de fechar-se em si próprio, é muitas vezes "*in limine mortis*".

ACEITAÇÃO — Fase que nem todos conseguem alcançar, mas se a pessoa for ajudada nas fases anteriores com acolhimento e escuta amiga, poderá encontrar uma espécie de paz e tranquilidade. Há uma passividade, aceitação e início do desprendimento gradual de tudo o que lhe é familiar. É uma situação muito comum vermos um doente mais sonolento e mais calmo. Podemos afirmar que há uma espécie de encontro com o próprio para o desenlace final.

Esta investigação de Kubler Ross, é muito útil para os enfermeiros e para restantes profissionais

de saúde que lidam com doentes em fase terminal. Temos noção na nossa experiência prática que nem *todas* aqueles que já cuidamos passaram por *todas* estas fases, no entanto o nosso conhecimento e especialmente a atitude reflexiva ajudam a aperfeiçoar o nosso cuidar.

No dizer de Françoise Colliere (1989:293): "O processo de cuidados de enfermagem cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, descodificando-as com ajuda dos conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na acção do cuidar".

4. CUIDAR O MORIBUNDO

Cuidar o moribundo é cuidar um ser humano vivo numa situação especial: a fase terminal da sua vida.

Cuidamos de todos os doentes, mas devemos ter particular atenção àqueles que se encontram num estado terminal. Já que são os enfermeiros e restantes técnicos de saúde, muitas vezes, as últimas pessoas com quem o moribundo irá travar uma relação.

Nos cuidados com o moribundo, há aspectos importantes a reflectir, nomeadamente a escuta.

"A conversa com o moribundo não nos ensina só aquilo que sentimos quando vamos morrer, mas o modo como as pessoas se adaptam a tal crise. Estes moribundos são mestres excelentes que nos ensinam quem somos e o que sentimos: ensinam-nos a tomar consciência do nosso próprio medo da morte e como ultrapassá-lo. Penso ser esta a grande ajuda do doente a todos aqueles que se dispõem a ouvi-lo" (Kubler Ross, 1986).

A escuta do doente em fase terminal é a pedra de toque para estabelecermos uma verdadeira relação de ajuda.

Muitas vezes refugiamos-nos nas rotinas do turno e esquecemo-nos de proporcionar um pouco de tempo para escutarmos aquele que estamos a cuidar.

Wilson Astudillo e col. (1994) afirmaram que uma boa comunicação é um dos pilares da terapêutica global do doente terminal.

Na verdade, verificamos que comunicar no sentido global, isto é, com a expressão facial, com o olhar, com uma presença corporal efectiva reflectem-se nos pacientes que cuidamos. Não só a nossa presença marcará o doente e levará ao desenvolvimento de uma relação de ajuda como, também devemos estar atentos aos sinais que o doente tenta transmitir: as lágrimas, o suor no rosto, o rubor da face, o tremor, o tom de voz e o próprio silêncio.

A nossa tarefa acarreta escuta atenta, respostas de compreensão e tranquilidade, conforto e atenção à linguagem simbólica que o moribundo nos transmite e que é necessário descodificar.

"No momento da morte, as pessoas recorrem a esta linguagem e quando os reconfortamos, quando alguém permanece à sua cabeceira (...) começam a falar claramente e a dizer o que têm vontade de dizer. E uma vez que já aprendemos a sua linguagem, descobrimos que todos eles falam da sua morte". (Kubler Ross, 1986).

A comunicação não verbal inicia-se necessariamente aquando da presença perante outra pessoa. O nosso olhar, a expressão facial, o tom de voz e particularmente o contacto físico, como já afirmamos anteriormente, são exemplo dessa comunicação.

Quando cuidamos estes doentes, as nossas atitudes deverão exprimir disponibilidade para a escuta, expressões de atenção sincera, em suma de verdadeira empatia, termo consagrado pelo psicólogo Carl Rogers.

Além dos aspectos anteriores, há outras sumamente importantes tais como o alívio da dor. A dor é sem dúvida um dos aspectos mais preocupantes do doente e família. Aliás é uma das perguntas mais frequentes da família na suas visitas: "O meu pai tem tido dores?" "Tem medicação para as dores?"

Hoje em dia a terapêutica farmacológica permite a inibição da sensação dolorosa proporcionando qualidade de vida. Mas o enfermeiro terá que abarcar outras áreas não farmacológicas e que estão ao seu alcance no sentido de aliviar o doente tais como:

a massagem corporal com um creme hidratante, posicionamentos frequentes, uma boa higiene corporal, humedecer os lábios secos, proporcionar uma sensação de conforto e alívio da dor. Pequenos gestos que significam muito nestas situações.

Vislumbramos pelo exposto que há necessidades afectadas no moribundo do domínio físico e psicossocial (Gomes, 1995: 30) que terão necessariamente que ser atendidas. Por último há um aspecto essencial na relação com o moribundo: a sua família.

O enfermeiro deverá permitir a companhia dos familiares que são mais queridos segundo os desejos do moribundo. Para além disto, a própria família necessita de cuidados pois a suposta perda de um familiar cria alterações profundamente destruturantes no núcleo familiar.

"A morte constitui um acontecimento da vida indutor de elevados níveis de stress. Os membros da família partilham o medo da morte do doente, da dor e do suplício, receando de igual forma, não saberem lidar com a situação" (Gomes, 1995, pág. 30).

A família quando se abeira de um enfermeiro pretende obter informações sobre a evolução do estado do seu familiar ou simplesmente vêm comunicar, expressar o seu medo, dificuldades que pensam sentir quando o paciente for para casa, etc. Nestas situações o enfermeiro(a) deverá escutar, informar, ensinar e muitas vezes servir de "magister", encaminhando estes familiares para outros profissionais, como por exemplo a assistência social.

A família terá que passar por um processo de pré-luto e mais tarde de luto, mais ou menos longo e há que escutar atentamente, pois passam por momentos de desconsolo, raiva, culpa em que é necessário a presença da comunicação verbal ou simplesmente a presença silenciosa provocadora de confiança e segurança.

O planeamento dos cuidados de enfermagem terá que ter uma visão holística do Homem e nunca em hipótese alguma a família do moribundo poderá ficar à margem do cuidar do enfermeiro.

5. CONCLUSÃO

Com tudo o que foi anteriormente exposto, mais não queremos do que contribuir para uma reflexão sobre o cuidar do moribundo. No entanto, há ainda algumas ideias-chave que queremos deixar registadas e que são fruto da nossa experiência e da nossa pesquisa:

- Todo o ser humano tem o direito a morrer com dignidade. Isto significa, morrer junto dos seus; sem ser sujeito a dor e/ou esforços inglórios de prolongamento da vida; com ajuda psicológica e espiritual do ministro da sua religião se assim o desejar;

- Há necessidade de conseguirmos que os doentes morram no domicílio, havendo uma espécie de hospitalização domiciliária pois "morrer em casa pode proporcionar a possibilidade de sossego e privacidade, dignidade e proximidade da família que tornam a morte mais fácil para o

paciente e dão conforto aos que são próximos" (Wenzel et al, 1997: 200);

- Na impossibilidade de se morrer no domicílio, a criação de unidades de internamento para doentes terminais (ou unidades de cuidados paliativos) com uma equipa de técnicos preparados para apoiar o doente e a família e condições próprias são alternativas viáveis;

- Nas nossas unidades de cuidados sejam na área hospitalar ou dos cuidados de saúde primários há necessidade de os profissionais reunirem e partilharem experiências sobre a morte dos doentes que cuidaram. Além disto, o apoio de psicólogos poderá ser imprescindível pois os níveis de stress muitas vezes são elevados nestas situações de perdas e teremos que cuidar dos que cuidam;

— A discussão actual sobre a devolução da morte para o domicílio lança um grande desafio especialmente aos enfermeiros de família. A sua intervenção comunitária é um factor de desenvolvimento da saúde do indivíduo e família evitando situações de desequilíbrio.

Resta-nos afirmar que não esgotamos a temática em questão mas mais importante que esgotá-la foi a atitude reflexiva que efectuamos sobre a realidade dos nossos cuidados. Deixamos em jeito de reflexão uma citação de um Manual de enfermagem hospitalar parisiense de 1938:

"Se um doente entra em agonia, não convém maçá-lo com perguntas constantes, como tantas vezes acontece: — *Ainda me conhece?* — *Diga lá quem sou eu;* e, muito menos pronunciar a palavra: *Morreul?* Lembrai-vos que por vezes o moribundo, se bem que não possa exteriorizar os seus pensamentos, conserva ainda a faculdade de ouvir e de compreender o que se passa à sua volta. Já tem acontecido segundo se diz, em face deste diagnóstico de morte, proferido em voz alta pelo enfermeiro, o moribundo responder em voz sumida: — *por enquanto ainda não!*"

BIBLIOGRAFIA

- Apontamentos das IV Jornadas de Enfermagem da U.C.P., 4 e 5 de Abril de 1997 — Aula Magna da Faculdade de Filosofia.
- ANDRÉS, Suzana Marques — *Morir*. RoI. Barcelona: vol. 201, Ano XVIII Maio (1990), p. 17-21.
- ARIÉS, Philippe — *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Trad. Pedro Jordão. 2.ª ed. Lisboa: Teorema, 1989, 120 p.
- ASTUDILLO, A. W.; MENDIVETA, A. C.; MUNOZ, A. — *Fundamentos para mejorar la comunicacion con el enfermo terminal*. Dor. Lisboa: vol. 2, n.º 3, 3.º trimestre (1994), p. 105-110.
- BAIRD, Robert M. ROSENBAUM, Stuart E. — *Eutanásia - As questões Morais*. Wenzel, Sidney H. (et. al) — *A Responsabilidade do Médico para com os doentes em estado desesperado*. Venda Nova: Bertrand Editora, 1997. 195-212 p.
- BARROS, M.ª Isabel Monteiro — *Cuidar um doente moribundo é antes de mais assistir um doente em vida*. *Servir*. Lisboa. vol. 36, n.º Set.-Out. (1988), p. 231-240.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise — *Promover a vida*. Lisboa: SEP, 1989: 385 p.
- GAMEIRO, Aires — *Crises de perda*. *Hospitalidade*: n.º 188, Ano 48, Julho-Setembro (1984), p.
- GOMES, Clara de Assis Araújo — *O enfermeiro na ajuda à família com um doente terminal*. *Sinais vitais*. Coimbra: n.º 3 Maio (1995), p. 29-32.
- HENRIQUES, M. F.; MONTEIRO, Z. C.; LUCAS, A. — *O enfermeiro e a morte*. *Servir*. Lisboa. Vol. 43, n.º 1 Maio (1993), p. 9-17.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth — *Encontro com os moribundos*. Lisboa: Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 1986: 24 p.
- PHIPPS, Wilma J. (et al) — *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e práticas clínicas*. Benita C. Martocchio, *Perspectivas sobre a agonia, a morte e a perda*, Lusodidacta, 1990, p. 191-212, 1.º volume.
- PINTO, José Rui da Costa — *Questões actuais de ética medica*. 2.ª ed. Braga: editorial A.D., 1990. 151-157 p.
- RIBAS, M.ª Engrácia Olivé — *Morir en casa*. RoI. Barcelona: N.º 188, Ano XVII Abril (1994), p. 62-65.
- SAMPAIO, Fernando — *Ajuda humana integral a doentes oncológicos em fase avançada da doença*. *Hospitalidade*: N.º 205, Ano 52. Outubro-Dezembro (1988), p. 39-44.
- SEBAG-Lanoe, R. Cazaz, A. — *O acompanhamento do velho moribundo*. *Servir*. Lisboa: vol. 36, n.º 5 Setembro-Outubro (1988) p. 241-245.